



HAL
open science

Ce que la dépendance fait au métier d'infirmière libérale : ethnographie d'une épreuve de professionnalité

Véronique Feyfant

► To cite this version:

Véronique Feyfant. Ce que la dépendance fait au métier d'infirmière libérale : ethnographie d'une épreuve de professionnalité. Sociologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2016. Français. NNT : 2016TOU20121 . tel-01615483

HAL Id: tel-01615483

<https://theses.hal.science/tel-01615483>

Submitted on 12 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Fédérale



Toulouse Midi-Pyrénées

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par :

Véronique FEYFANT

le vendredi 9 décembre 2016

Titre :

**Ce que la Dépendance fait au métier d'infirmière libérale
Ethnographie d'une épreuve de professionnalité**

École doctorale et discipline ou spécialité :

ED TESC : Sociologie

Unité de recherche :

LISST - CERS - UMR 5193 CNRS - Université Toulouse Jean Jaurès

Directeur/trice(s) de Thèse :

François SICOT - Professeur des Universités - Université Toulouse Jean Jaurès

Jury :

Marc-Henry SOULET, Professeur, Université de Fribourg (Rapporteur)

Alain VILBROD, Professeur des Universités, Université de Bretagne Occidentale (Rapporteur)

Anne-Marie ARBORIO, Maître de conférences, Université d'Aix-Marseille (Membre)

Dominique ARGOUD, Maître de conférences, Université Paris-Est Créteil (Membre)

Florent CHAMPY, Directeur de recherches, CNRS Toulouse (Membre)

Ce travail a bénéficié d'une bourse doctorale de l'École Nationale Supérieure
de Sécurité Sociale (en3s)

À mon père.

Sommaire

Remerciements
Glossaire

<u>INTRODUCTION GÉNÉRALE</u>	1
Démarche méthodologique et Autoanalyse	21
<u>PARTIE 1 LE MÉTIER D'INFIRMIÈRE LIBÉRALE</u>	59
Chapitre 1 Les infirmières libérales : objet d'études sociologiques	63
1.1 Les sociologies et les infirmières	63
1.2 La sociologie des professions	71
1.3 Une sociologie des professions libérales ?	74
1.4 Les infirmières libérales : une profession libérale comme les autres ?	79
1.5 Conclusion du Chapitre 1	83
Chapitre 2 Les infirmières libérales : tentative de définition à partir de leur place dans l'espace public	85
2.1 Sens éco-politique des soins infirmiers libéraux en France	86
2.2 Histoire des infirmières ou une mémoire tronquée	93
2.3 Définition juridique des infirmières ou les limites d'un territoire	102
2.4 Les limites juridiques et conventionnelles à l'exercice infirmier libéral	106
2.5 Histoire des infirmières extrahospitalières, dont les infirmières libérales	111
2.6 Conclusion du Chapitre 2	114
Chapitre 3 Le travail infirmier libéral : des décisions collectives autorisant l'expression des individualités	115
3.1 Auto description du métier d'infirmière libérale : liberté de choisir et esprit d'entreprise	117
3.2 Le travail d'organisation des cabinets infirmiers libéraux : quelle « liberté » dans la régulation des individualités ?	122
3.3 Choisir son activité ou la liberté de donner un profil à son activité	144
3.4 Conclusion du chapitre 3	153
Chapitre 4 Le travail infirmier libéral en autorégulation continue	155
4.1 Ce que les ancrages temporels nous apprennent de l'exercice infirmier libéral	155
4.2 Ce que les écrits professionnels nous apprennent de l'exercice infirmier libéral	170
4.3 Conclusion du chapitre 4	185

Chapitre 5 Les relations avec les patients et les médecins : une question d'argent ou de personnes ?	187
5.1 Relations infirmière libérale - patient : de quelles relations parle-t-on ?	187
5.2 La relation au médecin	199
5.3 Conclusion du chapitre 5	213
Conclusion de la partie 1	215
<u>PARTIE 2 CE QUE LA DÉPENDANCE FAIT AU MÉTIER D'INFIRMIÈRE LIBÉRALE</u>	217
Chapitre 6 La toilette : De « tenir une posture » à « tenir une relation »	221
6.1 Questionner le « travailler ensemble » par l'étude de la toilette	223
6.2 Justifier les actes : entre modèle holistique et modèle biomédical	226
6.3 Une mobilisation différenciée des modèles selon le partenaire de travail	232
6.4 Le « sale boulot » échangé	246
6.5 Des négociations implicites à propos du « sale boulot » partagé ou l'art du simulacre mutuel	253
6.6 L'abandon des modèles idéologiques ou comment ajuster son autorité	257
6.7 Du travail d'ajustement	269
6.8 La dépendance situationnelle	276
6.9 Conclusion du Chapitre 6	280
Chapitre 7 Le domicile et la recomposition du métier d'infirmière libérale	283
7.1 Le domicile : des contingences structurantes du métier d'infirmière libérale	284
7.2 Le domicile des personnes qualifiées de dépendantes : lieu de recomposition des professionnalités	293
7.3 Conclusion du chapitre 7	310
Chapitre 8 Les usages des écrits professionnels : cacher ce qui rapproche, souligner ce qui sépare	313
8.1 Description des supports écrits dans le « travailler ensemble »	315
8.2 Les usages des écrits dans le « travailler ensemble »	318
8.3 Des rapports professionnels asymétriques révélés par l'usage de l'écriture	321
8.4 Des rapports professionnels asymétriques révélés par l'usage de la lecture	325
8.5 Alors, que peut-on dire de ces « manière de faire » ?	326
8.6 Quand les écrits témoignent de la conception infirmière de la dépendance situationnelle	333
8.7 Conclusion du chapitre 8	336
Chapitre 9 « Travailler ensemble » : les limites du jeu interactionnel professionnel	339
9.1 « Travailler ensemble » ou « s'inscrire ensemble » dans un territoire géographique	340
9.2 Des partenaires de travail qui structurent les interactions	356
9.3 Conclusion du chapitre 9	390

Chapitre 10 Entre soutien et épreuve	393
10.1 Des familles auxquelles les infirmières tiennent : l'exemple de la toilette	394
10.2 Des familles que les infirmières tiennent à distance : l'exemple des écrits	398
10.3 Entre familles et infirmières libérales : formalisme ou personnalisation, autorité ou partenariat	404
10.4 Conclusion du chapitre 10	406
Conclusion de la partie 2	407
<u>CONCLUSION GÉNÉRALE</u>	409
Bibliographie	419
Tables des Cartes, Encadrés et Tableau	453
Annexes	455
Résumé / Abstract	477

Remerciements

« ... et c'est vers l'âge de 40 ans que l'esprit d'aventure m'est apparu comme la réunion de quatre « vertus » (...). Je les définis aujourd'hui de la manière suivante :

1 – L'anticonformisme – compris comme potentialité de remise en cause de l'ordre des choses.

2 – L'aptitude au risque – comprise comme exaltation de la vie et dédain de la mort.

3 – Le besoin de liberté – compris comme tension vers la meilleure vie possible.

4 – Le désir de connaissance – compris comme exhortation à l'effort de compréhension du monde. »

Patrice Franceschi, 2013, « Et si l'aventure, c'était l'esprit d'aventure ? »

Cette thèse fut une aventure : les quatre vertus décrites par Patrice Franceschi ont servi de points d'appui permanents à mon esprit. Mais cette entreprise ne fut pas une traversée en solitaire. Je n'ai pu la vivre que parce qu'une multitude de personnes m'a entourée, et pour certaines depuis de nombreuses années.

Mes premiers remerciements vont à mon directeur de thèse, François Sicot, dont la rigueur intellectuelle n'a d'égale que la souplesse qu'il a mis dans les rênes de sa direction. Par la pertinence de ses nombreuses questions, ce sont mes propres limites qui ont été sans cesse repoussées. Ses compétences professionnelles n'ont jamais occulté les qualités humaines avec lesquelles il m'a accompagnée : je salue sa patience et sa disponibilité. Et je le remercie pour la confiance qu'il a voulu m'accorder en me donnant accès au Master 2 Recherche, début de cette aventure.

Je n'oublie pas Monique Membrado qui a accompagné les premiers pas de ma réflexion avec une exigence bienveillante et un intérêt encourageant.

Merci aux membres du jury d'avoir accepté de lire et discuter ce travail.

Bien évidemment, cette recherche ne serait rien sans la participation de l'ensemble des enquêtés. Les professionnels ont accepté ma présence, et par conséquent une source supplémentaire d'incertitude, à leurs côtés. Les non professionnels m'ont ouvert les portes de leurs domiciles. Qu'ils soient tous ici remerciés de leur participation et de leur confiance.

Ce travail est aussi le fruit de réflexions partagées au sein de l'axe Santé de notre Laboratoire Lisst-Cers et d'échanges, notamment avec Anastasia Meidani, Marcel Drulhe, Valentine Hélarlot, Stéphanie Mulot, Catherine Mercadier, Joël Le Dantec et Florent Champy. Mais il est aussi le résultat de discussions constructives qui ont succédé à la présentation de mes travaux, alors partiels, dans les différents colloques ou congrès dans lesquels j'ai pu m'exprimer. Merci aux responsables des Réseaux Thématiques 1 et 19 de l'Association de Sociologie Française, aux responsables des Comités de Recherche 13 et 32 de l'Association Internationale des Sociologues de

Langue Française, au Laboratoire 2L2S de Metz, au Réseau Européen de Formation Universitaire en Travail Social, qui ont ouvert leurs arènes à des présentations de mes travaux en cours, et donné autant d'occasions de préciser ma pensée.

Un mémoire comme celui-ci s'ancre dans des outils et des processus : merci à Boujemâa Ait Kalati pour son aide informatique, à Françoise Desbordes et Najla Touati pour leur travail de cartographie, à Marie-Ange Parisot pour ses sourires et sa compétence mise au service des diverses démarches administratives nécessaires au bon déroulement d'un doctorat (elle n'a jamais transformé un Tuttle en Buttle !), à Nathalie Chauvac pour son initiation à N'Vivo et son soutien.

Ces dernières années furent un temps de professionnalisation. Anastasia Meidani et Michel Grossetti m'ont accordé leur confiance en m'offrant un poste d'enquêtrice dans l' « opération vieillesse APROVICO » du LabeX SMS, en 2014. Le Réseau Santé Société (et notamment le Groupe Vieillesse), ainsi que l'équipe du Lisst-Cieu m'ont donné l'occasion d'œuvrer à l'organisation de deux journées d'études en 2012, et de participer à l'édition d'un cahier aux côtés de Jean Mantovani. Enfin, le conseil scientifique de l'UFR de Sociologie de Toulouse 2 me permet de terminer cette thèse avec l'expérience professionnelle qu'offre un contrat d'ATER. Qu'ils en soient tous remerciés ici.

L'aventure humaine au sein du laboratoire se nourrit aussi des relations avec les doctorants (ou désormais ex-doctorants pour certains). Une pensée particulière est adressée à Lise Dassieu pour nos nombreuses discussions constructives (y compris à propos de Jean-Baptiste Adamsberg). Lise m'a aussi montré que l'amitié peut traverser les générations. Je n'oublie pas tous les autres avec qui j'ai partagé un bout de chemin (et quelques terrasses de café) : Tristan Salord, Tristan Renard, Simon Senghor Abdou, Morgane Delmas, Caterina Thomas-Vanrell, Renata Hosnedlova, Laurent Laffont (que je remercie pour les majuscules accentuées et autres petits services informatiques rendus), Fabien Laffont, Henri Jautrou, Sébastien Plutniak, Jessica Soler, Jules Tombelle. Je vous souhaite bonne route à tous.

De façon plus personnelle, je tiens à adresser mes remerciements à Bernard Ennuyer, Françoise Saillant, Éric Gagnon, Sophie Divay et Laurence Kotobi qui, par l'intérêt qu'ils ont manifesté pour mon travail, m'ont encouragée. Une mention spéciale est destinée à Sophie Divay pour m'avoir facilité l'accès au Congrès du Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux. Merci aussi à Benoit Eyraud d'avoir accepté que je m'inspire des « conventions » qui figurent dans sa thèse pour présenter les miennes.

Il m'est impossible de dresser la liste des personnes envers qui je suis débitrice sans penser à une première rencontre sans laquelle cette aventure doctorale n'aurait jamais eu lieu. J'ai nommé Fabrice Fernandez et son épouse Sarah, maintenant installés outre-Atlantique. Vous savez tout ce que je vous dois. Merci à tous les deux.

Enfin, je ne peux écrire ces quelques lignes sans avoir une pensée pour les différents enseignants qui m'ont fait découvrir et aimer les sciences humaines et sociales, et ont jalonné mon long parcours : le Professeur Gauthier, anthropologue à l'Université de Bordeaux, et François Védélago, alors sociologue urbain ont été mes premières rencontres dans le cadre de ma formation en soins infirmiers. Puis quelques

enseignants de Paris V : Michel Pialoux, François de Singly, Philippe Cibois, François-René Picon, James Allman ont particulièrement marqué la première partie de mon parcours universitaire.

Et maintenant, c'est à mes proches que je m'adresse.

En premier lieu, à celui qui, après avoir été porteur d'une « attention créatrice », a su se faire discret pour me laisser l'espace de liberté nécessaire à ce travail tout en m'assurant un soutien moral et matériel indéfectible. Merci Dominique de continuer tous les jours de me faire goûter la douceur d'être si bien accompagnée.

À François et Rose, mes enfants. Embarqués malgré vous dans cette aventure, vous avez formé un fier équipage, contre vents et marées. Merci à tous les deux pour vos encouragements, votre compréhension, votre soutien, et bien sûr votre présence qui m'est si précieuse.

À Fatima pour ton grand cœur, ta bonne table, ton amitié, à Jean Pierre pour tes nombreuses rouquetteries qui m'ont aidée à « tenir le cou(p) », à vos enfants, Yanis et Sofian, pour tous ces bons moments partagés. Vous êtes tous les quatre pour beaucoup dans l'aboutissement de ce travail : Merci.

Et aussi un grand merci :

À ma mère pour sa patience et sa discrétion,

À mes sœurs, surtout Cécile, Claudine et Marilyne, pour leur active traque aux fautes que j'ai parfois oublié de corriger (chasse à laquelle sont associées ma mère et ma fille).

À Anne Simonnet pour m'avoir aidée à donner vie à mon esprit d'aventure.

And last but not least, à Patricia Howlett pour son indéfectible aide dans mon entreprise de traduction de textes de langue anglaise. Elle est peut-être la non-sociologue qui en sait le plus sur l'interactionnisme !

GLOSSAIRE

ADMR : Aide à domicile en milieu rural (associations locales réunies en fédération départementales et union nationale, dont le territoire d'action s'est étendu au secteur urbain)

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

AIS : Acte de Soins Infirmier

AMI : Acte Médico-infirmier

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APE : Activité Principale Exercée

ARS : Agence Régionale de Santé

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

CAFAD : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile

CERMES : Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination.

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux

DEAVS : Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale

DI : Démarche Infirmière (cotation relevant de la NGAP)

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSI : Démarche de Soins Infirmiers

EBN : Evidence-Based Nursing

FNI : Fédération Nationale des Infirmiers

GIR : Groupe Iso-Ressources

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (2008 - 2013), puis depuis 2013 : Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

MAU : Majoration Acte Unique

MCI : Majoration de Coordination Infirmière

NAF : Nomenclature de l'Activité Française

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Parcours des personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SNIL : Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

SSI : Service de Soins Infirmiers

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSIDPA : Service de Soins Infirmiers à Domicile pour Personnes Âgées

UNA : Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux domiciles

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'objet de recherche : de la coordination au métier d'infirmière libérale

Initialement conçue pour étudier la coordination des professionnels travaillant aux domiciles des personnes dépendantes prises en charge par des infirmières libérales¹, cette recherche a débuté avec une méthodologie permettant de recueillir des données sur le contenu du travail des différents métiers retrouvés dans les domiciles, et surtout sur l'éventuelle coordination qui devait le réguler. Trois mots-clés ressortaient de ce projet : coordination, dépendance, infirmière libérale, incarnant chacun un pilier de la recherche.

Mot terriblement à la mode, la coordination des professionnels s'occupant de personnes qualifiées de dépendantes à domicile apparaît dans les textes proposant réforme des institutions publiques comme une solution et un but absolu, depuis le Rapport Laroque² en 1962 jusqu'aux textes relatifs au déploiement des MAIA³ dès 2008. La coordination serait donc une solution à ce qui est présenté comme un problème : la dépendance ; et un but parce que la coordination se pose alors comme la ligne de conduite à suivre. Les questions qui ont mené à cette proposition de solution semblent toutes avoir été posées par les instances décisionnaires ministérielles. Il n'y a plus de discussion possible. La coordination s'impose.

Ce vœu pieux n'est pas nouveau et continue à faire couler de l'encre (Rapport de la Cour des Comptes sur le maintien à domicile, 2016 ; Fery Lemonnier Elisabeth,

¹ Cette recherche a bénéficié d'une bourse doctorale attribuée par l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (en3s).

² Le « Rapport Laroque » est l'appellation courante pour désigner le rapport remis par le conseiller d'État Pierre Laroque au Haut Comité consultatif de la population et de la famille, en 1962, rapport intitulé *Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse*.

³ MAIA : acronyme désignant initialement les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer, les MAIA deviennent en 2013 les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

2014). Les sciences humaines et sociales tentent depuis plusieurs années d'analyser les tenants et aboutissants de ce manque d'une coordination tant réclamée. Les sciences économiques et de gestion s'essayent à la mesurer quand la sociologie l'analyse en s'intéressant à la pratique de professionnels (Bouchayer, 2008a), à l'obligation de travailler en coordination interprofessionnelle et inter-organisationnelle (Demailly, 2008), ou encore en étudiant les formes de coopération (Cresson, Drulhe, Schweyer, 2003). Sans oublier les travaux plus anciens (mais qui restent d'actualité) de Nicolas Dodier (1993) qui posent la question de l'échelle de la coordination. Plus récemment, Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut mettent en évidence que des « interactions entre initiatives locales et directives nationales » peuvent être des « facteurs de succès » de la coordination (2014). Mais ces auteures donnent aussi des explications, nombreuses, à la « persistance de dysfonctionnements » dans ce domaine.

Les domaines dans lesquels la coordination est préconisée sont multiples : gérontologie, handicap, maladies chroniques... Nous proposons dans ce travail de considérer la coordination dans le domaine de la dépendance. Ce que les pouvoirs publics nomment la « prise en charge de la dépendance » fait l'objet de velléités de réforme, « *tant de fois promise, tant de fois évoquée* »⁴, car cette dépendance est considérée comme coûteuse. Elle est surtout présentée comme telle. Et l'on est prévenu que le phénomène devrait s'accélérer avec l'évolution démographique. Quelques auteurs tentent d'imposer un regard plus enchanté (Guérin, 2010) mais la vision pessimiste d'une vieillesse déficitaire domine.

Ces vingt dernières années ont vu se développer des créations de CLIC⁵, des expérimentations CNAMTS⁶ (tels que les dispositifs PAERPA⁷), des formations à la coordination pour les professionnels en place, notamment en direction des infirmières libérales. Puis il y a eu le Débat National sur la Dépendance. La faiblesse du système de protection sociale est soulignée par les discussions sur la création d'une cinquième branche de sécurité sociale (la branche dépendance) mais aussi par l'émergence des propositions de protection personnelle contre le risque-dépendance par les assurances privées. Tout ce qui pourra améliorer (entendre : réduire le coût de) la dépendance est donc bon à prendre. La coordination des professionnels en fait partie.

⁴ Extrait du discours de François Hollande, Président de la République, en clôture du congrès de l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS), Lille, 25 janvier 2013.

⁵ CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination.

⁶ CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

⁷ PAERPA : Parcours des personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

Mais la notion de dépendance dans les discours de politiques publiques n'est pas l'apanage de la vieillesse. Le handicap relève de cette dépendance discutée dans les instances décisionnaires. Si l'on considère que la coordination concerne simultanément les deux « domaines » de la vieillesse et du handicap, alors elle se complique considérablement. En effet, les professionnels et leurs logiques d'intervention, les institutions concernées, les modes de financement mis en place, le statut des professionnels concernés, se déclinent en un paysage polymorphe qu'il est difficile de saisir pour le sociologue, mais peut-être plus encore pour les acteurs de terrain.

Le troisième mot-clé de notre projet initial fait couler beaucoup moins d'encre. Ce mot est celui d'« infirmière libérale ». Il s'agit d'un métier qui fait peu parler de lui, ou tout au moins dont les médias parlent peu. Les autorités publiques s'y intéressent plus particulièrement sous l'angle des coûts que ce groupe professionnel représente dans un système de santé qui tente de contrôler ses dépenses (Berland *et al*, 2011 ; Rapport de la Cour des Comptes sur le financement de la Sécurité Sociale, 2015). Dans les rapports officiels, les infirmières libérales sont présentées comme des auxiliaires médicales participant à la division du travail médical et donc « naturellement » sous la coupe du médecin qui lui, centralise le pouvoir, les attentions, les prérogatives. Le poids démographique des deux professions n'est pourtant pas comparable : les dernières évaluations parues en 2016 font état de 225 150 médecins en France et de 638 200 infirmières en activité, c'est-à-dire un ratio de 2,8 (DREES⁸, 2016). Les infirmières représentent la première profession de santé en termes d'effectif : près d'un français sur cent est une infirmière. Et parmi elles, 17 % sont des infirmières libérales (ce qui représente un effectif approximatif de 109 000 infirmières). L'importance de cet effectif n'empêche pas que le métier d'infirmière soit fondé sur un travail invisibilisé (Saillant, 2000). Son « invisibilisation » est accentuée lorsqu'il s'exerce dans des situations partagées avec d'autres métiers de l'ombre comme les aides-soignantes (Arborio, 2001) ou les aides à domicile (Avril, 2014).

L'actualité de la dépendance a changé entre le début (2011) et la fin de notre recherche (2016). Le Débat National sur la Dépendance et la question du cinquième risque a cédé sa place médiatique à la parution de deux lois : la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015), et la loi de modernisation de notre système de santé (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Cette dernière introduit entre autres la notion « d'équipe de soins » en l'élargissant aux

⁸ DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

professionnels des services sociaux et médico-sociaux⁹ qui ne doivent plus seulement se situer dans la coordination et la continuité des soins, mais aussi dans la prévention et le suivi médico-social et social. L'idée que des professionnels issus d'horizon différents travaillent de façon coordonnée autour d'un même sujet traverse les périodes et reste visible dans les textes réglementaires.

Dès les premiers contacts avec le terrain d'enquête, nous avons pu constater que la coordination souhaitée dans les textes de lois, mais aussi énoncée et revendiquée par les infirmières libérales rencontrées sur le terrain, n'était pas ou peu visible pour l'observatrice que nous étions. Nos observations seront plus tard confortées par les travaux de Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut (2014) qui montrent que le travail de coordination (tel qu'il est conçu ou souhaité dans les textes officiels, au sens d'une coordination *top down* rendue visible par des dispositifs identifiables), est plus incarné par les cadres intermédiaires du médico-social que par des infirmières libérales. Toutefois, les premiers entretiens et observations nous confirmaient dans notre choix d'éclairer ce qui se passe au domicile des personnes qualifiées de dépendantes par la focale des infirmières libérales. En effet, les débuts de l'enquête ont permis de constater des arrangements entre les acteurs (qui paraissaient eux-mêmes pris dans des enjeux que nous n'identifions pas encore). Ces premiers résultats allaient dans le sens de ce que Geneviève Cresson *et al.* (2003) avait repéré avant nous : « *la coopération s'établit moins sous la contrainte des organigrammes et des organisations préétablies qu'au travers de multiples formes de négociations* »¹⁰. Nous rajouterions pour notre part : et au travers des contournements des dispositifs mis en place.

La question s'est alors déplacée d'une étude sur la coordination vers une interrogation sur la répartition du travail entre différents professionnels. Il nous a alors

⁹ Article L1110-12 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (art. 96)

« Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. »

¹⁰ Citée par Safon Marie-Odile, 2008.

paru intéressant de questionner comment cette répartition du travail se met en place, dure dans le temps, évolue.

Cette recherche répond à une demande sociale¹¹. Pour cette raison, nous ne pouvions pas nous éloigner de ce qui faisait le questionnement initial. Toutefois chacun des trois piliers portant le projet originel connut une évolution de contenu ou de statut dans ce nouveau questionnement. Le pilier constitué par la « coordination » fut remplacé par « la répartition du travail entre des professionnels venus d’horizons différents » : son contenu changea. Tout comme devait changer celui de la dépendance. Celle-ci ne fut pas appréhendée sous l’angle des politiques publiques, mais plutôt à travers les personnes qualifiées de dépendantes et l’action menée sur et avec elles. Le troisième et dernier pilier de notre questionnement resta les infirmières libérales. Nous pensâmes alors que se centrer sur un métier en particulier permettrait de faire ressortir comment le travail se répartit mais aussi les enjeux sous-jacents à cette répartition. Le métier d’infirmière libérale devint la porte d’entrée principale de la recherche.

En choisissant d’étudier la répartition du travail entre différents professionnels intervenants auprès des personnes qualifiées de dépendantes, tout en décidant de conserver les infirmières libérales comme porte d’entrée à notre analyse, une question a émergé, nouveau fil conducteur de cette recherche. Cette question est :

Qu’est-ce que le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes vivant à domicile fait au métier d’infirmière libérale ?

Enjeux sociologiques et choix théoriques

Cette question implique de faire la sociologie d’un métier puis de prêter attention à l’interférence des autres travailleurs, du domicile, et d’un public destinataire des soins infirmiers sur ce métier. Dans ce but, une mise en discussion d’auteurs et d’approches sociologiques est nécessaire aux choix théoriques qui nous permettront d’explorer cette question dans ses différentes dimensions.

¹¹ Voir la première note de bas de page

D'une part, nous aurions pu nous intéresser aux activités professionnelles en les inscrivant dans des pratiques de type organisationnel. D'autre part, la population caractérisée par l'âge ou par des situations de handicap, visée par ces activités professionnelles, permettait également de mobiliser la sociologie de la vieillesse ou du handicap. Par ailleurs, le fait que ce travail concerne des professionnels de la santé et du secteur social laissait augurer une analyse en termes de sociologie des groupes professionnels, des professions, du travail, voire de l'activité. Enfin, le champ de la dépendance est déjà largement couvert par la sociologie de la santé, voire l'anthropologie de la maladie. Toutes ces approches présentaient un intérêt à l'étude de notre sujet. Devant un tel panorama, nous dûmes choisir notre approche et pour cela discuter chacune d'entre elles.

La sociologie du travail est née dans le milieu industriel. Y sont étudiées les relations entre acteurs et institutions de régulation et de l'emploi (Bevort et Jobert, 2011), qui ne sont pas notre propos. Par ailleurs, les études pionnières en sociologie du travail sont « *centrées sur l'étude des postes de travail, notamment dans leur dimension technique, et elles laissent de côté l'étude des relations sociales qui se nouent autour du travail lui-même* » (Chapoulié, 1991 : 353). C'est une sociologie qui a longtemps laissé de côté, et donc invisibilisé, le travail de services, souvent féminin. Or c'est justement ce travail de services qui nous intéresse ici. Plus récemment, la sociologie du travail s'est ouvert à de nouvelles perspectives (Buscatto, 2010) qui permettent, par l'ethnographie, d'articuler le microsociologique des relations interpersonnelles au macrosociologique de la situation économique du lieu, de l'époque, ou encore des relations de genre. Cette sociologie du travail autorise une articulation entre plusieurs niveaux d'analyse, susceptible d'éclairer notre objet de recherche. Elle nous intéresse aussi parce qu'elle permet de « *faire ressortir les différences entre métiers à partir d'une recherche des dimensions qui leur sont communes* » (Tanguy, 2001 : 326).

La sociologie du travail d'aujourd'hui ne ressemble pas à la sociologie du travail de la fin des années 50 : elle a en effet opéré des emprunts à différentes sociologies en termes de concepts et de méthodes dans un souci de décloisonnement (Avril *et al.*, 2010 : 9). La sociologie qui s'intéresse au travail doit aussi tenir compte du sens que les acteurs donnent à leur activité. Il nous semble qu'une sociologie compréhensive, dans laquelle les acteurs peuvent s'exprimer sur le sens qu'ils donnent à leurs actes et dans laquelle les mêmes acteurs sont invités à un travail de réflexivité sur des pratiques telles que le fait de travailler avec d'autres est à privilégier ici. C'est ce que nous autorise la plus récente et pragmatique « sociologie de l'activité » qui introduit, à l'étude du travail

et de son organisation, la dimension subjective. Cette sociologie de l'activité décrite par Alexandra Bidet (2011) propose de

« sortir d'une lecture institutionnaliste des modes d'exercice et d'organisation d'une activité au profit d'une compréhension plus pragmatique des modes de perception et d'action propres à un monde. En ce sens elle rejoint une sociologie des « professions » (Hughes, 1996a ; Strauss, 1992a) ou des « groupes professionnels » (Dubar et Tripier, 1998 ; Demazière et Gadéa, 2009) non plus exclusivement centrée sur les professions établies mais sur des activités au statut ambigu et aux modes de fonctionnement variablement formalisés. Elle s'en différencie toutefois par son intérêt accru, au-delà des thématiques de l'autonomie, de la reconnaissance et de la légitimité professionnelle, pour les savoirs issus de l'exercice même du travail et le rôle qu'ils jouent dans la structuration symbolique et économique de ces entités. Elle redonne ainsi aux savoirs tacites toute leur place sans inféoder leur émergence à l'absence ou aux vides laissés par des savoirs théorisés. » (Rolle, 2013 : 68-69).

Nous avons choisi de faire figurer cette citation malgré sa longueur car elle embrasse la sociologie des professions, celles des groupes professionnels et la posture qui est la nôtre de nous intéresser aux activités de travail de métiers « modestes »¹². En nous intéressant aux infirmières libérales, nous avons en effet affaire à un métier modeste (infirmière) et à un statut (libéral) qualifiant des professions. Nous devons donc ouvrir la discussion entre les différentes sociologies qui étudient métiers et professions.

La sociologie fonctionnaliste des professions, telle que Talcott Parsons (1939) et Robert Merton (1957) l'ont présentée, recouvre des enjeux économiques (marché fermé du travail, monopole d'activités, défenses d'intérêts, reconnaissance d'expertise, ...), politiques (relation avec l'État, forme d'organisation professionnelle, ...) et éthico-culturels (valeurs professionnelles, identification subjective, signification culturelle, ...), comme les ont soulignés Claude Dubar *et al.* (2011). Néanmoins elle présente l'inconvénient de délaissier les pratiques pour se centrer sur les fonctions, néglige les « métiers modestes » pour s'intéresser aux professions prestigieuses qui se distinguent par un haut statut social, l'étendue de leurs savoirs, des normes, une organisation interne et un contrôle par les pairs. Ces derniers critères correspondent à la définition américaine d'une *profession*, à ce qu'en France nous pourrions regrouper, de façon simpliste, sous le vocable des professions libérales (médecins, architectes, avocats,...).

¹² Tels qu'Everett Hughes a pu les envisager lorsqu'il envoyait ses étudiants sur le terrain étudier toutes sortes de métiers qui n'étaient pas considérés comme des « professions ».

Or, les infirmières que nous souhaitons étudier sont libérales et interrogent donc cette définition. Nous choisissons de questionner le statut de « libéral » des infirmières par le biais de leurs pratiques quotidiennes plutôt que par leur place dans un espace de professions sociologiquement défini par des critères tels que le caractère fonctionnel de la division du travail et des professions, ou encore la rationalité nécessaire dans les actions. Autant de critères qui sont au fondement de la réflexion de Talcott Parsons¹³, et que nous trouvons trop éloignés des pratiques professionnelles qui nous intéressent ici. Pour le dire autrement, la sociologie fonctionnaliste des professions ne constitue pas pour nous un modèle d'analyse. Et ce d'autant plus que cette sociologie a porté le médecin en archétype, en modèle. Or, avec la sociologie française de la médecine qui s'intéresse au pouvoir médical, les médecins deviennent « *des acteurs dominants dans le domaine de la santé* » (Bouchayer, 1984), au détriment du soin que Françoise Bouchayer souhaiterait voir occuper une place plus centrale dans le domaine de la santé parce que le soin peut être effectué par des professionnels (l'ensemble des professionnels de santé, voire d'autres professionnels) mais aussi par des « profanes » (Bouchayer, 2006)¹⁴. Dans une recherche portant sur le travail des infirmières libérales en relation avec d'autres professionnels, les médecins ne pouvaient pas être absents puisqu'ils font partie de l'environnement de travail immédiat des infirmières. Nous partions du principe que l'enquête nous ferait rencontrer des médecins mais en aucun cas nous ne souhaitons partir d'un modèle théorique construit à partir de la profession médicale tel qu'Eliott Freidson aurait pu nous y inviter (1984).

Partir d'un autre modèle était se donner les chances de découvrir autre chose que des relations hiérarchiques et de pouvoir déjà explorées, voire envisager autre chose que la division du travail médical qui fait des infirmières des semi-professionnelles (Etzioni, 1969 ; Freidson, 1984) ou des para-professionnelles (Freidson, 1984). Nous suivons en cela Pierre Aïach et Didier Fassin proposant une étude des métiers de la santé :

« Traiter des métiers de la santé, et non plus de la seule profession médicale, c'est donc vouloir dépasser une démarche nominaliste et fonctionnaliste qui ramène le problème sociologique à une question de définition et cherche à le résoudre par l'établissement de normes, pour aborder au contraire les pratiques des soignants dans leur pluralité et, par conséquent, dans la diversité des enjeux sociaux qu'ils cristallisent (...).

Plutôt donc que de se demander une nouvelle fois ce qu'est une profession, et si tel ou tel métier peut prétendre au statut de profession, comme si le problème se posait nécessairement en ces termes, nous avons préféré nous

¹³ Empruntés pour certains à la pensée durkheimienne (Saliba, 1994 : 58)

¹⁴ Pour Françoise Bouchayer,

interroger ici sur ce que sont, pour chacun des métiers considérés, les enjeux essentiels qui les traversent ». (Aïach et Fassin, 1994 : 3-4)

Si en fin de recherche, nous devons conclure à des relations hiérarchiques, à une semi-profession, à une division du travail médical, ce ne serait pas en partant des médecins mais bien des infirmières.

La sociologie du travail, envisagée plus haut, nous permettrait d'analyser des pratiques et de questionner les rapports entre les savoirs et les activités. Mais à travers notre interrogation sur ce que le fait de travailler auprès des personnes qualifiées de dépendantes fait au métier d'infirmière libérale se pose aussi celle du « travailler ensemble » avec des professionnels appartenant à d'autres métiers que celui d'infirmières libérales, si l'on considère que les domiciles des personnes qualifiées de dépendantes sont des lieux de travail pluridisciplinaire. La question qui se posait à nous sur ce « travailler ensemble » reposait alors sur l'éventualité d'un lien entre activités (contenu, nature, ...) et relations entre professionnels. Chacun des deux termes de cette question se déclinait alors en de multiples interrogations. Les activités pouvaient être investiguées par rapport à leur contenu (que fait chacun ?), à leur nature (quelle place occupe cette activité par rapport à une autre ? y a-t-il des activités mieux considérées que d'autres ? et dans ce cas qui fait quelles activités ?). S'imposait alors le questionnement classique chez les interactionnistes de qui fait quoi ? Et pourquoi lui et pas une autre personne ?

D'un autre côté, étudier les relations entre les personnes nous obligeait à regarder dans un premier temps ce qu'il en est du métier d'infirmière libérale, de l'identifier de l'intérieur. Comment les infirmières libérales le conçoivent-elles ? Ont-elles, ou se donnent-elles une mission ? Qu'est-ce que le sociologue peut repérer et interpréter, en termes sociologiques, de ces conceptions infirmières ? Si nous obtenions des réponses, nous pourrions, dans un deuxième temps, interroger les acteurs de ce métier dans leurs relations aux autres. Qu'est-ce qui est partagé ? Qu'est-ce qui ne l'est pas ? Comment la division du travail est-elle mise en place ? Quels préalables sont nécessaires à un partage du travail ? Ou peut-être n'est-ce pas en préalable mais plutôt dans l'action que la partition se fait ? Ou peut-être n'y a-t-il pas partage et les infirmières libérales veulent garder le maximum de travail pour elles ? Quelles formes les relations entre les acteurs prennent-elles ? Comment communiquent-ils ? Que se passe-t-il au moment des interactions ? (en termes d'enjeu par exemple). Les interactions ont-elles le même sens pour tous les acteurs ?

C'est donc en cherchant à connecter le travail produit au processus interactionnel que le concept d'*articulation* (Corbin et Strauss, 1993) nous est apparu comme opérant dans l'analyse que nous envisageons.

Notre choix se portait donc sur une approche interactionniste des infirmières libérales. Mais nous ne souhaitons pas non plus tomber dans les travers des interactionnistes relevés par Françoise Bouchayer pour qui

« les démarches se réclamant de l'approche interactionniste ont parfois tendance, en dépit de la finesse de leurs apports, à lisser et à uniformiser dans une systématisation « interactiviste » certaines dynamiques à l'œuvre. Ceci peut contribuer à masquer les jeux et enjeux de pouvoir, à désincarner sociologiquement les acteurs et à entretenir des équivalences sociologiques – tous les protagonistes en présence négocient et interagissent – rendant difficile le repérage de processus structurant les relations sociales à l'œuvre (...) » (Bouchayer, 2006 : 458).

Ainsi avertie qu'une attention particulière devrait être portée « *aux processus structurant les relations sociales à l'œuvre* », nous serons également vigilante aux effets structurants de l'activité que représentent des éléments contextuels des interactions comme le temps et l'espace. Nous nous exposons à rechercher l'articulation entre des situations et des processus (Becker, 2006), entre des phénomènes synchroniques et des phénomènes diachroniques.

C'est donc avec les outils de la sociologie interactionniste que nous nous inscrivons dans ce qui devient la sociologie française des groupes professionnels, sociologie unissant l'étude des professions en tant que groupes (leur constitution, leur cohésion) à l'étude des activités et des pratiques professionnelles (leur contenu, les savoirs mobilisés). La sociologie des groupes professionnels définit ces derniers comme « *des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique.* » (Demazière, Gadéa, 2009 : 20). Les infirmières libérales correspondent à cette définition : elles constituent un groupe professionnel, groupe que nous refusons de réifier mais que nous considérons, au contraire, comme une porte d'entrée analytique (Demazière et Gadéa, 2009 : 451). Par ailleurs, cette sociologie met en perspective la constitution du groupe (la

professionnalisation, la conquête d'un monopole, ...) avec les pratiques et les situations de travail que Howard Becker invite « à *étudier empiriquement et à (...) pénétrer en profondeur* » (Becker, 2009 : 11). Avec Nadège Vézinat (2010 : 12), nous pouvons dire que parler de groupe professionnel est un « *glissement sémantique (qui) permet donc un nouveau partage de la division du travail entre sociologie des professions et sociologie du travail : en instituant une sociologie des groupes professionnels, le contenu de l'activité de travail rentre dans l'analyse du sociologue* ».

Notre approche visant à mieux connaître les infirmières libérales en tant que groupe, par l'étude de leurs pratiques, s'apparente donc à cette sociologie des groupes professionnels.

En nous intéressant à une profession de santé¹⁵ telle que celle d'infirmière, et plus particulièrement à ce qui fait le quotidien de son activité professionnelle, nous avons été amenée à considérer son travail sous d'autres aspects que celui de la seule sphère du travail de santé. C'est ainsi que nous avons élargi nos perspectives de réflexion en mobilisant la sociologie du travail social. Cette rencontre a permis de confronter nos propres résultats aux conclusions des sociologues du travail social dans lesquelles nous trouvons un écho à notre analyse : la relation professionnelle peut être un moyen, mais aussi un but (Ion et Ravon, 2005). La notion d'accompagnement développée par Isabelle Astier (2007, 2009) a interrogé ce que nous observions sur le terrain. Et en nous intéressant à la sociologie du travail social, nous avons pris connaissance d'une notion qui nous a permis de qualifier et penser nos résultats. En effet, « travailler ensemble » auprès de personnes qualifiées de dépendantes (pour des infirmières libérales et des professionnels qui ne relèvent pas du secteur de la santé), constitue une épreuve (Ravon, 2009, 2010 ; Soulet, 2016) pour la professionnalité des infirmières libérales. La question devient alors de savoir ce qu'est la professionnalité des infirmières libérales ? Comment la définir ?

Considérer qu'il existe *une* professionnalité reviendrait à admettre qu'il y a unité du groupe professionnel. C'est justement une question (inspirée par les travaux de Florent Champy, 2011) que nous devons poser à nos données : unité ou diversité ? Doit-on continuer à les opposer¹⁶ ou ne peut-on pas les penser ensemble ? N'est-ce pas

¹⁵ Le terme « profession de santé » correspond ici à la dénomination juridique ce groupe professionnel tel qu'il est nommé dans le Code de Santé Publique.

¹⁶ Comme le font interactionnistes et fonctionnalistes

justement l'action convergente d'éléments structurant cette unité qui rend possible la diversité des pratiques ?

C'est donc avec la double perspective de regarder ce qui fait unité et diversité, mais aussi ce qui relève d'éléments structurants extérieurs à l'activité infirmière libérale comme d'éléments interactionnels inhérents à la pratique quotidienne des infirmières libérales, que nous proposons la mise en problème sociologique suivante.

La mise en problème sociologique

Après la discussion d'auteurs qui a permis de poser nos choix théoriques, reprenons la question qui nous intéresse : Qu'est-ce que le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes vivant à leur domicile fait au métier d'infirmière libérale ? Notre hypothèse (née au cours de la recherche, elle devint notre thèse) est celle d'une recomposition continue du métier d'infirmière libérale qui s'opérerait dans des situations variées de travail rencontrées dans le domaine de la dépendance. Explicitons notre hypothèse avant de présenter les deux approches qui envisagent de faire la démonstration de cette recomposition.

1. L'hypothèse de la recomposition continue du métier d'infirmière libérale dans les situations variées de travail rencontrées dans le domaine de la dépendance

- **Le postulat d'un domaine de la dépendance**

Dans ce travail, le thème de la dépendance n'est pas envisagé comme un thème de recherche mais bien plutôt comme un contexte dans lequel s'expriment des métiers. Toutefois, considérer la dépendance comme un contexte ne signifie pas la réifier. Nous choisissons de ne pas partir des conceptions de la dépendance qui font débat (paradigme biomédical versus fondement de la cohésion sociale¹⁷) et laissons les acteurs enquêtés le définir.

¹⁷ Et que d'autre que nous ont déjà analysé (Ennuyer, 2004). Le vieillissement avec dépendances est connu et fait parler de lui parce qu'il est présenté comme « un défi pour la société, une source de dépenses en matière de prise en charge, comme un fardeau pour les aidants naturels ou professionnels » (*Ibid*). Ce vieillissement avec dépendances concerne à la fois les personnes qualifiées de dépendantes, leur entourage familial, les professionnels qui interviennent auprès d'elles, ainsi que la société, par le biais de la solidarité nationale. Cette vision négative du vieillissement, qui n'est alors perçue que par l'aspect biomédical des déficiences, s'accompagne d'une vision tout aussi négative de la dépendance. Cependant, Bernard Ennuyer, propose une autre vision de la dépendance, celle qu'il appelle la dépendance-lien

Nous nous positionnons donc sur la dépendance conçue comme un « terrain » de pratiques professionnelles qui serait défini par les infirmières libérales elles-mêmes dans le cadre de l'enquête. Nous partons du postulat que les infirmières libérales ont leur propre définition des personnes dépendantes et de la dépendance. Ce n'est qu'une fois entrée dans le domaine défini par les professionnelles comme étant celui de la dépendance que nous pourrions en relever les caractéristiques. Cette posture nous permettait de sortir de l'hypothèse que les infirmières libérales véhiculaient une conception de la dépendance empruntée ailleurs, notamment au modèle biomédical¹⁸. La seule certitude que nous avons concernant ces personnes que les infirmières allaient nous qualifier de dépendantes est que le travail infirmier pourrait être associé à celui d'autres intervenants, professionnels ou non.

C'est pourquoi, au cours de ce travail, nous ne parlerons pas des personnes dépendantes mais des *personnes qualifiées de dépendantes*. En effet, nous considérons que la dépendance n'est pas un état mais bien plutôt un qualificatif attribué par les rédacteurs des politiques publiques, largement repris dans les milieux professionnels de santé et médico-sociaux, mais aussi dans le langage commun. Les *personnes qualifiées de dépendantes* dans cette recherche le sont par les infirmières enquêtées.

- **La dépendance : un domaine aux situations de travail variées**

Les situations de travail infirmier dans le domaine de la dépendance peuvent être partagées avec d'autres personnes (professionnels, famille, voisins). Ce partage nous a paru pertinent à étudier pour étendre notre connaissance du métier infirmier. Cette perspective s'appuie sur les travaux d'Everett Hughes pour qui étudier le métier d'infirmière revient à parler du « *travail des autres* » (1996c : 70). Le travail des autres est d'autant plus important à regarder ici que ces autres sont multiples, certains étant plutôt formés aux soins corporels, d'autres aux activités ménagères quand d'autres encore se sont spécialisés pour travailler auprès de ce que les pouvoirs publics ont catégorisé comme des publics fragiles.

Par ailleurs, nous reprenons à notre compte les analyses réalisées par Anselm Strauss sur le travail d'articulation et faisons nôtre l'idée selon laquelle :

social, et qui serait à la fois la condition et la résultante de la cohésion sociale. Cet auteur va même plus loin en disant que la dépendance réciproque, l'interdépendance, est la condition de notre humanité. Il n'est pas le seul. En 2005, Thomas Frinault évoque la dépendance selon une approche dite « sociale » : la dépendance serait « un fait social relationnel entre l'individu concerné et les autres individus ». Il ajoute plus loin que cette « approche sociale fait ainsi du vieillissement un fait social en fonction de la place de l'individu dans la structure sociale, et de la vieillesse le résultat de ce parcours social » (Frinault, 2005).

¹⁸ Nous présentons dans la section consacrée à la présentation de la méthodologie quelle a été notre stratégie pour leur faire sélectionner ces personnes, nécessaires à notre étude.

« La gestion et la mise en forme d'une trajectoire impliquent le calcul et l'exécution de nombreuses lignes de travail qui, à y regarder de près, sont constituées de groupes de tâches. Toutes deux appellent une « coordination » car elles ne s'organisent pas automatiquement d'elles-mêmes en séquences d'actions et de temps appropriées. En d'autres termes, un travail supplémentaire – un travail d'articulation – doit être fait pour que les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars » (Strauss 1992a : 191).

S'intéresser au travail des autres, et au travail d'articulation effectué par les infirmières, mais peut-être aussi par les autres professionnelles, permet d'envisager une multiplicité de situations dans lesquelles elles sont prises.

- **L'hypothèse de la recomposition continue du métier d'infirmière libérale**

À leur ouvrage consacré au métier d'infirmière libérale, Florence Douguet et Alain Vilbrod (2007) donnent le sous-titre suivant : « Portrait sociologique d'une profession en pleine mutation ». Nous parlerons pour notre part de recomposition plutôt que de mutation.

La mutation que ces auteurs évoquent fait référence à une évolution liée à un environnement qui agit sur les marges du métier d'infirmière libérale. Ils montrent que cet environnement peut être constitué par les médecins, les aides-soignantes, ou encore les aides à domicile qui empiètent sur les marges du territoire d'action des infirmières libérales. Il peut aussi s'agir de législations qui réglementent les lieux d'intervention des infirmières libérales, avec pour conséquences, d'un côté que celles-ci désertent les établissements accueillant des personnes âgées, et d'un autre côté que les lieux d'installation de leurs cabinets soient régulés par l'assurance maladie. Cette analyse faite par Florence Douguet et Alain Vilbrod met en évidence que l'environnement de travail a un impact sur le contenu même du travail. Mais une mutation qui n'est définie que par l'action centripète d'intervenants laisse penser que les infirmières libérales subissent l'action d'éléments externes à leur métier. Pour notre part, nous proposons d'analyser ce qu'il en est de cette mutation en nous intéressant à ce qui se passe à l'intérieur du métier. C'est-à-dire en ce lieu dans lequel les infirmières sont actives, participantes, et peuvent être partie prenante de la dynamique de leur métier. C'est pourquoi nous choisissons d'abandonner le terme de mutation au profit de celui de la recomposition du métier d'infirmière libérale, plus fidèle à l'idée d'un effet centrifuge.

Nous sommes dans le choix de ce terme confortée par ce que nous disaient Pierre Aïach et Didier Fassin à propos des relations entre les professions de santé :

« Plutôt qu'à un durcissement global de ces rapports de pouvoir ou qu'à un accroissement systématique de disparités au sein des professions de santé, comme l'affirment souvent les acteurs, et parfois les sociologues, il semble que l'on assiste à des phénomènes permanents et segmentaires de réaménagement, de recomposition des domaines de compétences, de perte de légitimité que l'on tente de compenser par la recherche de nouvelles formes de légitimation. » (Aiach et Fassin, 1994 : 5-6)

En nous demandant ce que le travail auprès des personnes qualifiées de dépendantes fait au métier d'infirmières libérales, nous envisageons l'hypothèse que ce travail fait quelque chose, modifie, réaménage, recompose ce métier. L'étudier dans une perspective dynamique venant de l'intérieur revient à en identifier la professionnalité, comprise comme étant le résultat attendu de l'action de professionnels (Demailly, 2014 : 593). Dans la définition évoquée ci-dessus, Lise Demailly précise que la professionnalité est « *la résultante du lien socialement construit entre trois phénomènes (qui sont eux-mêmes des constructions sociales)* » : les ressources des professionnels, les exigences liées à des situations de travail, et enfin la reconnaissance sociale de la mise en adéquation entre les ressources et les situations de travail. Face à ces situations de travail, le professionnel engage des réponses, qui peuvent parfois être exceptionnelles, et dont il assurera la régulation, individuellement ou collectivement. La mise en adéquation des ressources aux situations est subsumée par une dynamique qui caractérise la notion de professionnalité. La professionnalité peut alors s'étudier en analysant les relations que les professionnels entretiennent entre le contenu de leur travail en situation, la finalité de ce travail, et les moyens entrepris.

Accorder un statut libéral à un groupe professionnel revient à lui reconnaître la faculté de décider lui-même de cette mise en adéquation entre ses ressources et des situations de travail. Étudier un métier qui s'exerce avec un statut libéral revient à examiner comment sont déterminés le contenu et la finalité du travail, et de la même façon comment sont engagés les moyens mis en place pour atteindre cette finalité. Mais il ne faut pas omettre d'étudier qui détermine ce contenu et cette finalité, et engage ces moyens, de façon à analyser le rapport entre statut libéral et autonomie de décision. Or, le métier d'infirmière libérale étant réglementé (il répond à une définition et à des textes de lois qui l'encadrent), l'étude des liens entre statut, réglementation, et activité paraît heuristique. Comment s'exprime ce métier lorsqu'il s'exerce avec un statut libéral ? C'est à une définition de la professionnalité des infirmières libérales que nous

prétendons dans ce travail, mais aussi, plus largement, à une contribution à la sociologie des professions libérales.

La notion d'épreuve de professionnalité (Ravon, 2009, 2010 ; Ravon et Vidal-Naquet, 2014 ; Soulet, 2016) reprend l'idée de la dynamique déjà présente dans la notion de professionnalité, mais recentre l'analyse au niveau des « agents » en situations difficiles (Ravon et Vidal-Naquet, 2016). C'est pour analyser ce qu'il se passe au cours de l'action, face à des situations nouvelles, quelquefois éprouvantes pour le professionnel, que cette notion est créée en 2008 dans le cadre d'une enquête sociologique portant sur l'usure professionnelle des travailleurs sociaux (Ravon *et al.*, 2008). Le terme d'épreuve est empruntée à Danilo Martucelli (2006) qui admet la double acception d'éprouver une situation difficile, mais aussi de faire la preuve de ses capacités à faire face¹⁹. Car il s'agit bien ici d'analyser les réactions face à une situation. Avec la notion d'épreuve, nous quittons la professionnalité en ce qu'elle permet de définir un métier pour se centrer sur le niveau des pratiques et leurs adaptations nécessaires dans les situations nouvelles. L'épreuve de professionnalité est une mise au défi. Les concepteurs de la notion insistent sur le fait que l'épreuve repose sur l'incertitude avec laquelle les professionnels sont amenés à décider et poser les actes, incertitude qui perdure jusque dans les moments où ils doivent supporter les conséquences de leurs actes.

En proposant d'analyser le métier d'infirmière libérale dans les situations d'activité face à des personnes qualifiées de dépendantes, nous focalisons notre attention sur sa double spécificité qui est, d'une part, de travailler avec des professionnels relevant d'autres métiers (dont des métiers du secteur social), et d'autre

¹⁹ Plus tard, en 2015, dans un article intitulé « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », le même auteur retrace deux grands profils analytiques de la notion d'épreuve en sociologie. Il nomme la première l'épreuve-sanction. Elle est mobilisée dans la sociologie pragmatiste. L'épreuve-sanction tranche la controverse. On la retrouve dans la théorie de l'acteur-réseau, mais aussi dans le modèle de la justification de l'économie des grandeurs, et dans la sociologie de l'action collective lorsque celle-ci s'organise autour d'un discours revendicatif. La deuxième notion présentée par Danilo Martucelli dans cet article est l'épreuve-défi qu'il résume en précisant que « c'est en partant de ce qu'éprouve l'acteur, et de comment il l'éprouve, qu'il s'agit de rendre compte des grands défis structurels d'une société » (p. 55). L'épreuve est avant tout individuelle. Selon les approches philosophiques qui la sous-tendent, elle sert à la formation de soi (Foucault), elle représente un défi propre à la condition humaine (existentialisme de Sartre), mais elle permet aussi de mettre en relation structures et individus notamment quand l'auteur précise que : « Le souci est bel et bien de décrire à la fois la nature structurelle des épreuves et les manières dont les individus y font face » (p. 53). C'est dans ce deuxième sens, celui de l'épreuve-défi, né d'une « tradition intellectuelle (...) à racine « humaniste » (p.50), que nous mobilisons cette notion d'épreuve dont les fondements se trouvent dans l'histoire et les rapports sociaux. Bertrand Ravon, qui a forgé la notion d'épreuve de professionnalité, la traduit d'ailleurs par « *challenge of professionalism* » (2012b), *challenge* se traduisant par défi.

part, dans des situations variées. Nous considérons que plus qu'une difficulté ou que la nouveauté d'une situation, cette double spécificité constitue à elle seule une épreuve de la professionnalité des infirmières libérales : travailler avec des travailleurs du social, dans des situations variées serait source d'incertitude. Il ne s'agit pas tant ici de valider ou non l'hypothèse selon laquelle le travail infirmier libéral auprès des personnes qualifiées de dépendantes constitue une épreuve de professionnalité que de réaliser une analyse sociologique à partir de cette notion dans le but de mettre à jour des processus d'action propres à ce métier. Et d'étendre ainsi la connaissance sociologique de celui-ci.

2. Saisir la recomposition du métier d'infirmière libérale par deux approches : le statut et l'activité

La professionnalité des infirmières libérales françaises d'aujourd'hui est le résultat d'une construction sociale (Demailly, 2014) qui lie trois niveaux d'action : macro, méso et microsocial. D'un côté, le niveau macro permet de mettre en évidence la naissance du groupe professionnel à travers l'histoire, la législation réglementant l'activité de ce groupe, mais aussi leur (in)visibilité dans l'espace public. D'un autre côté, aux niveaux méso voire microsocial, cette professionnalité est aussi le résultat de l'appropriation par les infirmières libérales des contraintes et opportunités (Strauss et Corbin, 2003) qui s'offrent à elles. Notre questionnement porte sur l'articulation de ces trois niveaux d'analyse classiquement distingués en sociologie en niveaux macro, méso et microsociologiques. Dans ce but, nous proposons d'analyser les infirmières libérales à partir de leur statut libéral. Ce statut leur est conféré par une législation (niveau macro). Nous nous demandons alors comment ce statut est décliné au niveau méso d'un cabinet, ou encore au niveau micro de chacune des infirmières en interaction avec des professionnels ou d'autres personnes. De la même façon, les infirmières libérales travaillent, le plus souvent, en cabinet de groupe (Douguet et Vilbrod, 2007 : 131 et suivantes). La question est alors de savoir comment un collectif s'organise alors même que chacun de ses éléments travaille sans unité de temps ni de lieu. Est-ce que cela favorise l'expression des individualités ? Ou au contraire est-ce que ce niveau méso du collectif contraint fortement les actions de chacun au niveau micro ? À travers l'articulation entre ces trois niveaux d'analyse, nous cherchons à mettre en évidence l'articulation entre trois niveaux d'actions professionnelles par laquelle les infirmières libérales incarnent leur professionnalité.

Afin de répondre à la question posée précédemment (qui est de chercher à savoir ce que le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes et vivant à

domicile fait au métier d'infirmière libérale), nous proposons d'exposer nos résultats en deux temps.

La première partie de la thèse devra permettre d'apporter des réponses à notre interrogation sur le métier d'infirmière libérale et l'unité supposée de ce segment professionnel. Ce premier temps devrait répondre à la question : Comment définir une infirmière libérale ? Derrière cette question, deux autres émergent : Qu'est-ce qu'une infirmière ? Et qu'est-ce qui fait la professionnalité des infirmières libérales ?

Cette première partie se décline en cinq chapitres.

S'intéresser sociologiquement au métier d'infirmière d'une part, et à une profession libérale d'autre part, s'appuie sur une littérature qui a permis de mettre en évidence quelques grandes lignes d'analyse. Le chapitre 1 reprend cette littérature et nous invite à nous questionner sur la façon d'étudier, sociologiquement, le métier d'infirmière libérale à partir de la notion de professionnalité.

Le chapitre 2 va montrer en quoi une professionnalité est une construction sociale en s'attachant à la production historique et législative du groupe professionnel d'une part, mais aussi à la posture et au travail des porte-paroles de ce groupe professionnel dans l'espace public d'autre part.

En nous permettant de pénétrer au cœur de l'organisation des cabinets infirmiers libéraux, les deux chapitres suivants tentent de répondre à la question : en quoi le statut libéral influe sur le métier ? En nous révélant quelles priorités guident les choix quotidiens de ces professionnelles (chapitre 3), et comment elles s'arrangent avec certaines contraintes pour continuer à choisir (chapitre 4), ces deux chapitres se complètent pour montrer comment la professionnalité infirmière libérale articule individuel et collectif.

Cette première partie se termine avec un chapitre 5 qui interroge le rôle que peut jouer le statut libéral des infirmières sur les relations qu'elles entretiennent avec les patients d'une part, et avec les médecins d'autre part.

L'épreuve de professionnalité que constitue le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes est envisagée, dans la seconde partie de la thèse, sous trois angles. Le premier est constitué par les activités infirmières que nous analyserons sur le modèle des études des métiers modestes faites par les interactionnistes, pratiquant ainsi une sociologie des groupes professionnels par

l'activité. La deuxième perspective cible les relations que les infirmières libérales entretiennent avec des professionnelles rencontrées dans le cadre de ces activités. Enfin, les contextes d'expression de ces pratiques et des relations professionnelles seront eux aussi examinés comme des facteurs participants à cette épreuve de professionnalité. Trois niveaux d'analyse sont ainsi envisagés dans l'examen de cette épreuve de professionnalité.

La deuxième partie de la thèse se déploie en cinq chapitres.

Le chapitre 6, en partant de l'analyse de la toilette de personnes qualifiées de dépendantes faite par les infirmières libérales, nous montre comment celles-ci se positionnent face à ce qui constitue pour elle une épreuve : une pratique qui se décline dans une variété de situations.

Le chapitre 7 analyse le domicile comme contexte d'expression des pratiques professionnelles et révèle comment la matérialité de ce lieu et la spécificité des interactions qui s'y déroulent agissent sur la professionnalité des infirmières libérales.

Le chapitre 8 se penche sur une deuxième activité qui est la production d'écrits professionnels. Il permet de mettre en perspective les résultats des chapitres précédents et d'articuler des niveaux d'action différents (méso et microsociaux).

Le chapitre 9 décrit la constitution du territoire géographique d'intervention des infirmières libérales et met en évidence le poids structurant de l'environnement institutionnel présent sur ce territoire.

Le chapitre 10 retrace comment la professionnalité des infirmières libérales est éprouvée par le rôle que les familles occupent auprès des personnes qualifiées de dépendantes, notamment à partir d'un cas étudié par les échanges écrits laissés au domicile de cette personne.

La méthodologie de l'enquête est exposée dans la prochaine section. Elle montrera que l'ensemble des données recueillies n'apparaît pas dans ce travail. Il s'agit d'un choix méthodologique de présentation des résultats. La problématisation centrée sur la question du « travailler ensemble » invitait à rester concentrée sur les discours et les pratiques des professionnelles, notamment des infirmières. Nous avons laissé de côté la parole des personnes qualifiées de dépendantes, et leur vision des choses.

Conventions

L'usage des pronoms personnels utilisés dans ce travail varie selon le sujet présenté. La rédaction de ce travail de recherche est le reflet d'un double travail d'analyse, celui des données recueillies dans le cadre du projet de recherche, mais aussi le travail d'une auto-analyse. La présentation de l'analyse sociologique reprend les canons académiques et mobilise l'usage du « nous » alors que le travail d'auto-analyse mené dès les débuts de l'enquête est présenté en utilisant le pronom personnel « je », qui souligne alors le travail opéré sur l'identité de la chercheuse. Par ailleurs, le « nous impersonnel » ou le « on » ont été utilisés au moment de faire référence aux travaux de la communauté des chercheurs : le lecteur est libre de s'inclure ou non dans ce « nous impersonnel ».

Assumant l'entorse faite à la langue française en ne cédant pas à la règle qui veut que le masculin soit neutre, nous avons fait le choix de parler d'infirmière plutôt que d'infirmier. À cela nous donnons deux raisons : d'une part les « infirmières » de sexe masculin ont été rares dans notre enquête (il est même un infirmier qui nous parlera de lui en tant qu'« infirmière »). D'autre part, les hommes sont minoritaires numériquement dans la profession : ils ne représentent que 13 % de l'ensemble des infirmières. De la même façon, et pour les mêmes raisons, nous avons parlé des intervenantes à domicile des autres métiers telles que les aides à domicile, ou les aides-soignantes toujours au féminin. De façon courante, nous parlons des *professionnelles*.

Le vocabulaire utilisé pour parler des différents usagers des services infirmiers est explicité au fur et à mesure de leur rencontre dans le texte. Nous en faisons ici une synthèse : les vocables « patient » et « malade » sont utilisés lorsque les infirmières (ou autres professionnelles) parlent d'une personne en considérant prioritairement sa maladie et les soins médicaux qui lui sont prodigués. Mais ce terme générique de « patient » est aussi utilisé par elles pour désigner les personnes vieillissantes ou en situation de handicap. Nous les retrouvons donc dans les verbatim. Cet usage n'est pas de notre fait.

Le terme « enquêté(e)s » concerne l'ensemble des personnes qui ont accepté nos entretiens ou nos observations.

LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE :

Dispositif méthodologique et Auto-analyse

Nous présentons la démarche méthodologique de notre recherche en trois temps. Le premier décrit succinctement les différentes sources et les types de matériaux utilisés, ainsi que les techniques d'analyses mobilisées pour l'exploitation de ces données. Dans un deuxième temps, nous précisons quelques considérations méthodologiques qui éclairent notre posture face aux choix effectués au cours de l'enquête (le choix des terrains étudiés, la procédure de prise de contact, la sélection des enquêtés, le statut donné à leur parole, les difficultés rencontrées dans l'accès au terrain en sont des exemples). Enfin, le troisième temps dévoile le travail d'auto-analyse entrepris pour étudier un objet qui nous était familier puisque nous avons été infirmière libérale par le passé.

1 . Le dispositif méthodologique

1.1. Le matériau collecté

Cette enquête de type qualitatif se voulut ethnographique et essentiellement centrée sur les pratiques des professionnelles. Elle permit de collecter des données dont les principales sources furent des entretiens (formels et informels) et des observations des pratiques professionnelles. Par ailleurs, un corpus d'écrits professionnels put permettre d'analyser les relations entre rédacteurs de ces documents scripturaux. Ces trois sources furent également convoquées dans le recueil des discours syndicaux (livre blanc, entretiens avec un délégué national d'un premier syndicat, observations menées au moment d'un congrès d'un deuxième syndicat).

Les entretiens

Les entretiens, semi-directifs, furent menés en suivant des grilles d'entretiens différentes selon les caractéristiques de la personne enquêtée et selon les informations recherchées²⁰.

Une première particularité de cette recherche réside dans le protocole mis en place pour déterminer les personnes interrogées. Notre porte d'entrée étant les infirmières libérales, celles-ci devaient nous désigner des personnes qualifiées de dépendantes auprès desquelles elles intervenaient. Dans un deuxième temps, nous rencontrâmes ces personnes, qui à leur tour nous désignèrent d'autres professionnelles (aides-soignantes, auxiliaires de vie sociales, aides à domicile, ...) qui intervenaient chez elles. Ce n'est que dans un troisième temps que nous rencontrâmes ces professionnelles non-infirmières. Nous obtînmes ainsi un ensemble d'entretiens concernant une seule et même personne, dans une sorte de démarche monographique.

Nous commençâmes à nous entretenir avec les infirmières libérales (n = 9). Ces entretiens eurent lieu en plusieurs temps : le premier entretien consista à les faire parler d'elles en tant que personne, et à recueillir leur trajectoire professionnelle. Les suivants furent consacrés à la description de leur activité professionnelle chez une des personnes qualifiées de dépendantes qui avaient été sélectionnées, en insistant sur la description d'une tâche particulière. Le but de ce deuxième entretien était de nous rendre intelligible les pratiques, à partir des données factuelles telles qu'elles étaient déclarées par les infirmières, en faisant expliciter les choix. La contrainte de description et de justification imposée par l'entretien lui-même permet de déplacer les pratiques conscientes en « *conscience des pratiques* » (Baluteau, 2011), c'est-à-dire nous donne accès à ce qui entoure les pratiques, en dehors des interactions (comme par exemple le sens donné par les professionnels aux logiques internes qui président à la construction et à la planification des pratiques). Ces entretiens devaient également recueillir leurs considérations sur les notions de dépendance et le regard qu'elles portent sur leur métier.

Deux entretiens supplémentaires avec des infirmières libérales furent menés dans un autre département de la région, dans une zone aux caractéristiques démographiques comparables au village étudié, de façon à confirmer ou infirmer nos premiers résultats²¹.

²⁰ La liste des enquêtés figure en Annexe 1

²¹ En l'occurrence, les résultats furent confirmés.

Les entretiens auprès des personnes qualifiées de dépendantes (n = 13) portèrent sur leur trajectoire de vie, sur leurs relations sociales au jour de l'entretien, sur leur sentiment à propos de leur vie actuelle, et notamment par rapport aux questions de santé, sur les aides professionnelles et familiales dont elles bénéficiaient au moment de l'entrevue. Les entretiens prirent la forme de récits de vie, orientés par nos questions.

La sélection des personnes qualifiées de dépendantes se fit selon les critères des infirmières. En effet, dans cette recherche portant sur l'activité infirmière libérale, il nous parut important de leur demander de nous parler des personnes dépendantes dont elles s'occupaient. Ce sont elles qui déterminèrent ce qu'elles entendaient par dépendance, pas nous. Ce n'est que dans un deuxième temps que nous nous assurâmes que les interventions infirmières auprès des personnes sélectionnées étaient cotées selon un critère que nous avons déterminé auparavant, critère qui faisait référence à l'éventuel rôle de coordinatrice que l'infirmière libérale peut jouer dans son métier avec les autres professionnelles²². Nous n'envisagions donc pas la notion de dépendance sous l'aspect de sa reconnaissance juridique et financière par la société ; autrement dit, nous ne cherchions pas forcément des personnes pour lesquelles une évaluation des besoins selon la grille AGGIR²³ avait pu être menée (Chauvin, 1998).

Les entretiens avec les autres professionnelles intervenant chez les personnes qualifiées de dépendantes (n = 15) suivaient la même trame que les entretiens des infirmières (de façon à recouper les données).

Les entretiens avec des membres des familles (n = 3) eurent pour premier objectif d'apprendre pourquoi et comment elles s'occupaient de leurs proches. Leur petit effectif s'explique par le fait que nous sélectionnâmes les familles qui prenaient part à des actes de la vie quotidienne, et n'intervenaient pas seulement dans l'organisation des interventions professionnelles. Le deuxième but de ces entretiens fut de compléter d'éventuelles informations insuffisantes données par la personne qualifiée de dépendante.

De plus, afin de mieux connaître les territoires enquêtés et les employeurs des professionnelles salariées, nous interrogeâmes des responsables (une personne dans chacune des structures suivantes : centre de soins mutualiste, centre de soins associatif, association d'aide à domicile, service de soins infirmiers à domicile, pôle gériatrique, entreprise de soins à domicile ; soit n = 6 responsables au total) sur leur

²² La coordination était le sujet central au moment de la sélection des enquêtés. Il fallait que la cotation de leur acte soit en AIS (Acte de Soins Infirmier), nous y revenons plus loin.

²³ AGGIR : Autonomie Gériatrie Groupe Iso Ressources

organisation interne, les relations avec les infirmières libérales, leur rôle auprès des personnes qualifiées de dépendantes. Nous rencontrâmes également un élu porteur d'un projet de maison de santé dans un village voisin du village rural dans lequel s'est déroulée notre enquête.

La grille d'entretien connut quelques remaniements au cours de l'enquête, surtout au début, car nous avons surestimé certains thèmes. Poser des questions sans détour sur le partage des tâches entre professionnelles donna lieu à des discours qui nous parurent formels. De la même façon, interroger les infirmières sur leurs relations avec les autorités de tutelle ou les instances représentatives des professionnelles au niveau national ne permit d'obtenir que des réponses évasives que nous jugeâmes inexploitable. Nous décidâmes donc de remanier la grille destinée aux professionnelles pour la construire autour d'items descriptifs des pratiques quotidiennes ou de précision de définitions. Cette décision fut renforcée par le fait que nous avons, dès les premiers entretiens, commencé un travail d'analyse dont les résultats incitèrent à des réajustements de notre guide d'entretien, suivant la méthode comparative continue en analyse qualitative (Glaser, 1967 ; Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 2003)²⁴.

Une deuxième particularité méthodologique de cette recherche réside dans l'usage d'entretiens de co-interprétation avec quelques professionnelles (Benelli et Modak, 2010). Il s'agit d'appliquer la procédure de « *contrôle auprès des membres* » (*member check*) (*qui*) *permet de certifier la fiabilité et la validité de certaines données qualitatives. Faute d'user de procédures de duplication des expériences, certains sociologues recommandent la mise à l'épreuve des descriptions et des interprétations du chercheur auprès des enquêtés.* » (Cefaï, 2003a : 320).

Le but de ces entretiens de co-interprétation fut de valider, préciser, ou encore remettre en cause les premiers résultats d'analyse, mais aussi de permettre notre propre mise à distance avec l'objet de recherche, dans une démarche de quête de fidélité au terrain. En effet, nous craignons que notre ancienne activité professionnelle nous donne une connaissance de ce terrain qui put être préjudiciable à l'objectivation nécessaire à toute recherche sociologique.

Enfin, de nombreux entretiens informels, précieux par leur contenu, eurent lieu au moment des observations menées en suivant les professionnelles dans leurs tournées. Nés de situations qui se prêtaient à la conversation (les déplacements en voiture, les pauses déjeuners), ces entretiens informels s'éloignaient du guide des entretiens formels, tout en endossant une orientation des échanges verbaux donnée par nous. C'est

²⁴ Les grilles d'entretien figurent en Annexe 2

ainsi que nous « *adopt(âmes) un « profil bas » qui laisse (à l'enquêté) la possibilité de « croire qu'il dirige le jeu », avant de s'arranger, au fur et à mesure de l'entretien, pour obtenir des informations »* (Brunetaux et Lanzarini, 1998 : 167). Ces entretiens permirent, entre autres, d'obtenir des informations sur le fonctionnement interne des cabinets et sur la nature des relations entre professionnelles. Ils autorisèrent également le recueil des avis et sentiments personnels sur ces relations.

Les observations

Suivre les professionnelles dans leur tournée fut l'occasion de nombreuses observations. Nous les étudîâmes dans leurs espaces et dans leur temps (Burawoy, 2003 : 453). Dans la même démarche de distanciation avec l'objet de recherche que celle adoptée dans les entretiens, nous optâmes pour des observations non participantes. Ayant quitté notre ancien statut de professionnelle de santé, nous n'avions d'ailleurs plus de légitimité (ni même de légalité) pour participer aux pratiques des professionnelles observées. Par contre, lorsque notre identité d'ancienne professionnelle de santé était connue par les enquêtés, l'accès à l'observation de soins intimes fut facilité (pose de sonde chez Honorine, douche d'Antoine, de Jean-François), même si le fait de n'être pas connue comme ancienne infirmière n'empêcha pas complètement de faire des observations de ces soins intimes (Melle Baptiste par exemple) ou d'autres soins chez des personnes qualifiées de dépendantes mais pas retenues dans notre sélection.

Le fruit des observations fut noté au fur et à mesure²⁵. Cette prise de notes dans l'action fut facilitée par le fait que, en même temps que nous consignions le résultat de nos observations, nous notions les questions à poser après l'action observée. Ainsi, les personnes observées ne surent jamais si nous étions en train de prendre des notes d'observation ou de transcrire des questions à leur poser plus tard. Seul l'infirmier de Ville Sud nous a adressé une remarque : il était étonné que son travail suscite de l'intérêt au point de prendre tellement de notes. Les autres enquêtés n'exprimèrent jamais de gêne face à notre prise de notes, que nous avions préalablement expliquée et qu'ils nous avaient autorisée. Ces « notes-repères » (Arborio et Fournier, 2010 : 55) furent retranscrites et contextualisées dans le journal de terrain, en fin de séance d'observation, souvent à l'occasion d'un arrêt sur le bord de la route du retour vers notre domicile. Ces observations portèrent sur les pratiques : civilités, contacts

²⁵ Selon la fiche d'observation figurant en Annexe 3, fiche qui s'est étoffée au cours de l'enquête

physiques, déroulement des séquences de soin ; mais aussi sur des éléments contextuels tels que les déplacements, l'ambiance du domicile (ses odeurs, le confinement de l'air, ...)

Lorsque les observations venaient corroborer les discours tenus dans les entretiens, nous considérons la complémentarité des données (discours et pratiques observées) comme autant de « *preuves disponibles* (soutenant notre conviction) *de la validité de nos conclusions* » (Becker, 2003 : 356). Dans le cas contraire, nous eûmes recours aux entretiens de co-interprétation cités ci-dessus, donnant l'occasion aux professionnelles d'explicitier l'écart entre leurs discours et leurs pratiques, mettant alors au jour de nouvelles données intégrées à leur tour dans notre analyse.

Les écrits professionnels

Nous notâmes l'existence et observâmes l'usage de différents supports aux écrits professionnels dans de nombreuses situations, aux domiciles ou en dehors de ceux-ci. Par ailleurs, la famille d'une personne qualifiée de dépendante nous confia, après le décès de celle-ci, l'ensemble des supports écrits utilisés par les professionnelles qui intervenaient à son domicile pour communiquer entre elles. L'analyse thématique de ce corpus fut riche d'enseignements.

Les discours syndicaux

De façon à connaître la voix portée par les représentants syndicaux, notamment en matière de coordination, de partage des tâches, de transfert de compétences entre professionnelles, nous rencontrâmes, à l'occasion de trois longs entretiens, un délégué syndical ayant des responsabilités au niveau national, et fîmes l'observation du congrès national annuel d'un deuxième syndicat. À eux deux, ces syndicats regroupent le plus grand nombre d'adhérentes. Nous fîmes également attentive aux discours présents sur les sites internet de ces syndicats. Les discours syndicaux révèlent la parole portée au nom d'un groupe professionnel (dont les seules infirmières libérales interrogées sur nos terrains ne sont peut-être pas représentatives, mais dans lequel elles inscrivent leur activité).

1.2. L'analyse des données

La majeure partie de l'analyse des données se fit au fur et à mesure de l'enquête, selon la méthode comparative continue en analyse qualitative (Glaser, 1967 ; Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 2003). Dans la mise en œuvre de l'analyse, trois points sont à souligner : l'usage du logiciel N'Vivo, la constitution de « cas » autorisant l'analyse par cas, et l'usage de la cartographie (occupant une position médiane entre mise en forme des données et analyse de celles-ci).

Le logiciel N'Vivo

Le logiciel N'Vivo permet de « montrer et analyser » pour reprendre le titre d'un article de Christophe Lejeune (2010) qui le classe dans la famille des logiciels qu'il nomme « réflexifs ». En effet, cet outil permet, à partir de documents écrits, de faire par informatique ce que le sociologue peut faire avec du papier et son crayon : annoter. Ce logiciel *« assiste le chercheur dans sa lecture et son analyse des textes. (Il offre) une simple fenêtre d'annotation, comparable à un traitement de texte voire à une feuille de papier. La fonctionnalité informatique proposée permet au chercheur de surligner en couleur les passages qui l'intéressent et d'y attacher une annotation. Cette annotation apparaît dans la marge ou dans une collection d'annotations pouvant être organisées entre elles. De tels outils assistent bien la création de catégories d'analyse sans déléguer la moindre tâche à la machine (...). C'est bien le chercheur qui procède à l'analyse »* (Lejeune, 2010 : 25) Les avantages que nous vîmes à l'usage de ce logiciel fut l'accessibilité des données, la facilité avec laquelle nous pouvions revenir sur elles pour en reprendre l'analyse, mais aussi la possibilité de retrouver aisément des extraits d'entretien pour citation au moment de la mise en forme rédactionnelle des résultats.

Dans un premier temps, nous retranscrivîmes intégralement les entretiens des enquêtés puis, à partir du logiciel N'Vivo auquel nous les avons intégrés, créâmes des catégories d'analyse. Nous pûmes ensuite relier ces catégories entre elles selon notre objet de recherche.

Les études de cas ou « situations »

Pour répondre à notre questionnement central sur les logiques d'actions des infirmières libérales, nous dûmes tenir compte du contexte dans lequel ces actions se déroulaient. Ce contexte est constitué des trajectoires personnelles et professionnelles, mais aussi de la situation dans laquelle ces actions sont posées. Par situation nous

entendons la singularité des configurations représentées par chacune des personnes qualifiées de dépendantes, de leur habitat, de leur environnement familial, amical, ... Nous optâmes donc, pour tenir compte de ces configurations, d'analyser chacune des situations des personnes qualifiées de dépendantes individuellement avant d'en faire une analyse plus globale, c'est-à-dire de rechercher des analogies sémantiques (Passeron, 2004). Ainsi ces études de « cas » décrivent et analysent du situationnel, quand les analyses thématiques des entretiens et observations montrent comment les professionnelles justifient et expliquent ce situationnel. Le « cas » a alors un statut explicatif et probatoire.

Par ailleurs nous suivîmes les enseignements d'Annemarie Mol (2009 : 32-33) qui nous dit que « soumettre une pratique à l'examen ne sert pas à collecter des exemples qui conviennent, mais à apprendre des leçons nouvelles. Les études de cas inspirent réellement la théorie, forment les idées et modifient les conceptions. Elles ne mènent pas à des conclusions qui sont valides universellement, et elles n'en ont d'ailleurs pas la prétention. Les leçons apprises se montrent plutôt spécifiques ».

L'auteure poursuit en insistant sur le fait que l'étude de cas « offre des points de comparaison, de contraste, de référence pour d'autres lieux et d'autres situations. Elle ne nous dit pas à quoi nous attendre ou que faire, mais elle oriente des questions pertinentes. Les études de cas augmentent notre sensibilité. C'est justement l'extrême spécificité d'un cas minutieusement étudié qui nous permet de mettre en relief ce qui est similaire et ce qui diffère d'une situation à l'autre. »

L'analyse de ces études de cas a permis de faire émerger des résultats qui trouvent leurs places au fil des pages de la thèse. C'est ainsi que de nombreux extraits de « cas » apparaissent avec un statut illustratif des nouvelles questions, idées ou conceptions qui sont nées du travail d'analyse. Nous avons abandonné l'idée initiale qui était de présenter aux lecteurs de ce travail les treize « cas » et leurs analyses respectives. Au moment du travail rédactionnel final, nous leur avons préféré une présentation séquentielle tout au long de la démonstration.

La cartographie

À partir des données recueillies auprès des enquêtés d'une part, et de données administratives d'autre part, nous avons visualisé, à l'aide de cartes géographiques, le découpage des territoires investis par chacun des protagonistes. La simple visualisation de ces cartes permet de conclure à de nouvelles données enrichissant l'analyse. Ce travail de cartographie a été mené différemment selon les deux territoires enquêtés. La

visualisation des cartes étant plus parlante en milieu rural qu'en milieu urbain, nous n'avons pas fait figurer dans ce travail de cartographie urbaine.

Évoquer ce travail de cartographie permet d'aborder la question du choix des territoires étudiés et de présenter quelques considérations méthodologiques qui ont accompagné cette recherche.

2 . Considérations méthodologiques

2.1. Le choix des terrains et la sélection des cabinets infirmiers étudiés

En nous centrant sur le travail des infirmières libérales au domicile des personnes qualifiées de dépendantes, nous partions avec l'idée initiale qu'il existait différents modes d'expression de ces pratiques. C'est pourquoi le terrain se devait d'être multi-situé. La variabilité de l'offre de soins nous semblait être un élément important de la variabilité des modes d'expression des pratiques professionnelles. Nous avons donc choisi de mener nos recherches dans deux secteurs aux caractéristiques d'environnement sanitaire et médico-social très différentes : une zone rurale d'un département lui-même qualifié de rural, et une grande ville du Sud-ouest.

Le terrain rural fut choisi parce que situé dans une zone « sous-dotée »²⁶. Les quatre infirmières libérales de ce cabinet se déclarèrent immédiatement partantes pour participer à une recherche sociologique. Nous l'appelons le « Cabinet Campagne ».

Le terrain urbain, situé dans une agglomération de 450 000 habitants, se voulait être représentatif de la population dans sa mixité sociale. Nous partageâmes la ville en grands quartiers (Centre, Sud, Nord, ...) aux profils sociologiques variés et recherchâmes, pour chaque fraction ainsi déterminée, un cabinet d'infirmières libérales volontaire pour participer à notre recherche.

Le projet de recherche était d'étudier les pratiques professionnelles à partir de situations concrètes de personnes qualifiées de dépendantes auprès desquelles les infirmières intervenaient. Nous décidâmes d'étudier six situations par terrain. Le premier cabinet rural a pu permettre de constituer cette liste de six personnes qualifiées de dépendantes. En milieu urbain, le premier cabinet ayant accepté de participer n'a pu

²⁶ L'Agence Régionale de Santé détermine cinq niveaux de dotation en professionnels de santé selon le rapport de la démographie de ces professionnels sur la population totale. Ces cinq niveaux sont : « très sous doté », « sous-doté », « intermédiaire », « très doté », et « sur-doté ».

offrir qu'une liste de cinq noms. Il s'agissait d'un quartier du centre dans lequel la mixité sociale est la plus grande dans cette ville. Mais il fallut contacter d'autres cabinets jusqu'à obtenir le nombre de personnes souhaité. Deux autres cabinets (un au Sud, et un au Nord) ont accepté de participer, chacun nourrissant notre liste d'un nouveau nom de personne qualifiée de dépendante. Les infirmières d'un dernier cabinet se portèrent volontaires : des entretiens avec une des infirmières furent menés, des contacts téléphoniques pris avec les personnes sélectionnées parmi leur patientèle, avant que ces personnes ne se retirent et que l'associée de l'infirmière interviewée ne se rétracte elle-même. Bien que ce cabinet n'ait pas été retenu dans l'analyse des cas (par défection des personnes qualifiées de dépendantes), les entretiens qui eurent lieu avec l'infirmière volontaire ont été retenus dans le corpus permettant l'analyse du fonctionnement des cabinets infirmiers. Enfin, une infirmière d'un autre cabinet, situé à l'Est de la Ville, accepta quant à elle de nous emmener en tournée, et de répondre à nos questions dans la voiture, entre deux soins, sans pour autant nous consacrer plus de temps pour un entretien « à tête reposée », ni pour sélectionner avec nous des personnes qualifiées de dépendantes autour desquelles l'enquête eut pu être menée. Les différents cabinets du terrain urbain furent nommés Ville Centre, Ville Fleuve, Ville Sud, Ville Nord et Ville Est. Ils sont tous situés dans des zones de dotation « intermédiaire » sauf Ville Nord qui est dans une zone « sur-dotée ».

2.2. La procédure de prise de contacts

La procédure choisie fut, dans tous les cas, la suivante : un premier contact téléphonique présentait la recherche comme centrée sur les personnes qualifiées de dépendantes, et l'idée de questionner les infirmières libérales fut présentée comme venant du fait qu'elles sont en première ligne auprès de ce public dit dépendant. Puis un rendez-vous physique était proposé à l'ensemble des infirmières travaillant dans ce cabinet (ou à celles qui voulaient bien participer à la recherche). Ce premier rendez-vous physique permettait de présenter la recherche de façon plus précise, et notamment d'expliquer l'intérêt de choisir, parmi leur patientèle, des personnes qualifiées de dépendantes dans le but de rencontrer au moins une représentante des différentes professionnelles qui intervenaient chez cette personne (infirmière bien sûr, mais aussi aide-soignante, auxiliaire de vie, aide à domicile, ...). Après détermination de cette liste, du temps (quelques jours) fut laissé à l'équipe pour recueillir la réponse des personnes qualifiées de dépendantes. Ce sont les infirmières qui parlèrent, en notre nom, de ce projet de recherche et recueillirent les réponses de participation. À partir du moment où les réponses positives arrivèrent, les rendez-vous d'entretiens s'enchaînèrent : des

rendez-vous individuels avec chacune des infirmières participantes permirent à la fois de lister leurs caractéristiques sociologiques (sexe, âge, statut matrimonial, ...), de retracer leur parcours professionnel, et de recueillir des discours sur leur activité professionnelle en général. Durant le même entretien, si le temps disponible le permettait, ou au cours d'un ou de plusieurs autres entretiens, il fut posé des questions sur leurs pratiques autour de la situation d'une des personnes qualifiées de dépendantes sélectionnées. Puis nous prenions contact avec les personnes elles-mêmes (ou leurs proches) afin de déterminer un rendez-vous durant lequel nous leur fîmes raconter leur histoire personnelle, leur version de l'histoire concernant leur situation (comment en étaient-ils arrivés à avoir une infirmière qui intervenait chez eux de façon régulière ?) avant de les interroger sur leur vie quotidienne, et sur les aides professionnelles qui leur étaient apportées. Ces entretiens se terminaient avec l'engagement de nous communiquer ultérieurement les coordonnées d'une ou plusieurs personnes professionnelles intervenant chez eux, après accord de celles-ci. L'ultime étape fut de prendre contact avec ces professionnelles, et de les rencontrer dans un ou des entretiens reprenant leur trajectoire et leurs pratiques actuelles. Pour l'ensemble des professionnelles salariées, une démarche téléphonique, souvent complétée par une démarche écrite, fut adressée à la ou au supérieur-e hiérarchique de l'enquêtée de façon à obtenir une autorisation d'entretien avec la salariée. Aucun refus ne fut enregistré parmi ces responsables.

2.3. La sélection des personnes qualifiées de dépendantes

La question des critères fut centrale dans la sélection des personnes qualifiées de dépendantes puisqu'elle comporte en elle-même l'idée de catégorisation. Or notre approche constructiviste nous invita à refuser *a priori* toute catégorisation. Nous projetions d'examiner la notion de dépendance par ce que les professionnelles en diraient. Il fallut tout de même choisir, et pour cela déterminer des critères de sélections. La littérature blanche, les rapports ministériels, nous invitaient à réfléchir en termes de groupes iso-ressources (GIR). Les personnes y sont identifiées et regroupées en fonction de critères de fonctionnalités (déplacements ou non, ...) et de besoins (aide pour manger, ...). L'ensemble des facteurs définissent six groupes de personnes pour lesquelles la dépendance, ainsi caractérisée, va à son tour déterminer un niveau d'aide (financière, humaine, technique) à apporter. À ce stade de la recherche, nous ne pûmes retenir cette taxinomie pour la double raison qu'il s'agissait d'une classification administrativo-médico-sociale et pas d'une typologie sociologique. De plus, il fut porté à notre connaissance que les infirmières ne connaissaient pas toujours la situation

administrative de leurs patients, ni donc le GIR qui leur était affecté. D'autre part le GIR ne concerne que les plus de 60 ans alors que notre recherche avait pour but de s'intéresser également à des personnes plus jeunes.

Nous choisîmes alors, pour déterminer les critères de sélection des personnes qualifiées de dépendantes, de partir de ce qu'il nous intéressait d'étudier : les pratiques professionnelles. Or une de ces pratiques consiste à coter les actes posés. Coter un acte, c'est lui donner une valeur de rémunération mais aussi une nature du soin. Ce deuxième aspect nous intéressa plus particulièrement. En effet, dans une cotation, la nature d'un soin infirmier diffère selon qu'il a été prescrit par le médecin (il s'agit des actes médicaux infirmiers) ou bien qu'il a été proposé par l'infirmière (il s'agit des actes infirmiers spécifiques). Les soins proposés par les infirmières le sont à la suite de l'analyse qu'elles font de la situation de la personne. Ce travail d'analyse concerne des situations qui durent dans le temps et pour lesquelles il s'agit de proposer autre chose qu'un traitement curatif. Il peut s'agir de soins dits « d'entretien », à savoir des soins qui évitent une altération de l'état des personnes : soins d'hygiène, soins d'éducation, soins de soutien relationnel. En partant de cette considération que les infirmières ont de leur travail, nous déterminâmes avec elles une première liste de personnes parmi leur patientèle : des personnes auprès desquelles les actes que les infirmières posent sont codifiés en actes de soins infirmiers (ou AIS dans le langage professionnel).

Un deuxième critère était la possibilité que nous devions avoir de communiquer verbalement avec cette personne (ou au moins avec une personne qui lui serait familière). Nous étions consciente du biais que représentait une sélection basée sur le critère de la présence d'un entourage : nous nous coupions d'une population de personnes ayant des problèmes de communication et sans entourage personnel immédiat, avec uniquement des professionnelles qui interviennent chez elles. Lors de nos journées d'observations, nous rencontrâmes des personnes possédant ce profil. Et nous pûmes observer que les relations professionnelles, qu'elles furent infirmières ou avec l'auxiliaire de vie rencontrée à ces occasions, étaient d'une autre nature : elles occupaient un espace laissé vacant par la famille absente. Au vu des résultats de notre enquête, il nous paraît aujourd'hui que l'étude de tels cas eut été heuristique. Mais au moment de la sélection des personnes, nous recherchions des personnes capables de nous rapporter leur version des faits, leur histoire de vie, leur trajectoire de soins. La construction de notre étude étant en partie basée sur la parole des acteurs, il s'agissait d'une condition *sine qua non* de sa faisabilité.

Le troisième et dernier critère de sélection fut un critère de relativité : nous cherchâmes à faire varier, dans notre échantillon, les organisations qui étaient mises en

place autour des personnes qualifiées de dépendantes. La sélection des enquêtés se fit donc en fonction du profil des autres personnes déjà sélectionnées. L'idée principale fut d'obtenir une variété de situations, mais aussi une multitude d'acteurs (aides-soignantes, auxiliaires de vie sociale salariées du secteur associatif ou du secteur privé, aides à domicile engagées au gré à gré ou salariées d'une structure, ...) dans le but d'augmenter les probabilités de faire ressortir les traits saillants de chacune des situations concrètes. Nous rejoignons là Norbert Elias qui nous dit que :

« Le choix d'une petite unité sociale pour étudier des problèmes que l'on retrouve dans un large éventail d'unités sociales plus grandes et différenciées permet de ne laisser dans l'ombre aucun détail : de réaliser, pour ainsi dire, une étude microscopique. On peut construire sur une petite échelle, un modèle explicatif de la configuration qu'on croit universelle : un modèle prêt à être testé, élargi et, au besoin, révisé à la lumière d'autres enquêtes relatives à des représentations apparentées sur une grande échelle. » (Elias, 1976 : 36)

2.4. La présentation de la chercheuse aux personnes qualifiées de dépendantes

À propos de la présentation faite de nous par les infirmières libérales aux personnes qualifiées de dépendantes, deux stratégies ont été mises en œuvre puisque nous avons deux identités selon le terrain considéré. Sur le premier terrain, les infirmières nous connaissaient comme ancienne infirmière et nous ont donc présentée sous cette identité. C'est ainsi que l'ensemble des personnes rencontrées sur ce terrain (les personnes qualifiées de dépendantes mais aussi les autres personnes observées au moment des tournées, la population de ce village rural, le personnel des associations locales) nous connaissait sous cette identité d'infirmière, avant même que nous nous soyons présentée à elles²⁷. Ce qui est révélateur de la circulation de l'information entre les habitants de ce village à propos de la personne étrangère que nous représentions sur leur territoire. Sur le deuxième terrain, la présentation fut toute autre. Identifiée comme sociologue par les enquêtés, nous fûmes présentée sous cette étiquette aux personnes qualifiées de dépendantes auprès de qui nous sollicitons des rendez-vous. Quant aux personnes observées dans le cadre des tournées, il a suffi de nous présenter comme une personne intéressée par le métier d'infirmière, sans plus d'explication, pour être acceptée dans leur domicile.

²⁷ Certaines d'entre elles, à l'occasion d'échanges informels, ont même pu me faire savoir qu'elles connaissaient la raison pour laquelle je n'exerçais plus mon ancien métier d'infirmière et avais entrepris une reconversion professionnelle.

2.5. Partir de la parole des enquêtés : réflexions sur le statut de cette parole

« Que nous soyons profane ou chercheur, nous approchons tous nécessairement telle sphère de vie sociale inconnue à travers les images que nous possédons déjà. » (Blumer Herbert, 1969, cité par Becker, 2002 : 39)

Si ces « représentations déterminent l'orientation de notre recherche » (Becker, 2002 : 41), elles autorisent parfois la production de propositions explicatives par une démarche abductive, dont nous montrons (dans un paragraphe ultérieur consacré à nos anciens répertoires sociaux), qu'elle s'est avérée nécessaire à l'architecture de cette recherche. Il convenait donc de partir de l'observation des faits et de la collecte de discours, sans catégorisation *a priori*, pour obtenir les éléments structurants des pratiques professionnelles.

Partir de la parole des enquêtés en adoptant une méthodologie émique pose la question de la validité de cette parole. Nous comprenons par « émique » le sens que Jean Pierre Olivier de Sardan donne à ce terme : à la fois « *des données discursives, produites par les interactions entre les chercheurs et les acteurs sociaux qu'il étudie (...). Nous sommes dans le registre de l'exprimé* », à la fois des « *notions, concepts (...) largement partagés par les sujets au sein d'une culture ou d'une sous-culture donnée. Nous sommes dans le registre de l'exprimable.* » (Olivier de Sardan, 1998 : 158). Cet auteur décrit quatre niveaux du terme *emic*²⁸, dont seuls les deux que nous venons d'énoncer « *semblent affectés d'un coefficient de véridicité et de plausibilité suffisant pour définir une légitimité empirique au terme emic qui apparaisse incontestable.* » (*Ibid.* : 159). L'auteur parle de « noyau dur » de la démarche émique. Aujourd'hui, la méthodologie émique telle qu'elle est couramment pratiquée en anthropologie et en sociologie qualifiée de qualitative est fondée sur la constitution de corpus discursifs.

²⁸ Les linguistes les premiers ont différencié *etic* et *emic*. Si la « phonetic » est un système de sons « physiques » produit par les phénomènes articulatoires, la « phonemic » est un système de contrastes et différences sonores significatives du point de vue du locuteur. *Emic* contient donc cette notion de signification du point de vue du locuteur. C'est alors que l'anthropologie a investi cette opposition *emic/etic*. Après des querelles d'école anthropologique, Jean Pierre Olivier de Sardan propose en 1998 une classification en quatre niveaux du terme *emic*. Les deux premiers niveaux sont repris dans le texte, les deux autres niveaux renvoient à des codes censés être sous-jacents aux discours et comportements, (registre du latent) pour l'un et à des structures cognitives au principe de penser et d'agir pour l'autre. Il s'agit alors d'une acception structuraliste. Nous sommes dans le registre du postulé.

La parole des enquêtés peut aussi dans cette recherche être comprise comme la traduction du sens commun dont ils sont porteurs. Il ne faut pas négliger cette forme de subjectivité sans laquelle aucune enquête sociale n'est possible (Benel et Lejeune, 2009). Le sens commun des acteurs est du matériel pour l'enquête sociale. C'est le réceptacle du phénomène social étudié²⁹. En effet, si les discours sur les pratiques ne sont qu'une interprétation du réel des acteurs, ils permettent d'obtenir une rhétorique de ce que leur métier devrait être, et de comment les infirmières le voient. On peut distinguer à ce propos les entretiens de type compréhensif qui cherchent à capter ce sens, cette rhétorique, et les entretiens d'explicitation de la pratique, qui cherchent quant à eux à saisir la pratique effective. Pour notre part, dans un but de complémentarité, nous avons panaché ces deux formes d'entretien (voir grilles d'entretien annexe 2).

Mais la parole des enquêtés n'est pas seulement une donnée que la chercheuse collecte. Nous pûmes observer combien livrer sa parole peut être une expérience pour les enquêtés. Deux types de réactions observées permettent cette affirmation : d'une part la réflexivité dont firent preuve plusieurs enquêtés, d'autre part l'épreuve morale que constituèrent les entretiens.

Commençons par parler de la réflexivité. Elle débute dès l'acceptation de participer à l'enquête (Beaud et Weber, 1998) alors clairement explicitée par les enquêtées comme une occasion de réfléchir à leurs pratiques (alors même que ce n'était pas sous cet angle que l'enquête leur était présentée, mais plutôt comme portant sur le sujet des personnes qualifiées de dépendantes). Avec Pierre Bourdieu, nous pourrions déclarer qu'avec les enquêtés :

« On pourrait parler aussi d'auto-analyse assistée : en plus d'un cas, nous avons eu le sentiment que la personne interrogée profitait de l'occasion qui lui était donnée de s'interroger sur elle-même et de la licitation ou de l'incitation que lui assuraient nos questions ou nos suggestions (toujours ouvertes et multiples) pour opérer un travail d'explicitation, souvent douloureux et gratifiant à la fois, et pour énoncer, avec une extraordinaire intensité expressive, des expériences et des réflexions longtemps réservées ou réprimées. » (Bourdieu, 1991 : 3)

La gratification dont parle Pierre Bourdieu est retrouvée chez Corinne, infirmière libérale urbaine qui trouve « intéressant (la démarche) parce que ça (lui) permet de

²⁹ Traduit par nos soins.

mettre des mots, quand même, parce que en fait, on (ne les) interroge jamais sur (leur) travail, (elles sont) un peu seule(s), (...) et c'est pas pareil d'avoir un regard extérieur ». Regard extérieur qui n'était que celui que nos questions lui proposaient de porter elle-même. Ce travail de réflexivité offert aux enquêtés nous apparut comme un contre-don que nous leur apportâmes en réponse au don qu'ils nous firent en répondant à notre requête. A l'inverse de Didier Fassin (1992 : 32-33) cité par Aline Sarradon-Eck (2008) qui utilisait sa qualité de médecin pourvoyeur de soins ou de conseils comme contre-dons, nous étions dans la position d'offrir un contre-don depuis notre position de sociologue, et non depuis notre qualité de professionnelle de santé. C'est ainsi que le journal de terrain s'est nourri de remarques notées après un entretien en date du 16 novembre 2011 avec Marie-Pierre, infirmière du secteur rural, qui poursuit hors micro pour nous annoncer qu'elle s'est entretenue avec son associée Pauline sur ce que leur apporte notre présence parmi elles, sur la réflexion que suscitent les interrogations que nous leur amenons.

« C'est bien toutes les questions que tu nous poses. L'autre jour, Pauline m'a dit que c'était drôlement bien pour elle, parce que déjà elle se pose beaucoup de questions, et le fait que tu viennes, ça lui fait du bien »

Entretien informel (hors micro) avec Marie-Pierre, infirmière à Campagne

Marie-Pierre, qui se révélera être notre informatrice principale, se fit même observatrice de nos méthodes. En effet, elle remarqua qu'à chacune de ses questions conclusives de type « *tu vois ?* », au mieux nous lui répondions que : « *non, je ne vois pas* », au pire nous nous taisions ; comportement qui, dit-elle, l'incitait à poursuivre, à expliciter. Le fait qu'elle fit cette observation, qu'elle s'en ouvrit à nous, montrait l'intérêt qu'elle trouvait à participer à ce travail de recherche. Marie-Pierre alla même plus loin puisqu'elle s'inquiéta de la présentation qu'elle faisait de nous aux personnes qualifiées de dépendantes, pensant que cette présentation pouvait influencer leurs réponses. Marie-Pierre se posait des questions méthodologiques, révélatrices de l'intérêt qu'elle portait à sa collaboration.

Par ailleurs, la parole donnée pu être accordée dans l'espoir d'un éventuel appui ultérieur de notre part. Il s'agit par exemple d'une auxiliaire de vie sociale ayant pour projet de valider ses acquis professionnels dans le but d'obtenir un diplôme d'aide-soignante. Nous fûmes alors considérée comme une personne experte, identifiée comme connaissant les arcanes du milieu, et pouvant, à l'occasion, lui délivrer les informations voire les appuis nécessaires à ces démarches. Ce statut d'« experte » nous fut accordé en plusieurs circonstances (entretiens) dans lesquelles des informations nous furent

demandées, notamment à propos des structures existantes. Notre place de chercheuse fut alors traduite comme la place d'une personne qui sait, qui connaît l'ensemble du panorama professionnel dans lequel ces enquêtés évoluent.

Livrer une parole peut aussi être considéré comme une épreuve morale prise dans une interaction. Cette enquête fut présentée aux enquêtés comme portant en premier lieu sur les personnes qualifiées de dépendantes, puis dans un second temps seulement comme s'intéressant aux professionnelles qui s'en occupent. Les moments de face à face que constituèrent les entretiens purent s'avérer être des épreuves d'ordre moral pour les enquêtés. Les discours sur leurs pratiques, même lorsqu'ils furent descriptifs, furent sous-tendus par « ce qui devrait être », par ce qu'il est « bon » de présenter à l'enquêtrice, par ce qui fait une « bonne » professionnelle. À travers l'exposé des faits, c'est la norme encadrant l'acte qui paraît. De ce point de vue, les entretiens avec les professionnelles cristallisèrent l'ensemble de l'enquête : l'épreuve morale n'avait pas les mêmes limites selon, d'un côté, que l'enquêté avait ou non connaissance de notre identité d'ancienne infirmière et selon, d'un autre côté, que l'enquêté était ou non une infirmière. En croisant ces deux paramètres, nous avons pu distinguer ainsi quatre cas de figures.

Lorsque nous étions face à des infirmières, le fait d'être identifiée comme ancienne infirmière n'empêcha pas nos interlocutrices de tenir des propos attendus en termes de respect des normes, en début d'entretien notamment. Elles contrôlèrent leur propos et ne se laissèrent pas aller spontanément à de la sincérité. Mais notre attitude (relance, reformulation, ou encore marmonnement appuyé par un regard de connivence) face à des silences qui nous parurent éloquents permit de libérer une parole. Alors l'expression de sentiments jugés répréhensibles par les infirmières³⁰ tels que la colère, ou de comportements proscrits, comme l'agressivité, nous furent livrés. La justification donnée pour expliquer de tels comportements fut que ces réactions permettent aux infirmières de supporter certaines situations. Ces possibilités de déjouer la norme leur permettent de poursuivre leur activité.

Dans le cas où les infirmières enquêtées étaient face à une personne qu'elles identifiaient comme une sociologue, il leur fut plus facile de déjouer nos tactiques de demande d'explicitation. La pression morale semblait moins importante pour elles. Ce n'est que parce que nous adoptâmes une seconde stratégie, à savoir poser des questions

³⁰ L'héritage en matière de normes morales et de comportements attendus est développé dans le paragraphe consacré à l'histoire de la profession infirmière, chapitre 2.

d'apparence naïve et faire décrire le plus précisément possible les pratiques qu'émergent alors des récits de réactions jugées comme répréhensibles. Ces réactions furent par ailleurs justifiées par les enquêtées comme le résultat d'un contexte qui ne leur laissait pas le choix.

A ce stade nous relevâmes que le fait d'être connue comme ancienne infirmière facilitait l'accès à des données d'ordre moral. Mais aussi que les niveaux de justification différaient selon qu'elles connaissaient notre ancienne identité infirmière ou non : celles qui savaient qu'elles parlaient à une infirmière donnaient des explications d'ordre intrinsèque (ce sont elles qui sont agressives, qui se mettent en colère), alors que celles qui ne savaient pas qu'elles étaient en train de parler à une ancienne infirmière livraient des explications d'ordre extrinsèque (le contexte ne leur permet pas de faire autrement).

En cherchant à rencontrer des professionnelles (autres que des infirmières libérales) qui travaillaient aux domiciles des personnes dépendantes sur les deux terrains, nous avons rencontré des professionnelles non-infirmières qui pour certaines savaient que nous étions une ancienne infirmière, et pour les autres ne le savaient pas. La relation enquêtrice/enquêtée a été différente dans le sens où les non-infirmières (aides-soignantes, auxiliaire de vie sociale, aide à domicile, ...) qui nous identifiaient comme une ancienne infirmière ne nous ont jamais tenus de propos péjoratifs à l'endroit des infirmières avec qui elles travaillaient. Elles étaient visiblement dans le contrôle de leurs propos et nous parlaient comme à une supérieure hiérarchique. Ceci ne nous est apparu qu'en comparant leurs discours avec les entretiens effectués sur le deuxième terrain sur lequel nous rencontrâmes des professionnelles non-infirmières qui nous parlaient différemment, à la fois dans la manière de parler (moins de contrôle) et à la fois dans le contenu (nous avons alors pu entendre des jugements très négatifs portés sur le travail des infirmières libérales). Pour cette catégorie d'enquêtées, nous pensons que c'est le fait de ne pas nous identifier comme infirmière qui a libéré la parole.

En faisant la synthèse des conclusions, il semblerait que l'on puisse ordonner les groupes d'enquêtés sur un continuum allant de la plus grande liberté de parole à la plus grande réserve. Nous commençons avec les plus libres, les non-infirmières ne connaissant pas notre identité (la liberté de parole envers les infirmières est la plus grande), puis viennent les infirmières connaissant notre identité (la levée des verrous est « provoquée » mais apparaît assez rapidement), nous continuons avec les infirmières ne connaissant pas notre identité (il faut plus de temps et de tactiques pour accéder à une parole plus libre), avant de terminer avec les autres professionnelles connaissant notre identité (la réserve est visible). D'un côté, ces dernières connaissaient notre identité

d'infirmière (nous aurions pu avoir une relation d'autorité dans d'autres circonstances), et d'un autre côté, nous étions amenée à rencontrer leurs employeurs. Ces deux arguments pouvaient expliquer leur réserve.

Notre ancienne identité d'infirmière n'est qu'un des éléments méta-communicationnel de l'interaction que constitue l'entretien d'enquête mais considérer cet élément contextuel permet de maximiser les divers niveaux d'information recherchés (Olivier de Sardan, 1995) et de multiplier les niveaux d'analyse.

2.6. Les difficultés du terrain

Le choix initial d'une enquête multi-située d'une part, la nécessité de multiplier ces sites du fait du petit nombre de personnes qualifiées de dépendantes proposé par chaque cabinet d'autre part, eurent pour effet de multiplier les contacts. Il est arrivé que nous ayons 42 réponses à des sollicitations de rendez-vous ou à des demandes d'autorisation à gérer extemporanément. Plus que l'accès au terrain, la gestion de la multitude des acteurs rendit la tâche laborieuse. Une des difficultés récurrentes que nous souhaitons souligner est le nombre élevé de rendez-vous annulés, souvent en dernière minute, et reportés. Épisode de maladie chez l'enquêtée, remplacement de collègue, surcharge de travail ont été les trois motifs les plus souvent invoqués pour expliquer ces changements inattendus d'emploi du temps. Trouver une nouvelle date n'était pas toujours facile car les différents types de professionnelles enquêtées offrent le point commun de ne pas connaître longtemps à l'avance leur emploi du temps qui sera par ailleurs susceptible d'être modifié à tout instant. Cette double incertitude ne facilitait pas l'engagement des enquêtés dans des prises de rendez-vous. La présence sur le terrain d'enquête s'est étirée entre mars 2011 et février 2013.

La répétition de reports de rendez-vous est illustrative de la disponibilité demandée à ces professionnelles dans leurs pratiques quotidiennes. Leur temps libre, sur lequel l'ensemble des professionnelles nous a reçue, est soumis au temps professionnel, quel que soit le statut (salarié ou libéral) des enquêtées.

C'est ainsi que la gestion du terrain par l'enquêtrice devint objet d'observation et source de données.

2.7. Quelle politique de terrain ?

L'objet de notre recherche invitait, dès sa conception, à multiplier les points de vue. Ce travail de triangulation (Olivier de Sardan, 1995) est explicité par Everett Hughes (1996c) qui considère que dans une organisation, « *il est donc impossible de décrire le poste occupé par une catégorie de personnel sans parler du travail des autres* ». L'organisation dont parlait Everett Hughes était hospitalière, mais nous avons fait nôtre cette considération et partions avec l'idée d'interroger les différents protagonistes intervenant autour des personnes qualifiées de dépendantes dont les infirmières libérales s'occupent. Nous avions l'idée d'une cohérence préalable à l'enquête, d'une rigueur méthodologique qui nous avait laissé imaginer un plan relativement fixe du déroulement de l'enquête. Or Daniel Bizeul (1998) nous enseigne que la démarche des chercheurs est le fruit de facteurs imprévisibles, suivant une stratégie peu « ferme ». Il est suivi en cela par Daniel Cefaï pour qui « (...) *une enquête de terrain a toujours quelque chose d'unique, en ce qu'elle doit s'agripper à des singularités, trouver des solutions à des problèmes concrets, inventer des modes d'investigations ad hoc, découvrir ses thèmes en cours de cheminement* » (2003b : 497).

C'est ainsi qu'au cours de l'enquête, nous nous laissâmes porter par les résultats et modifiâmes le plan initial dans un mouvement de méthodologie en construction continue. Cette modification de stratégie porta sur deux points essentiels : les techniques employées et les personnes interrogées.

La découverte de la réflexivité de certains acteurs nous incita à mettre en œuvre des entretiens de co-interprétations (Benelli et Modak, 2010). Cette technique de coconstruction des données présenta le double avantage de faire de la réflexivité des professionnelles une source de données, et de nous permettre, en tant qu'ancienne infirmière, d'adopter la posture naïve inhérente à l'exercice de la co-interprétation et ainsi de favoriser la prise de distance que nous recherchions avec les données collectées.

Le changement de stratégie concernant les personnes interrogées porte sur les médecins. La configuration des professionnelles intervenant autour de la personne qualifiée de dépendante varie selon les cas. Le point commun à toutes ces situations était notre porte d'entrée : les infirmières libérales. Or, les infirmières libérales n'interviennent que si le médecin a prescrit à son patient (ici la personne qualifiée de dépendante) qu'une infirmière analyse sa situation et propose des solutions. Chacune des personnes qualifiées de dépendantes rencontrées dans cette recherche avait donc un médecin dans son entourage. Nous pensions, en début de recherche, être amenée à rencontrer des médecins et à recueillir leurs discours sur leurs pratiques professionnelles et celles des autres intervenants, notamment celles des infirmières. Or, notre choix

épistémologique était de suivre la parole des acteurs et de la considérer comme vectrice du sens commun, lui-même « réceptacle du phénomène étudié » (Benel et Lejeune, 2009). Parce que jamais cités par les personnes qualifiées de dépendantes comme étant des aides professionnelles, les médecins ne furent pas interrogés. Nous étions conscientes du biais que cela constituait. Il eut été intéressant d'avoir l'éclairage du professionnel qui, de son côté, revendique une place centrale dans l'organisation des actes professionnels posés sur les personnes qualifiées de dépendantes. Mais notre approche portait sur les pratiques, et il nous sembla tout aussi heuristique de souligner l'absence du médecin dans les pratiques quotidiennes des différentes professionnelles. Nous n'obtinmes pas de données de « première main »³¹ sur les médecins, mais nous pûmes analyser des données « en creux », celles portées à notre connaissance par d'autres professionnelles ou par les écrits des médecins laissés aux domiciles des personnes qualifiées de dépendantes.

Cette recherche fut donc menée avec une posture ouverte qui permit de naviguer concrètement entre les enquêtés, mais aussi, de façon plus abstraite, entre le terrain et la problématique, dans un mouvement itératif permettant de créer « des modèles interprétatifs issus du terrain »³².

3 . Auto-analyse et transformation identitaire

3.1. Passerelle entre infirmière et sociologue : de l'utilité d'un travail d'auto-analyse

L'idée du sujet de ma recherche, la proposition d'étudier l'activité des infirmières libérales sont directement liées à une ancienne activité professionnelle qui a occupé une première partie de ma vie professionnelle : celle d'infirmière. Hospitalière les dix premières années dans différents hôpitaux de France, j'ai ensuite exercé en libéral pendant plus de dix ans dans une ville moyenne du sud-ouest de la France. Cette activité professionnelle s'est toujours accompagnée d'une réflexion, d'une tentative de regard critique sur ce qui se passait dans les interactions avec les bénéficiaires de nos soins ou leurs proches, mais aussi avec les collègues ou consœurs (ou confrères). Il s'est toujours

³¹ Au sens de la première école de Chicago dans laquelle Park incitait ses étudiants à aller « salir leurs fonds de culotte dans la recherche réelle » pour faire de l'observation de première main (Platt, 2003 : 141).

³² Moins mauvaise traduction de la *Grounded Theory* d'après Olivier de Sardan (1995), autrement traduite par Pierre Paillé ou Marc-Henry Soulet par le terme de « théorie ancrée » (Soulet, 2010 : 18).

agi, pour moi, de m'interroger sur la place que j'occupais, ou que l'on me demandait d'occuper dans l'espace des soins en France. Mon regard critique sur les institutions avec lesquelles nous collaborions pouvait quelquefois être source de troubles personnels, au mieux, d'incompréhension et de sentiment de colère au pire. C'est ainsi que le choix d'aller travailler en libéral a été fait. L'idée était de respecter une vision de santé publique dont j'étais porteuse. Pénétrer dans le domicile des personnes, les fréquenter sur un terme plus long que celui de l'hospitalisation (toujours plus court), me semblait être un contexte propice à l'expression d'une santé publique sur le terrain, incarnée. J'avais alors le sentiment de travailler dans l'intérêt du bénéficiaire de soins. Mais sans doute n'avais-je qu'une vue partielle et partielle des faits ?

Le fait de porter un regard critique sur le système dans lequel je travaillais est partagé par nombre de professionnels, quel que soit le milieu d'exercice et la branche d'activité. Mon regard avait la particularité d'être aiguisé par les cours de sociologie et d'anthropologie que j'avais reçus lors de ma formation initiale en soins infirmiers et qui se sont posés comme des révélateurs d'une autre lecture possible du monde qui m'entourait. Cette possibilité de porter un « autre » regard sur l'humanité que le regard enseigné (inspiré du modèle biomédical de l'homme) dans le reste de la formation infirmière, a suscité un vif intérêt de ma part. En effet, cette manière de déchiffrer les comportements humains faisait écho à une forme d'altérité qui m'habitait et dont je ne savais pas encore à l'époque que Nicolas Dodier et Isabelle Baszanger (1997) l'appelleraient plus tard l'« altérité pragmatique », celle qui fait référence à la fois à un fond commun de ressources partagé par les humains (les acteurs, les actants) et aux différences de positions actanciennes, c'est-à-dire définies par les places occupées par les personnes dans les interactions.

Ce goût pour l'altérité m'a amené à découvrir de nouveaux horizons et à me former à une spécialisation en pathologies tropicales dans le but de travailler en d'autres lieux, dans d'autres contextes, au contact d'autres cultures. C'est au cours de cette formation, et plus particulièrement en cours d'ethnologie, que les Sciences Humaines et Sociales se sont imposées comme la forme d'ouverture à l'Autre que je recherchais. C'est ainsi que trois ans après l'obtention du diplôme d'Infirmière, je débutais un cursus universitaire de sociologie et ethnologie. Poursuivies jusqu'au niveau de la Maîtrise³³, ces disciplines m'ont dotée d'outils et de concepts permettant de poser ce regard aiguisé, évoqué plus haut, sur ma propre pratique infirmière. Ce regard n'est pas celui qui accompagne un savoir transmis qui aura augmenté les connaissances du récepteur, mais plutôt le regard de celui qui pense que du savoir reste à découvrir, que des

³³ C'était en 1995. Depuis, le Master 1 a été créé.

phénomènes restent à comprendre, que des questions émergent sans forcément appeler de réponses. Le type de questions qui m'habitaient alors pouvait être de se demander comment faire dialoguer d'une part les normativités imposées par le modèle biomédical (qu'est-ce d'autre qu'appliquer une prescription médicale si ce n'est participer à un retour à la norme, fût-elle biologique ?) et d'autre part les propositions de théoriciennes infirmières de favoriser l'autonomie des personnes dont les infirmières s'occupent, fût au prix de s'écarter des normes médicales. Les soins infirmiers sont enseignés dans le cadre de théories de soins. Pour ma part, j'ai bénéficié d'un enseignement basé sur le modèle théorique construit par Dorothy Orem (1971) qui laisse une large place aux autosoins, ou « selfcare ». L'autonomie de la personne soignée est le maître-mot de cette théorie. Que devient cette autonomie dans une prise en charge médicalisée ? Plus tard, cette quête de l'autonomie du patient m'a fait me diriger vers une formation en éducation thérapeutique du patient qui devait me satisfaire en matière d'acquisition d'outils et de méthodes devant favoriser cette autonomie recherchée, par moi, chez les patients. Mais aussitôt réapparaissait le spectre de la norme car je m'interrogeais sur la finalité de l'éducation thérapeutique du patient : n'est-elle pas, avant tout, un processus qui vise à modifier un comportement (alimentaire, d'activités physiques, ...) de façon à atteindre un comportement considéré comme normal par les médecins ? Peut-être même avant l'autonomie du patient ? Normativité *top down* ou autonomie *bottom up* ? J'étais prise dans une tension permanente. L'activité d'infirmière libérale, avec les soins qui y sont pratiqués, me mettait à distance de cette norme médicale dans la mesure où il me fallait tenir compte, aussi, du contexte familial, social, domestique, ... dans lequel nous exerçons. Mais pour autant que cette distance fût prise avec les normes médicales, d'autres questions surgissaient : qu'en est-il de l'autonomie des infirmières en tant que professionnelles ? Pouvais-je faire dialoguer ensemble cette question de norme médicale imposée aux infirmières, les velléités d'autonomie professionnelle infirmière, et cette autonomie qui s'effritait chez les patients, qui n'étaient pas encore dans ce qui a été appelé plus tard la « perte d'autonomie » et qui n'était encore que la dépendance ?

Pourquoi revenir avec autant de précisions sur un parcours ? C'est seulement aujourd'hui, en pratiquant l'exercice de la reconstitution de ce parcours, que je m'aperçois que mes conceptions de l'autonomie ou de la dépendance étaient les catégories d'une professionnelle de santé, teintées du modèle médical, gériatrique en l'occurrence. Je ne les interrogeais pas, au moment de mon ancienne activité professionnelle, en tant que notions. J'acceptais la définition que j'en trouvais dans la littérature professionnelle (infirmière). Mais assez rapidement consciente (et alertée par

mes directeurs de recherche³⁴) du risque que représentait la mobilisation de catégories infirmières, j'entreprenais un travail réflexif parallèle à la recherche et débutait, au début sans le savoir, un travail d'«*auto-analyse (qui) consiste à interroger son histoire personnelle pour mettre au jour ses propres catégories, socialement construites, de perception de la réalité* » (Arborio et Fournier, 2010 : 85).

Réfléchir à mon rapport au terrain, écrire sur ce sujet m'a longtemps gênée. J'entendais les invitations de mes directeurs de recherche à le faire, mais j'avais du mal à voir l'intérêt, pour la recherche, d'un tel exercice.

Pourtant, alors que j'avais interrompu mon cursus universitaire pendant quinze ans, j'étais, de façon intime, en interrogation par rapport au sens de cette reprise d'étude qui m'amène aujourd'hui à rédiger cette thèse. De là à admettre qu'exercer un retour de conscience sur soi-même, appliqué à la construction de la recherche en train de se faire, ait un intérêt heuristique pour le lecteur m'a demandé du temps. D'autant plus que comprendre l'intérêt de la démarche ne suffisait pas à en trouver la motivation. Jusqu'à ce que la lecture d'un texte de Jean Pierre Olivier de Sardan, nous précise que (dans l'auto-analyse) « *le héros du récit (...) est le sujet de la recherche et non le chercheur* » (2000 : 440). Tout s'éclairait. Il fallait bien quelqu'un pour raconter cette recherche, je trouvais enfin les raisons pour en être la narratrice. J'ai été aidé en cela par les lectures de Jean-Claude Passeron (1970), Jeanne Favret-Saada (1977, 1981), Stéphane Beaud et Florence Weber (1998). Toutefois, il ne s'agit pas de se laisser aller au piège de l'hyper-réflexivité rencontrée dans les ethnographies narratives et dénoncée par Nicolas Dodier et Isabelle Baszanger (1997). Il ne s'agit pas non plus d'argumenter une légitimité à pratiquer le métier de sociologue pour l'ancienne infirmière que j'étais : le fait d'obtenir un financement pour entreprendre ce travail de recherche participait à me légitimer en ce lieu. Mon dessein ici est d'explicitier, afin d'en comprendre la nécessité, le travail nécessaire sur soi pour que s'opère la prise de distance entre l'infirmière que j'étais et les infirmières que j'étudiais.

3.2. Une déconstruction identitaire nécessaire ...

Ce travail sur soi (et ici le terme travail est à prendre dans son acception biologique, comme un vin qui travaille, et qui ne ressort pas de la cuve comme il y est entré) a été une série de déséquilibres identitaires, entrecoupés par une série de

³⁴ Cette recherche s'est ouverte sous la direction commune de François Sicot et Monique Membrado qui a depuis atteint la limite de son temps professionnel.

rééquilibrages qui chaque fois, déplaçait le centre de gravité de mon identité professionnelle. Ce processus s'est ancré dans plusieurs phases de la recherche.

Pour commencer, mes lectures liminaires (plutôt de la littérature grise) m'ont permis de quitter progressivement le terrain de mon ancienne pratique professionnelle. Les rapports de missions ministérielles ou interministérielles m'ont permis de prendre de la hauteur par rapport aux faits quotidiens, de voir comment ces faits étaient traduits en « politique », lorsqu'ils étaient absorbés par la sphère du pouvoir, ce qu'ils devenaient, ce qu'on gardait d'eux, ce qu'on n'en retenait pas. Je passais ainsi de la pratique à un autre niveau d'analyse. Ce fut le premier chemin choisi pour me détacher, prendre de la distance avec le terrain. Un premier effet de ces lectures fut de ne plus penser en termes de patients (comme je le faisais encore lors de la rédaction de la problématique initiale), mais en termes de personnes dépendantes, ou de bénéficiaires de soins. Je passais à d'autres catégories d'analyse. Ce qui suscitait des interrogations sur la construction de ces catégories.

Le terrain d'enquête, ensuite, m'a permis de me retrouver dans des situations de face à face telles que les entretiens ou les observations, c'est-à-dire ces situations à l'intérieur desquelles je devais me présenter. Cette « présentation de soi » a favorisé ce cheminement identitaire. En effet, l'histoire de la prise de contact avec le premier terrain choisi a fait que je suis arrivée à enquêter auprès d'un premier cabinet d'infirmières libérales dans lequel l'une d'entre elles me connaissait comme ancienne infirmière. J'étais l'inverse d'une *anonyme* (Fernandez, 2005). Je me suis donc présentée comme une infirmière à qui il était donné l'occasion de réfléchir, de créer de la connaissance sur la profession. Les questions qui m'étaient posées sur les modalités de cette recherche, sur le doctorat alors envisagé, ont ouvert la discussion et levé les ambiguïtés liées aux non-dits, voire même les suspicions. Permettre aux enquêtées d'exprimer leurs questions a autorisé une relation de confiance, notamment avec trois des quatre infirmières étudiées sur ce premier terrain.

Ce premier terrain correspondait à la mise en œuvre d'une pratique d'apprentie sociologue, pas encore débarrassée de ses anciennes habitudes professionnelles d'infirmière. Il se trouvait que dans les premiers entretiens, je me laissais aller à poser des questions de technicienne de soins (sur des problèmes de plaies ou d'élimination par exemple) qui, *a priori*, n'apporteraient rien à la connaissance sociologique mais qui ont, je veux bien le croire, joué sur le lien en train de s'établir, sur cette relation de confiance. Il m'a semblé que la méfiance était moins grande envers mes questions de sociologue si je m'intéressais aussi aux données purement infirmières. Mais *a posteriori* et de surcroît, j'ai pu noter que ces questions sur les techniques de soins m'ont permis

d'accéder au raisonnement professionnel de l'enquêtée, de creuser ce raisonnement, d'en chercher les limites, ce qui est révélateur de sens : celui que l'infirmière donne à son métier, à ses relations professionnelles, à l'inscription de sa vie professionnelle dans sa vie générale (privée plus particulièrement). J'étais consciente de cette difficulté que j'avais, en début d'enquête, à faire la part des choses entre des questions de sociologue et des questions d'infirmière. Je m'observais moi-même en train de naviguer entre deux identités, qui devenaient toutes deux de plus en plus flottantes et de moins en moins ancrées, formes identitaires en tant que processus (Dubar, 2001) plus qu'identités (état).

Les choix théoriques opérés dans cette recherche ont permis d'exercer une réflexivité induite par l'enquête elle-même, puisque la procédure sélectionnée implique l'analyse permanente des données recueillies, converties en concepts (Strauss et Corbin, 2003 : 366) à leur tour éprouvés sur le terrain. Cette première réflexivité concerne le sujet de la recherche (Guillemette, 2006). Mais une deuxième réflexivité m'habitait, celle qui s'applique aux chercheurs, car le mouvement incessant de questionnement inhérent à l'utilisation de la méthode comparative continue a permis un travail de transformation de ma personne tout au long de cette recherche. Ainsi, en apportant des réponses aux questions induites par la première réflexivité, j'étais dans un processus de professionnalisation dont je prenais conscience dans la deuxième réflexivité.

Tenter de prendre de la distance pour se détacher d'une identité passée, processus qui me paraissait nécessaire à l'adoption de la posture du sociologue ne signifiait pas pour autant me débarrasser de toute subjectivité. En effet, il m'est même apparu heuristique qu'une subjectivité qui mobilise l'empathie de la chercheuse autorise la compréhension, tout au moins l'accès, à des informations permettant d'approcher la vie des acteurs enquêtés. En d'autres termes, la chercheuse doit être capable de partager le parcours culturel de l'acteur (Schütz, 1967). La subjectivité de la chercheuse est alors considérée comme une ressource instrumentalisée pour accéder à la subjectivité de l'acteur ; elle agit comme une courroie de transmission qui en fait une source fructueuse des enquêtes sociales (Benel et Lejeune, 2009) et n'est donc plus la « composante honteuse » des sciences sociales (Olivier de Sardan, 2000) mais « *l'ingrédient indispensable permettant d'accéder à certains pans de la réalité empirique difficiles d'accès.* » (Benelli et Modak, 2010). En effet, des situations d'observation, ou d'entretiens sont par définition des situations d'interactions dans lesquelles l'empathie, le fait de faire preuve de compréhension ont joué un rôle certain dans l'interaction et libéré la parole. Ceci est particulièrement vrai face aux personnes qualifiées de dépendantes et aux professionnelles non infirmières. Face aux infirmières, je jouais la carte de la connaissance du terrain (avouée ou tue).

C'est pourquoi j'étais curieuse de voir comment la relation avec les infirmières du second terrain allait se mettre en place, puisque j'avais pris le parti de ne pas me présenter comme ancienne infirmière de façon à observer les réactions des infirmières en situation d'enquête faite par une sociologue, mais aussi pour me débarrasser de cette identité d'infirmière et m'aider à prendre un recul que je ressentais comme nécessaire. Il s'agissait pour moi de renforcer le processus de désengagement envers mon ancienne activité (Jourdain, 2014).

En fait, je n'ai pas constaté de différence dans la réception de l'enquête. La seule différence résidait dans le fait que je n'avais pas à m'expliquer longuement sur ma posture personnelle. La relation de confiance évoquée plus haut (sur le premier terrain d'enquête je l'avais attribuée au fait que les infirmières enquêtées s'adressaient à une ancienne infirmière), s'est retrouvée sur le deuxième terrain. Ce n'est à mon avis pas tant l'identité professionnelle de l'enquêteur que sa connaissance du terrain qui facilite l'instauration de cette relation de confiance. En effet, il a semblé normal aux enquêtées du deuxième terrain, d'une part que je ne connaissais pas certains aspects de leur métier (lorsque je posais des questions naïves provoquant l'explicitation) et d'autre part que je connaissais beaucoup de choses puisque je travaillais sur le sujet (la connaissance de la nomenclature qui permet de coder et de coter les actes infirmiers, par exemple). Passer à leur niveau de langage, utiliser leur jargon (« prendre un patient », « les caisses ») montrait ma connaissance du monde infirmier en général, et de l'exercice libéral des soins infirmiers en particulier.

Par contre, j'ai pu constater certains avantages à me présenter comme sociologue : on ne m'a alors pas caché que l'idéal de travail infirmier n'était pas trouvé dans l'activité quotidienne de ces professionnelles. J'ai pu, par le même chemin, accéder à l'intimité de ce qui se passe à l'intérieur d'un groupe (un cabinet d'infirmières associées) et ses dysfonctionnements. Je ne représentais pas un danger en tant que sociologue, alors que la concurrence entre groupes infirmiers, la compétition dans ce système libéral, font que ne s'affichent pas les tensions internes à un cabinet d'infirmières, surtout pas à une infirmière, fut-elle ancienne. Ces tensions sont vécues comme un élément de fragilité du groupe, comme le signe d'une instabilité possible. Il faut en garder le secret pour protéger le groupe.

En fait, avec les infirmières du premier terrain enquêté, il n'existait pas d'anonymat entre elles et moi, j'étais connue et identifiée comme une personne évoluant sur leur territoire géographique, voire professionnel, c'est-à-dire potentiellement dangereuse pour elles. La confidentialité, qui est le fait de ne pas pouvoir être reconnu (Beliard et Eideliman, 2008) était anéantie entre nous. Ceci a favorisé les silences sur

les dysfonctionnements du groupe et a rendu l'accès à d'éventuels tiraillements plus difficile que sur le second terrain.

Les questions naïves évoquées précédemment devaient inciter à l'explication, à l'explicitation. Il s'agissait pour moi de ne rien interpréter de ce qui était dit dans le cadre de ces entretiens, de ne rien déformer. Je considérais alors que ma connaissance du terrain pouvait être préjudiciable à la neutralité poursuivie dans la recherche et qu'il fallait trouver un moyen de me mettre à distance de cette connaissance, qui n'était qu'une connaissance personnelle et certainement pas celle des enquêtées. J'en ai fait régulièrement l'expérience en recueillant des réponses inattendues pour moi. Faire émerger les interprétations des autres professionnelles, c'est relativiser les siennes propres, s'en éloigner avant de s'en détacher afin de ne plus s'impliquer que dans la construction de données sociologiques.

À propos du fait de poser des questions naïves, je n'ai pas observé de différences entre les deux terrains, si ce n'est qu'il fallait justifier, sur le terrain où j'étais connue comme infirmière pourquoi j'usais de questions aussi naïves puisque j'étais censée connaître les réponses. Il fallait me détourner de ce qu'Isaac Joseph nomme l'inférence conversationnelle, c'est-à-dire « *cette intelligibilité commune du fait de la proximité culturelle voire de la familiarité des interlocuteurs* » (Joseph, 1998 : 93). Je rencontrais à plusieurs reprises la « *clause de l'etcetera* » qui invite les locuteurs à ne pas compléter leurs descriptions et à laisser à l'auditoire, supposé savoir, le soin de coopérer comme il l'entend à la production de l'intelligibilité mutuelle » (Cicourel, 1979 : 45).

Face aux répétés « tu sais bien..., tu vois ce que je veux dire... » qui finissaient de nombreuses phrases, il me fallait inlassablement répondre « Non, je ne sais pas. Il faudrait que tu m'expliques ta façon de voir les choses ».

Le tutoiement, qui allait de soi sur le premier terrain, car il s'agissait du tutoiement courant entre infirmières, s'est, à notre surprise, retrouvé sur le deuxième terrain. À plusieurs reprises, des infirmières se sont surprises à me tutoyer, notamment après plusieurs entretiens, ou plus facilement encore au moment des observations. Je n'ai pas résisté à ce tutoiement, qui était pour moi un signe de cette relation de confiance évoquée plus haut. Elles acceptaient de se confier, de se livrer, et le faisait avec une certaine familiarité (Bourdieu, 1993 : 908).

Il est arrivé que lors des entretiens, j'ai pu ressentir une certaine proximité avec des enquêtées infirmières, proximité liée à une situation personnelle voisine (profession du mari, âge des enfants) aussi bien qu'à une histoire professionnelle semblable à celle que j'avais vécu (parcours, histoire du cabinet libéral, ...) et même à une conception des

soins proche de ce que fut la mienne. Malgré le tutoiement, malgré la proximité ressentie avec certaines infirmières de ce second terrain, le simple fait que je sois pour elles une sociologue, suffisait à leur faire porter un regard sur moi qui me faisait immédiatement reprendre ma place d'enquêtrice. Ce regard porté sur moi, ainsi que le cadre formel de l'entretien me confortaient dans mon identité de chercheure et m'aidaient à me stabiliser dans le « *bouleversement (du) champ de (nos) coordonnées existentielles* » que représente l'enquête de terrain (Cefaï, 2002 : 131). L'entretien d'enquête est une situation dans laquelle mes interlocuteurs me catégorisent, et me renvoient une identité « pour autrui » (Dubar, 1991).

Cette identification venue de l'extérieur a été un moyen utilisé pour mettre de la distance entre ma personne et l'infirmière que j'étais.

Nous venons de voir que se présenter comme ancienne infirmière ou non avait un impact sur mon cheminement personnel en matière d'identité professionnelle mais n'en avait pas (ou peu) sur la réception de l'enquête par les enquêtés. Ceci est seulement vrai lorsqu'il s'agit d'enquêtées infirmières. Mais la démarche de l'enquête m'a amenée à rencontrer d'autres professionnelles. Et là, une différence réside : j'ai pu recueillir des avis et des discours très critiques sur les infirmières de la part de professionnelles non infirmières, que je n'ai pas pu réunir sur le premier terrain sur lequel tout le monde savait (les autres professionnels, mais la population du village aussi) que j'étais une ancienne infirmière.

3.3. ... à la construction d'une nouvelle professionnalisation

Parallèlement au cheminement que je faisais et qui autorisait une prise de distance avec l'infirmière que j'étais, un autre processus était en marche, celui qui me rapprochait d'une professionnalisation dans le domaine de la sociologie. Je l'ai vécu comme un réengagement (Jourdain, 2014). Le terrain de l'enquête, et le travail que j'y ai accompli, ont participé de ce processus de professionnalisation au métier de chercheure. Comparable à la place qu'occupe le stage dans d'autres formations, cet exercice de l'enquête de terrain a constitué « *un espace de confirmation pour (nous) de la transférabilité de (nos) ressources à la fois expérientielles et de formation dans*

l'activité de travail » (Saint Martin, 2014 : 54). Chercher à produire du savoir a été considéré par moi comme une activité professionnelle³⁵ dès le début de la recherche.

De nombreuses lectures méthodologiques et théoriques ont également participé à ce processus.

Les lectures d'ouvrages méthodologiques répondaient à ma double préoccupation de me préparer à la technique adaptée au recueil des données qui m'intéressaient mais aussi à découvrir des techniques pour adopter une distance heuristique, une posture de chercheuse sur un terrain d'enquête constitué par mon ancien terrain de pratique professionnelle. C'est ainsi que lire sur les méthodes d'enquête employées dans des sujets autres que le mien tels que les assistantes sociales suisses étudiées par Natalie Benelli et Marianne Modak (2010) ou à l'enseignement des mathématiques au collège auquel s'intéresse François Baluteau (2011), ont participé à ce double travail de prise de recul d'un ancien métier, et d'engagement dans un processus de professionnalisation.

Mais comme nous le précise Jean-Claude Kauffman (2008 : 24), « *la technique seule ne peut permettre de construire la distance nécessaire à l'objectivation. Elle n'en prend que l'apparence, mais l'objet reste plat. C'est la théorie qui lui donne du volume* ». C'est pourquoi j'ai pris le temps de lire de la littérature théorique dans les différents secteurs qui pouvaient éclairer notre sujet : sociologie des professions, du travail, de l'activité, de la santé, de la vieillesse, du handicap, du travail social.

Parce que ancienne infirmière libérale, je connaissais de multiples aspects du métier et la thèse me donnait l'occasion d'approfondir ces connaissances. Mais mon appétit concernait le métier dans ses différents aspects. M'intéresser à différentes sociologies ou anthropologies ont nourri une réflexion théorique. C'est ainsi que tout en me saisissant d'un choix théorique et de la méthode l'accompagnant, je n'ai jamais perdu de vue les notions ou concepts propres à d'autres sociologies et qui ont pu être intégrés à mon analyse (par exemple, la sociologie du vieillissement m'a montré l'importance de la notion du parcours de vie, dimension longitudinale à laquelle j'ai été attentive dans la relation entre infirmière et personne qualifiée de dépendante ou encore à la notion de déprise que je mobilise dans l'idée d'une double recomposition, de soi et d'un métier). J'ai ainsi effectué un tour d'horizon des théories, en vue de faire mon

³⁵ Et ce dès l'obtention de la bourse de recherche accordée par l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale qui s'est matérialisée par la signature d'un engagement à produire une thèse de doctorat, engagement envisagé pour ma part comme un contrat de travail professionnel.

choix, de retenir ou d'écarter, de choisir en connaissance de cause. Mais aussi en fonction de ma subjectivité car c'est elle qui permet de choisir une posture théorique³⁶.

En guise de conclusion de ce paragraphe explicitant la méthodologie consacrée au travail d'auto-analyse et au déplacement identitaire nécessaire, je souhaiterais reprendre quelques notes du journal de recherche illustrant une étape du travail d'intégration du « Soi-Comme-Sociologue » (Cefaï, 2002 : 137).

« Bref, j'aimais ce métier lorsque je l'exerçais et c'est avec regrets que je prenais conscience que mes propres limites physiques m'imposaient d'envisager de le quitter. Mais c'est au cours de la thèse, vécue comme un chemin de professionnalisation, que je me défaisais complètement de cette identité et me considérais comme une ancienne infirmière. Ce métier avait constitué mon identité professionnelle sur la première moitié de ma vie professionnelle, il en serait autrement désormais. S'avouer cette réalité s'est accompagné d'un sentiment de soulagement durant lequel il m'est apparu le poids que représentait cette identité, telle une mue qui se déprenait de moi. Je n'ai rien à dire d'une nouvelle identité professionnelle car j'ai été rémunérée pour une tâche, une mission mais ne suis pas encore totalement reconnue comme sociologue puisque la reconnaissance ne se fera qu'avec une pratique (enquête, publication donc reconnaissance par les pairs...). »

[Extrait du journal de recherche, 21 novembre 2012]

Ce travail de recherche a agi comme une mue, une délivrance, une catharsis. Une illustration de ce constat est le sentiment de rejet des odeurs corporelles que j'ai ressenties lors d'observations, une gêne physique, une envie de ne plus être dans cette pièce, autant de ressentis qui m'étaient inconnus dans mon ancienne pratique quotidienne pour laquelle j'avais appris à interpréter ces odeurs comme des sources d'informations professionnelles et à gérer mes émotions liées au sensorium (Mercadier, 2002).

Je sentais alors que je sortais de cette situation « d'entre-deux », que l'état de « tension entre » deux états (un passé dans lequel j'étais et un futur dans lequel je ne suis pas encore) était en train de devenir un état de « tension vers » un projet, un nouveau but. J'atteignais le « point culminant » de ma transition biographique, ce point

³⁶ Dans un texte de 2009 paru dans le *International Journal of Web Based Communities*, Aurélien Benel et Christophe Lejeune font l'éloge de la subjectivité du chercheur. Pour eux, cette subjectivité du chercheur est composée d'hypothèses sélectionnées, de questions et d'engagements théoriques. Ils soulignent (p. 570) le fait que deux chercheurs ayant fait des choix de postures théoriques différentes (Bourdieu P. et Becker H.) peuvent parler d'art, ne pas montrer de choses comparables, mais leurs deux subjectivités sollicitées au moment de faire les choix théoriques ont permis de contribuer à la richesse du travail scientifique.

de non-retour où le coût de retour en arrière est plus élevé que celui de poursuivre le projet, pour reprendre les termes de Mokhtar Kaddouri (2014 : 16) :

« En situation de transition, les repères socioculturels, compétences et savoirs construits dans la situation antérieure sont inadéquats, inopérants dans la nouvelle situation. Jusqu'à un certain point, l'individu peut choisir de revenir en arrière, mais lorsqu'il arrive à ce que l'on peut appeler le point culminant de la transition, le retour en arrière est impossible. C'est là une partie de la théorie de l'engagement de l'École de Chicago : à un certain point, le coût du retour en arrière est supérieur à celui de continuer. L'engagement est alors contraint, il n'y a pas d'autre choix que de continuer. C'est ce que Michel Grossetti appelle aussi l'irréversibilité à propos des bifurcations. »

Mais l'apprentissage de nouvelles techniques de travail, la structuration d'une boîte à outils conceptuels et l'élaboration d'une pensée sociologique peuvent suffire à définir un profil professionnel mais pas une professionnalisation. Il y manque la dimension collective, la dimension qui ferait de moi un élément d'un acteur collectif (Demailly, 2008 : 78). Il faut pour cela une reconnaissance des pairs. Comme Françoise Bouchayer, nous distinguons identité professionnelle et légitimité professionnelle :

« La notion d'identité professionnelle renvoie, pour nous, à la manière dont les personnes appartenant à une profession définissent leur objet de travail ainsi que leur champ de compétence et leur domaine d'intervention. La notion de légitimité professionnelle correspond à ce qu'il en est de la reconnaissance sociale - de la part des pouvoirs publics et des diverses catégories d'acteurs sociaux - de cette identité professionnelle. »
(Bouchayer, 1984 : 67)

La vie de doctorante passée au sein de mon laboratoire d'appartenance et la participation aux séminaires, l'organisation de journées d'étude, la publication d'écrits, la contribution à une enquête au sein d'un collectif de recherche, plusieurs communications dans des colloques, un contrat d'attachée temporaire d'enseignement et de recherche participent de cette reconnaissance de légitimité en marche (Schurmans, 2010 : 99).

Un changement d'identité s'est opéré. Cette identité a bien ici été ce « foyer virtuel » dont parle Danilo Martuccelli « *rendu possible par la porosité malléable de la vie sociale.* » C'est bien la « *multiplication des textures culturelles et les différents états sociaux [ici, le passage d'infirmière à sociologue], et non pas l'individu [ici, moi], qui*

doivent être saisis comme l'origine de la labilité identitaire, et par voie de conséquence, qui doivent faire l'objet principal de l'étude » (2002 : 434). Ce changement d'identité devra favoriser sinon une objectivité, sinon une neutralité, du moins une recherche de fidélité au terrain. Il s'agira de « *livrer tous les éléments nécessaires à l'objectivation de la personne interrogée (...)* » (Bourdieu, 1991 : 5).

3.4. Quand anciens répertoires sociaux d'action et jeux interactionnels s'en mêlent

Mais mon expérience d'infirmière n'est pas à balayer d'un revers de la main. Je la mobilise d'ailleurs à différents moments importants de la thèse.

Commençons par le début. L'idée du sujet de cette recherche et la formulation de propositions de pistes à explorer sont le résultat d'une abduction née de l'expérience sensible vécue lors mon ancienne pratique professionnelle. L'abduction est ici à prendre dans le sens d'une inférence, c'est-à-dire d'un ensemble de propositions qui expliquerait, ou tout au moins tendrait vers une compréhension des observations faites au jour le jour. Des pistes d'explications sociologiques sont nées de ces observations infirmières. La connaissance du terrain (*ground* en anglais signifie fond, terre mais aussi motif, raisons) faisait surgir des suppositions qui restaient à l'état d'hypothèses, de probabilités tant qu'aucune recherche n'avait pu confirmer ou infirmer ces doutes. Passer de la probable explication qu'autorise l'abduction à la démonstration effective a demandé un travail de recherche, en l'occurrence celui prescrit par la démarche inductive.

Mon expérience d'infirmière a pu être mobilisée, dans un deuxième temps, dans le déroulement de l'enquête. Et cela à deux niveaux : le fait de déchiffrer les intentions des personnes par des comportements « sentinelles » d'une part, et le fait de réfléchir avant d'agir d'autre part.

Décrypter les mouvements des personnes interrogées, les attitudes corporelles, quelles étaient leurs intentions (se lever, attraper le verre d'eau près d'elle, ...), constitue une sorte d'attention à l'autre que j'avais eu l'habitude de pratiquer par le passé.

Par ailleurs, une habitude prise en tant qu'ex-infirmière libérale, à savoir avoir l'œil réceptif à ce qui entoure l'acte à poser et ses raisons, m'avait entraînée à ne pas

réagir avec précipitation, mais seulement après analyse, même rapide, de la situation. Cette expérience de réfléchir avant d'agir a facilité l'usage d'une forme de réflexivité telle qu'elle est souhaitée chez le sociologue.

Les situations d'entretien portent en elles une violence symbolique que l'on pourrait définir, en suivant Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron (1970), comme « *tout pouvoir qui parvient à imposer des significations et à les imposer comme légitimes en dissimulant les rapports de force qui sont au fondement de sa force (ajoutant ainsi) sa propre force aux rapports de force* ». Cette violence symbolique est liée à la manière de se présenter en tant que chercheuse, à la différence de statut social entre enquêté et enquêtrice, au fait que l'objet de la recherche appartient à l'enquêteur et pas à l'enquêté, mais aussi plus prosaïquement à l'intrusion du chercheur dans la vie de l'enquêté et même, dans cette étude, à l'intrusion du chercheur dans le domicile ou sur le lieu de travail des enquêtés. Cette violence symbolique existe dans l'interaction de l'entretien (Bourdieu, 1993 : 905), mais aussi dans la structure de la relation d'enquête incarnée dans « le choix des enquêtés » par les enquêteurs (*ibid.* : 907). C'est pourquoi Pierre Bourdieu nous invite, pour éviter ou au moins agir contre cette éventuelle violence symbolique, à un travail de réflexivité que doit opérer tout sociologue sur le terrain, en extemporanéité :

« Seule la réflexivité, qui est synonyme de méthode, mais une réflexivité réflexe, fondée sur un « métier », un « œil » sociologique, permet de percevoir et de contrôler sur-le-champ, dans la conduite même de l'entretien, les effets de la structure sociale dans laquelle il s'accomplit. »
(Pierre Bourdieu, 1993 : 904)

Dans ce jeu que je jouais de me positionner en tant que sociologue, j'avais à l'esprit que la relation d'enquête pouvait contenir cette violence symbolique. La conscience que j'en avais m'a permis d'en chercher les parades.

L'exemple suivant s'en veut être une illustration. Il est arrivé que des personnes qualifiées de dépendantes soient en situation physique de mobilité réduite. Mon œil exercé d'ancienne infirmière a pu repérer, dans les attitudes de certaines personnes, des intentions de mobilité ou de motricité. Deux solutions s'offraient à moi : réagir comme l'aurait fait toute personne se pensant bienveillante et proposer de l'aide à l'accomplissement du geste envisagé, ou réagir avec réflexivité, c'est-à-dire ne pas proposer l'aide qui aurait pu être interprétée comme une sorte de violence symbolique. En effet, une intrusion dans la vie matérielle de ces personnes, appréhendée en dehors de toute demande verbale explicite, ne passant alors que par une surinterprétation que

j'aurais faite d'une demande qui n'en était (peut-être) pas une, aurait pu être vécue comme une humiliation, voire une non-reconnaissance de soi (Honneth, 2000) plutôt que comme une attention.

Il est évident que sur le terrain où j'étais connue comme ancienne infirmière, les termes de l'équation se posaient autrement et que les personnes qualifiées de dépendantes pouvaient attendre de moi que je joue sur les deux tableaux. Mais là encore, j'ai décidé de prendre la posture d'une non-infirmière qui ne se précipite pas pour aider. Je n'étais pas face à eux pour ça. Et sans doute est-ce cette posture inconfortable pour moi parce que je la vivais comme ambiguë qui m'a enjoint, entre autre raison, à ne pas dévoiler mon identité d'ancienne infirmière sur le deuxième terrain.

Avoir eu une expérience d'infirmière a, par ailleurs, été facilitant pour prendre position autour de la question de la confidentialité. Nous avons vu précédemment que la distance recherchée avec le terrain, nécessaire pour construire l'objet de recherche, requiert une forme de détachement qui attribue à la chercheuse une position supérieure aux enquêtés : l'ambition scientifique de la chercheuse peut être vécue comme de l'arrogance. Le fait d'observer, de prendre des notes, de poser des questions a le pouvoir de transformer les enquêtés en objets d'études, ou pour le dire autrement de les destituer de leur identité de sujet. Par ailleurs, cette violence symbolique permet à la chercheuse de produire seule des résultats dont les enquêtés seront dépossédés. Tant que ces résultats n'exposent pas les enquêtés à un discrédit, n'atteignent pas leur dignité de personne ou de professionnel, la violence en reste là. Mais si la communication des résultats permet de rendre public des pratiques répréhensibles exercées par des enquêtés identifiables, alors la violence n'est plus seulement symbolique. Dans cette enquête, des actes déléatoires pour la personne qui en faisait l'objet (manutention maltraitant une articulation), voire interdits par la loi (pose d'une perfusion sans prescription médicale) ont été relevés. Le conflit moral de la chercheuse a été le suivant : dénoncer les faits pour qu'il trouve la voie d'une réparation ou les taire en sachant que ces actes se perpétueraient. Il a fallu distinguer deux entités : celle de la chercheuse qui utilise ces observations comme matériau d'analyse et donc rend publics ces actes, et celle de la personne de la chercheuse qui agit en son âme et conscience. Centrons-nous ici sur l'individualité « chercheuse », celle qui utilise les faits observés comme du matériau, et qui peut, en les rendant publics, faire acte de violence envers l'auteur des actes. Il est alors apparu important, pour protéger les enquêtés, que ceux-ci ne soient pas reconnus. Et pour qu'un enquêté ne soit pas reconnu, il faut que la chercheuse dissocie l'identité de l'enquêté de sa parole (ou de ses actes) par rapport à ceux qui le connaissent ou aux autres enquêtés. La confidentialité permet ceci. Le moyen le plus sûr dont dispose la

chercheure pour assurer cette confidentialité est de dissocier l'identité de l'enquêté de sa parole (ou de ses actes) par rapport à la masse anonyme des lecteurs potentiels, c'est-à-dire de garantir l'anonymat (Béliard et Eideliman, 2008). Rendre les données anonymes permet de protéger les enquêtés³⁷.

L'anonymisation des données a été un engagement moral explicite pris auprès de chacun des enquêtés dès le début de l'enquête. Il s'apparentait alors à une forme d'engagement à la discrétion que je pratiquais dans mon ancienne activité d'infirmière en respectant le secret médical auquel j'étais parfois associée. Mon engagement de chercheure, celui « *ne pas vouloir prendre parti* » pour pouvoir mieux prendre de la distance par rapport à l'objet d'études (Chabrol *et al.*, 2012) entrait en résonance avec mon ancienne posture de savoir garder un « secret médical », ce qui facilitait la mise en œuvre de mon engagement moral de confidentialité.

L'expérience passée d'infirmière a enfin été mobilisée en fin de recherche. Ma connaissance de la chose professionnelle, différents moments vécus dans mon expérience professionnelle d'infirmière peuvent alors avoir été relus par l'analyse faite dans ce travail et être introduits (narrés) dans la rédaction finale. C'est alors que je me suis permise de suivre ce que nous dit Jacqueline Feldman : « *Le chercheur s'implique pour connaître, il s'utilise lui-même en tant qu'instrument de connaissance.* » (Feldman, 2002 : 123).

Je concluais ce développement sur la transition identitaire décrite ci-dessus par une citation de Marc-Henry Soulet dans laquelle je reconnais parfaitement mon expérience de ces dernières années :

« Mais s'il est une activité individuée, changer sa vie n'a de réalité et de sens que parce qu'il est aussi simultanément un agir socialisé. Cette « invention » de normes pratiques, pour symbolique qu'elle soit, n'en est pas moins éminemment sociale. Toute production de sens ne peut en effet être que sociale malgré le travail d'individuation qui la supporte. D'une part,

³⁷ L'anonymisation des personnes a suivi le modèle des règles en usage dans l'environnement de ces personnes. Ainsi, les infirmières et les autres professionnelles sont anonymisées avec des prénoms, pour reprendre le fait que ces collègues se désignent entre elles par leur prénom. Pour les personnes qualifiées de dépendantes, nous avons aussi respecté les règles d'usage en vigueur sur les lieux de l'enquête. A Campagne, les personnes qualifiées de dépendantes sont désignées (par les infirmières) par leur prénom : nous les avons anonymisées avec des prénoms. À Ville, les personnes qualifiées de dépendantes sont désignées (par les infirmières) par leur nom de famille précédé d'un Mr, Mme ou Melle. Nous avons reproduit ce schéma lors de l'anonymisation, sauf pour une d'entre elles désignée par son prénom par les infirmières.

l'actant est doublement encadré par le poids des structures sociales dans lesquelles il a été et est inscrit ainsi que par le jeu des interactions sociales auxquelles il a participé et participe. D'autre part, l'actant puise son action dans des répertoires sociaux d'action pour fonder (i.e. pour développer comme pour légitimer) sa pratique et va constamment chercher l'assentiment de ses contemporains comme des institutions pour la faire reconnaître » (Soulet, 2011 : 12)

PARTIE 1

LE MÉTIER D'INFIRMIÈRE LIBÉRALE

La première partie de la thèse s'attache à préciser ce qu'est le métier d'infirmière libérale et cherche à en définir la professionnalité.

Le **chapitre 1** propose de situer théoriquement l'étude d'infirmières qui exercent avec un statut libéral. Les analyser reviendrait à mobiliser conjointement une sociologie consacrée aux infirmières et une sociologie qui s'intéresse au statut d'exercice professionnel : la sociologie des professions. Or la question est de savoir si les infirmières libérales sont des « infirmières comme les autres » et exercent une « profession libérale comme les autres ». Nous interrogeons ce double éclairage sociologique et en proposons un troisième qui consiste à comprendre qui sont les infirmières libérales en analysant ce qu'elles font.

Une part de ce qui définit les infirmières libérales tient à la place qu'elles occupent dans l'espace public et à leur reconnaissance professionnelle. Le **chapitre 2** montre en quoi leur professionnalité est une construction sociale qui s'ancre dans une production historique et législative de leur groupe professionnel d'une part, et à la posture et au travail des porte-paroles du groupe professionnel dans l'espace public d'autre part.

Les trois chapitres suivants interrogent les particularités de l'exercice libéral comme constitutives du métier d'infirmière libérale.

Le **chapitre 3** laisse la parole aux infirmières libérales et analyse comment le statut avec lequel elles font le choix de travailler participe à la définition de leur métier plus que leur appartenance au groupe professionnel des infirmières. Il fait apparaître une forme de professionnalité liée à la manière dont un cabinet d'infirmières libérales s'organise et s'empare de ce qui est autorisé.

Le **chapitre 4** renforce la définition d'une professionnalité liée à une façon d'organiser leur propre travail en décrivant comment les infirmières libérales prennent la main sur des éléments censés structurer et formaliser leur pratique.

Cette première partie se termine avec un **chapitre 5** qui interroge le rôle que peut jouer le statut libéral des infirmières sur les relations qu'elles entretiennent avec les patients d'une part, et avec les médecins d'autre part. Dans cette première partie, nous reprenons le terme émiqque des infirmières qui parlent de « patients ».

Chapitre 1 : Les infirmières libérales : objet d'études sociologiques

L'intérêt sociologique pour le métier d'infirmière d'une part, et pour une profession libérale d'autre part, s'appuie sur une littérature qui a permis de dégager quelques grandes lignes d'analyse de ces deux objets d'étude. Ce premier chapitre dresse une revue de cette littérature (1.1) qui nous invite à nous questionner sur la façon d'étudier, sociologiquement (1.2), le métier d'infirmière libérale (1.3). Et par là à ouvrir les pistes permettant de définir sa professionnalité (1.4).

1.1 Les sociologies et les infirmières

L'étude sociologique des infirmières est multiple. Elle a pu, selon les auteurs, mobiliser la sociologie des professions, des groupes professionnels ou encore celle du travail et de la professionnalisation. Elle a également convoqué la sociologie de la santé et celle du soin, et a pu croiser la sociologie des mouvements sociaux avec celle du genre. Mais c'était sans compter sur l'intérêt que lui ont porté la sociologie des politiques publiques de santé, ou de l'action sanitaire et sociale. Jusqu'à l'anthropologie qui s'est invitée à l'hôpital.

Ces apports sociologiques nous intéressent car les infirmières libérales sont avant tout des infirmières. Elles ont toutes été formées dans des écoles ou des instituts de formation adossés à une institution hospitalière. Les plus anciennes d'entre elles ont pu s'installer en libéral dès l'obtention de leur diplôme, mais la plupart ont une expérience de l'exercice hospitalier en tant que salariée antérieure à leur installation en libéral.

Qu'elle ait eu lieu pendant la formation ou qu'elle se soit prolongée durant les premières années d'exercice, la socialisation professionnelle infirmière est essentiellement hospitalière. C'est pourquoi nous ne pouvons pas faire abstraction des

savoirs sociologiques portant sur les infirmières hospitalières dans une recherche centrée sur les infirmières libérales. La sociologie des infirmières hospitalières permet de dresser un panorama des thématiques infirmières qui nous met au double défi de rechercher, chez les infirmières libérales, ce qui persiste de leur passé hospitalier dans les trajectoires individuelles, mais aussi de soumettre ce bagage sociologique à l'épreuve des pratiques infirmières libérales.

UNE SOCIOLOGIE HOSPITALO-CENTRÉE

L'évolution des pratiques des infirmières, étroitement liées à l'évolution des techniques de soins et à la modernisation des hôpitaux (Feroni, 1994), ainsi que les velléités des pouvoirs publics de modifier des aspects de la régulation de ce groupe professionnel ont entraîné, chez les professionnelles, des réactions socialement bruyantes, qui ont amené les sociologues à s'intéresser à cette « profession en crise », à ce qui a été qualifié de « malaise infirmier » (Kergoat *et al.*, 1992 ; Saliba *et al.*, 1993).

Avant ces mouvements de revendication sociale, d'autres sociologues s'étaient intéressés aux infirmières (Hughes, 1958 ; Freidson, 1984 [1970] ; Coudrot et Coudrot, 1971 ; Chauvenet, 1974 ; Wenner, 1988). Il est maintenant visible que la littérature sociologique sur les infirmières s'est fortement développée, en France, à partir des mouvements massifs de grève infirmière de la fin des années 1980 (grèves de 1988 et 1991). Ces recherches ont essentiellement porté sur les infirmières salariées hospitalières (Acker, 1995, 2003, 2005 ; Petitat, 1994 ; Véga, 1997, 2000 ; Dubet, 2002), à quelques exceptions près : Alain Vilbrod (2004) s'est intéressé aux infirmières libérales tandis que Françoise Bouchayer (1984) portait son attention sur les puéricultrices des services de Protection Maternelle et Infantile. Des publications plus récentes soulignent la multiplicité des exercices possibles en extrahospitalier³⁸ tout en posant le travail salarié à l'hôpital comme la référence centrale à partir de laquelle réfléchir. En effet, le travail infirmier, lorsqu'il n'est pas hospitalier, est présenté comme celui qui s'en éloigne, qui en diffère ou qui tend à fragmenter une apparente unicité. C'est ainsi que le travail en institution sanitaire et sociale est susceptible de segmenter la profession (Benhamou-Levillain : 2004 ; Schweyer : 2012), l'exercice dans les services de santé au travail s'accompagnerait de recomposition des territoires professionnels (Barlet : 2012) alors que travailler en milieu scolaire signifierait « faire un autre métier » (Divay : 2012). Pour Alain Vilbrod et Florence Douguet (2012), «

³⁸ Voir à ce sujet l'ensemble du numéro spécial de la Revue Sociologie Santé n° 35 de mars 2012 : « Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières ».

Travailler en libéral, c'est franchir un pas », tandis que l'intérim serait aux « marges » de la profession (Arborio : 2011).

Cet hospitalocentrisme des sociologues se corrèle avec le poids que représentent les infirmières hospitalières dans la profession -67 % de l'ensemble des infirmières en activité sont hospitalières – (Sicard, 2014), mais aussi avec l'intérêt que représente l'hôpital d'une part comme lieu d'études sociologiques en tant qu'institution (Dubet, 2002), et d'autre part en tant que lieu de soins, de formation, et de recherche, exerçant de surcroît un contrôle social (Carricaburu et Ménoret, 2004). Par sa taille, son organisation, la multitude des professionnels qui y travaillent, l'hôpital a aussi attiré les sociologues qui ont pu analyser les relations qui s'y déployaient à l'aune de courants sociologiques et concepts allant de « l'ordre négocié » (Strauss, 1992a) à l'analyse stratégique (Crozier et Freidberg, 1977), pour ne prendre que ces exemples.

La littérature sociologique consacrée aux infirmières hospitalières s'est organisée autour de six grands thèmes qui sont autant de manières d'éclairer les logiques sociales opérantes dans ce groupe professionnel : une profession en « crise », la division du travail, la socialisation, les valeurs professionnelles et le sens du métier, la professionnalisation, le genre et la perspective du *care*.

UNE PROFESSION EN CRISE

Le premier thème considère l'état de « crise » dans lequel se trouve la profession. La crise est de nature « identitaire » (Véga, 1993) pour un groupe professionnel en construction qui subit le double mouvement de recherche d'unicité et de segmentation (Feroni, 1994). En 2003, Françoise Acker propose « quelques explications de la crise » Ainsi la construction des soins infirmiers ne fait pas consensus au sein de l'ensemble des professionnelles, la pratique infirmière est partagée entre deux courants conceptuels des soins, déjà soulignés par Antoinette Chauvenet en 1974 : celui des soins centrés sur la personne et celui des soins centrés sur la technique. Les infirmières ayant un penchant plus relationnel représenteraient un danger pour les autres (Véga, 2000). De plus, une multitude de syndicats ou associations professionnelles, malgré des tentatives de regroupement, continuent à fragmenter l'ensemble des professionnelles (Acker, 2003 ; Duboys-Fresney et Perrin, 2005).

Si la crise « identitaire » trouve son ancrage au sein du groupe professionnel lui-même et interroge l'unicité même de ce groupe, cette crise tient aussi au fait que les frontières de l'activité infirmière sont en perpétuelle remise en question. Les recherches portant sur les limites du métier sont nombreuses. En effet, à l'hôpital, ces frontières

sont sans cesse mouvantes entre médecins et aides-soignantes, entre actes techniques et relationnels. L'aspect relationnel du travail infirmier est professionnellement valorisé. Il est disputé aux aides-soignantes qui passent plus de temps auprès des patients que les infirmières. Ainsi, une partie du travail infirmier pourtant revendiqué par les théories de soins (satisfaction des besoins fondamentaux comme l'hygiène, l'alimentation, ...) mais considéré comme du *sale boulot*, est délégué, dans les faits, à cette catégorie professionnelle subalterne de l'infirmière (Arborio, 1995). La frontière entre infirmière et aides-soignantes est parfois conflictuelle (Petitat, 1989 : 85-108) alors même que les aides-soignantes peuvent jouer un rôle de collaboratrices dans le travail « émancipateur » de l'infirmière en participant à l'établissement d'un diagnostic infirmier (Rioujol, 2004). C'est alors que l'on peut se demander si l'aide-soignante est une aide pour les soignants ou pour les patients (Keller et Pierret, 2000).

Isabelle Feroni propose une approche plus macrosociologique de la question de l'identité infirmière. En s'éloignant de la vision freidsonienne de la division du travail médical et donc de l'étude des rapports infirmières / médecins et infirmières / aides-soignantes, elle propose de faire « *une place plus large à l'évolution de l'organisation hospitalière et à la place de l'hôpital dans le système de santé sur l'identité des infirmières* ». Là encore, l'hospitalocentrisme sociologique règne : l'infirmière hospitalière est la norme.

LA DIVISION DU TRAVAIL

L'analyse de l'évolution du contenu du travail, ainsi que l'étude de la division de ce travail, avec l'examen des relations que les infirmières entretiennent avec les professionnels qui les entourent constituent la seconde approche mobilisée dans l'étude des infirmières. Tandis que François Dubet (2002) dénonce l'absence de cœur de métier chez les infirmières qui jonglent entre trois mondes (technique/médical ; subjectif/relationnel ; social/organisationnel), Pierre Aïach et Didier Fassin (1994 : 3), comme Everett Hughes (1996c : 70) invitent qui veut faire une sociologie des infirmières à s'intéresser aux autres professions et rôles sociaux qui les entourent. En effet, après la fin des années soixante, l'apparition de nouveaux métiers comme les manipulateurs en radiologie ou les laborantins éloigne l'infirmière de ses champs d'activité. Plus près de nous, Geneviève Paicheler, à la suite d'Anselm Strauss nous dit que les professions de soins « occupent des territoires particuliers, avec quelquefois des empiètements conflictuels (...) » (Paicheler, 1995 : 7). La sociologie interactionniste des segments professionnels est ici mobilisée. L'évolution de l'offre de soin (chirurgie ambulatoire par exemple), des durées d'hospitalisation plus courtes, des flux de patients

de plus en plus tendus, les travaux d'écriture nécessaires à la traçabilité, la réduction du temps de travail remodelent sans cesse l'activité infirmière (Acker, 2005). Étudier les infirmières, c'est donc tenir compte de l'environnement (social, économique, organisationnel, relationnel, ...) sans cesse mouvant dans lequel elles exercent (Véga, 2000). André Petitat va même plus loin, dans son analyse d'un siècle de mutations de la profession infirmière, lorsqu'il conclut que la stabilité des frontières des territoires professionnels est nécessaire pour atteindre le but recherché par les infirmières : la liberté, la sécurité, et l'autonomie (1994 : 241).

SOCIALISATION ET VALEURS PROFESSIONNELLES

Les évolutions de ces environnements rendent plus difficile l'articulation entre les aspirations cultivées par la profession et leur mise en œuvre quotidienne (Acker, 2003 : 304). Ce décalage avait déjà été souligné par Micheline Wenner (1988 : 208). Certains parlent de « discohérence » entre le modèle de formation proposée et la pratique réelle (Guyot, 1997). L'approche des infirmières par le thème de la socialisation apparaît (Feroni, 1994). Ici encore, il s'agit d'un thème cher à la sociologie des professions, qu'elle soit fonctionnaliste ou interactionniste.

Le travail d'Alain et Martine Coudrot date de 1971 mais montre déjà le décalage entre les valeurs portées par l'infirmière débutante dans la profession et la réalité à laquelle elle se trouve confrontée. Ces valeurs sont alors celle de l'engagement (dans le sens du devoir accompli) et celle d'humanisme (dans le sens de l'être humain placé comme sujet au centre de ses intérêts). Le sujet est considéré comme une valeur en soi, inaliénable. Il serait porteur de capacités à développer les virtualités contenues en lui. Dans la pratique infirmière, une telle conception se retrouve dans les théories de soins infirmiers. Celles-ci modélisent les problèmes de santé dans un processus d'identification des besoins accompagné d'un type de réponse possible. Ainsi, les problèmes éthiques, existentiels se transmutent en théorie sur les besoins de la personne soignée. Le début de la vie active s'accompagne d'une prise de conscience de l'écart existant entre ces valeurs véhiculées et la réalité des soins. Everett Hughes (1996b) parle à ce propos de la « traversée du miroir ». Déjà, en 1966, Fred Davis décrivait ce processus dans les deux premières étapes du travail de socialisation que chaque infirmière connaît au cours de ses études : passer de « l'innocence initiale » à « la conscience de l'incongruité ». Le projet de l'infirmière de respecter la volonté du malade peut se heurter au projet de l'institution dont la mission est de produire des soins avec des obligations de moyens. Le renoncement à ces valeurs permettrait de parler de « désenchantement », plus au sens du « réenchantement » dont parle Françoise Bouchayer

(1994) à propos des médecins généralistes qui remettent du sens à leurs pratiques en choisissant une forme d'activités en adéquation avec leurs valeurs, que du « désenchantement du monde » de Max Weber (1969), une forme de désenchantement qui aurait déjà eu lieu au moment de la mise en théorie, de la rationalisation des soins infirmiers appris au cours de la formation. Eliot Freidson, avec sa notion de « choc de la réalité », rassemble les deux sens de « désenchantement » puisque après être venus vers le métier par humanité et avoir réalisé que la formation d'infirmière leur demande compétences intellectuelles et techniques [premier désenchantement], les élèves ou étudiants « *imbus d'une idéologie professionnelle qui valorise la dignité et l'autonomie* » [des infirmières] (se rendront ensuite compte que les) « *emplois sont évidemment subalternes* » [deuxième désenchantement] (1984 : 66). Eliot Freidson introduit ici la notion nouvelle de la désillusion liée à l'environnement du travail.

Ainsi, en début de carrière, les infirmières sont contraintes de renoncer ou de réajuster leur dispositif idéologique (Véga, 2000). Des études sociologiques sur les notions de valeurs professionnelles infirmières et de sens donné au travail dans les pratiques, ont permis de dénoncer le manque de visibilité qu'ont les professionnelles sur les évolutions du système sanitaire (Guyot, 1997), ce qui peut aller jusqu'à donner une notion d'absurde à la pratique professionnelle (Védélago, 1997). Cette littérature montre la force du lien entre le sens donné par les acteurs à ce qu'ils font et l'environnement dans lequel ils évoluent. D'autres travaux montrent le poids des représentations et de l'imaginaire chez des infirmières porteuses d'un idéal de communauté soignante (Acker, 1991-citée par Dubet, 2002 ; Véga, 1997).

LA PROFESSIONNALISATION

Les sources de renoncement aux valeurs infirmières occasionnent à leur tour une interrogation du corps infirmier sur sa mission hospitalière. Cette prise de conscience de la réalité institutionnelle peut à son tour être la source de déplacement de l'objet d'engagement : du malade vers le groupe professionnel. De femmes de vocation, les infirmières deviennent femmes de profession (Dubar *et al.*, 2011 : 81). C'est en formant corps, et en combattant pour faire reconnaître par les pouvoirs publics des valeurs partagées comme des valeurs professionnelles que les infirmières peuvent continuer à prodiguer les mêmes soins qui n'auront plus la même signification si existe l'espoir de les voir évoluer dans le sens des valeurs infirmières. Alain Petitat, en convoquant Danièle Kergoat *et al.* (1992), montre que « *la notion de don hante encore le travail infirmier. (...). Don qui ne signifie plus sacrifice à Dieu, mais implique (...) une réciprocité matérielle (salaire et conditions de travail) et symbolique (valorisation de la*

profession) » (1994 : 235). Les infirmières sont ici approchées par les problématiques de la qualification, de la professionnalisation et de la reconnaissance professionnelle.

La question de la professionnalisation des infirmières soulève celle des rapports sociaux qui lient ces « para-professionnelles » (Freidson, 1984) aux médecins. Dans son ouvrage central qu'est « La Profession médicale », en étudiant ce qui distingue une « profession » d'un « métier », Eliot Freidson bâtit son argumentaire autour du concept central d'autonomie professionnelle : une « profession » est un groupe dont les membres maîtrisent la formation initiale et l'entrée dans la profession, exercent une forme de contrôle interne des pairs, et contrôlent l'aspect technique du travail en définissant en quoi consiste le travail de cette profession. L'auteur étudie l'ensemble des professions de santé comme gravitant autour du médecin, professionnel de référence, centre de pouvoir, de décision et de définition des autres professions. Dans cet ouvrage, les métiers paramédicaux, et donc celui d'infirmière se caractérisent par leur absence relative d'autonomie, de responsabilité, d'autorité et de prestige (Freidson, 1984 : 58). Leur activité est directement liée à la division du travail médical (*ibid.* : 68). L'organisation hospitalière peut même être analysée à partir de la centralité de l'acte médical : Antoinette Chauvenet parle d'« acte médical encerclé » (1978 : 22).

Jacques Saliba (1994) s'interroge sur la pertinence d'une analyse sociologique des professions de santé à partir de ce concept de « profession ». La définition qu'en a donnée Eliot Freidson serait liée au contexte d'émergence de ce concept : une société américaine qui accorde du prestige à la « Profession », sorte d'« idéal-type » à partir duquel tous les autres seront définis. La « middle-class » américaine est, à ce moment-là, porteuse d'une croyance en une mobilité spatiale et économique, qui se traduit, dans les faits par une possible mobilité sociale. Un « *style de vie (associant) la morale individuelle et institutionnelle à des finalités tant personnelles que sociales et collectives (...) rend explicite la valorisation de l'activité, du service, de l'altruisme et du don de soi* » (Saliba, 1994). C'est alors que va se développer la « *culture du professionnalisme. Il s'agit (...) de rendre la vie plus rationnelle, en contrôlant les émotions et les attitudes irrationnelles, en orientant l'intelligence et l'activité sous l'égide de la science* » (Saliba, 1994). Les infirmières montrent une volonté d'agir dans le sens d'une autonomisation professionnelle au sens freidsonien du terme en produisant une science infirmière, en développant la recherche infirmière (Acker, 2008), en créant les consultations infirmières (Acker, 2005), en promouvant la formation initiale et continue (Kotobi *et al.*, 2012), en élargissant les instances de représentations professionnelles. La professionnalisation serait alors un processus qui tendrait à écarter les pratiques professionnelles infirmières de celles des médecins (Freidson, 1984 : 79-82). Malgré la récurrence du discours infirmier sur l'autonomie professionnelle, peu

d'études sociologiques prennent les recherches sur ce sujet comme objet central d'étude (Kober et Feroni, 1995 ; Lert, 1996).

LE GENRE

Le sujet de l'autonomie infirmière reste souvent lié à l'autorité médicale comme dans cette approche par la perspective du genre interrogeant des étudiants en médecine sur leur vision de l'autonomie des infirmières (Levinson *et al.*, 1995). Il y est montré que parmi les étudiants en médecine dans deux pays anglo-saxons, la vision de l'autonomie des infirmières est plus dépendante du genre de l'étudiant que de son pays d'origine (les étudiantes en médecine étant plus favorables à l'autonomie des infirmières que les étudiants hommes). Les auteurs soulignent que ces considérations sont à rapprocher de la conception qu'ont ces futurs médecins de la relation patient-médecin (les femmes ayant une perspective plus relationnelle de leur future profession que les hommes). D'autres recherches sur les infirmières sont spécifiquement portées par la perspective du genre : Danièle Kergoat *et al.* (1992), Françoise Imbert (1992), Françoise Acker (2002), Geneviève Picot (2005), Yvonne Guichard-Claudic *et al.* (2008).

Étudier les soignantes dans l'optique du genre, c'est considérer ce groupe professionnel comme féminin (Kergoat *et al.*, 1992), et c'est par là questionner les soins sous l'angle des qualités nécessaires à leur exécution : qualités naturelles ou compétences professionnelles ? (Cresson, 1995 ; Saillant, 1992). Cette interrogation se rapproche de la perspective du care qui envisage d'articuler ensemble les rapports sociaux de classe, de sexe et de race, en les replaçant dans une analyse à la fois politique, éthique et pratique (Paperman *et al.*, 2011 ; Garrau et Le Goff, 2010, Molinier, 2013, Bessin, 2014). En analysant les rapports sociaux, la perspective du *care* s'intéresse tant à la norme comportementale attendue dans les établissements de soins, norme qui agirait comme une injonction paradoxale, « un idéal inaccessible », qu'au contexte d'expression qui la contraint au point de la rendre quelquefois impossible (Divay, 2010). La question de l'autonomie des soignantes se pose alors avec acuité.

Malgré son hospitalocentrisme, la sociologie qui s'est intéressée aux infirmières nous apprend sur le groupe professionnel dans son intégralité et nous montre des femmes qui ont cherché à faire reconnaître leur professionnalisation et son rôle dans (et en dehors de) la division du travail médical. Cet effort de reconnaissance a été mené au prix d'une crise identitaire qui cumule un désenchantement des valeurs initialement portées par les prétendantes au métier à une définition toujours renouvelée de ce métier

qui s'inscrit dans un environnement en perpétuelle évolution (technique et organisationnelle par exemple).

La partie des infirmières qui va faire le choix de travailler en libéral a croisé cette dynamique professionnelle avant son installation en libéral (en formation ou lors d'une ancienne activité hospitalière). Mais le fait d'exercer en libéral modifie l'environnement de travail et par là, expose les infirmières libérales à une nouvelle dynamique professionnelle que la sociologie des professions et celle du travail libéral doivent permettre d'éclairer.

1.2 La sociologie des professions

En quoi la sociologie des professions peut-elle servir la connaissance de l'exercice des infirmières libérales ? Il est, dans un premier temps, nécessaire de préciser où se situe le chercheur lorsqu'il parle de sociologie de professions tant ce champ intellectuel nourrit des controverses avant de formuler en quoi cette sociologie peut aider dans la connaissance des infirmières libérales.

1.2.1 Ce que nous entendons par sociologie des professions

Les différents courants sociologiques qui se sont succédé à la barre de l'analyse des professions ont créé une controverse. Les premiers sociologues à s'intéresser aux professions relèvent du courant fonctionnaliste qui a considéré les professions comme un ensemble homogène de personnes mues par des valeurs communes (Parsons, 1939,1951 ; Merton, 1957) et ayant une signification fonctionnelle et systémique dans la société. Ils prolongent ainsi le paradigme durkheimien des faits sociaux qui analyse l'ordre social à partir de son maintien et de sa reproduction. Dans ce courant, les professions ne sont que celles qui sont prestigieuses du fait de leur savoir et de la protection étatique dont elles bénéficient. Les fonctionnalistes mettent l'accent sur l'homogénéité du groupe. Ce courant a été critiqué, entre autres, pour avoir repris en catégories d'analyse sociologique les rhétoriques des professionnels étudiés. Le courant interactionniste s'est quant à lui intéressé aux activités, à leurs objectifs, à leurs conceptions, sans considérer les professionnels qui les posaient comme un groupe *a priori* homogène. C'est ainsi qu'Howard Becker dit qu'une profession peut être comprise comme « *des accords substantiels relatifs à un ensemble de caractéristiques interconnectées symbolisant un type d'organisation de métiers dignes d'éloges* » (2006 : 138). Pour cet auteur, est appelée « profession » un idéal que chacun a « à l'esprit quand il dit qu'un métier est une profession ». La sociologie interactionniste montrera que la

réalité est une déviation de cet idéal, de ce symbole. C'est ainsi que les interactionnistes montrent qu'un groupe organisé autour d'une valeur commune peut se segmenter selon l'activité ou la conception du travail et ne pas constituer le groupe homogène tel qu'il est conçu par les fonctionnalistes. L'interactionnisme a ainsi fait émerger le concept de segments professionnels (Bucher et Strauss, 1992) et insisté sur la construction permanente et instable des groupes professionnels, « *par les relations entre leurs membres, leurs interactions et leurs actions communes* » (Dubar, 1999 : 38). De plus, pour les interactionnistes, toute activité professionnelle nécessite des savoirs : il n'y a donc pas spécificité des professions (au sens fonctionnaliste) leur permettant de se distinguer par cette caractéristique de posséder du savoir. De nombreuses autres pierres d'achoppement ont pu être mises en évidence entre ces deux courants : divers auteurs s'en sont faits les rapporteurs (Dubar *et al.*, 2011). D'autre propose de dépasser ces controverses et apporte un nouveau regard (Champy, 2011, 2012a). Toutefois il est un domaine (qui se trouve être un domaine d'opposition entre les deux courants précédemment cités) qui nous intéresse particulièrement dans ce questionnement sur l'aspect libéral d'une activité professionnelle : celui des statuts professionnels et de la protection. En effet, les professions libérales ont pu être définies par la protection dont elles bénéficient. Cette protection peut s'entendre à double titre : protégée par la qualification, limitant l'accès à la profession, mais aussi protégée soit par une instance de représentation professionnelle qui surveille les frontières de la profession³⁹, soit par l'intervention de l'État ou soit, encore, par une instance nationale telle que l'Assurance Maladie.

Parce que « profession » peut vouloir dire emploi, métier, fonction (Dubar *et al.*, 2011 : 13), mais aussi parce que le terme « profession » est marqué « moralement » par l'héritage durkheimien et la sociologie des faits sociaux, certains sociologues revendiquent de s'inscrire dans une sociologie des groupes professionnels (Dubar *et al.*, 2011 ; Demazière et Gadéa, 2009) dans laquelle les groupes professionnels sont alors compris comme des constructions sociales (Perrenoud, 2013 : 7).

³⁹ Les professions libérales ne sont pas les seules à avoir leur accès limité par la qualification nécessaire à leur exercice, ni à posséder des instances représentatives. Une coiffeuse doit obtenir des diplômes avant de prétendre exercer en travailleur indépendant et appartiendra à une instance consulaire représentative : elle n'exercera pas pour autant une profession libérale.

1.2.2 Comment la sociologie peut-elle nous aider dans la connaissance des infirmières libérales ?

La finalité que nous avons à mobiliser la sociologie des professions ou celles des groupes professionnels n'est pas de nous demander « *une nouvelle fois, ce qu'est une profession, et si tel ou tel métier peut prétendre au statut de profession* »⁴⁰ (Aïach et Fassin, 1994 : 3), mais bien plutôt d'examiner, au-delà de l'opposition des écoles fonctionnalistes et interactionnistes (*ibidem* : 2), ce que peut nous amener le dépassement de ce clivage. Dans ce but, nous nous sommes emparée de la notion de concurrence interprofessionnelle d'Andrew Abbott (1988) et des travaux sur les professions à pratiques prudentielles de Florent Champy (2011). Ces deux auteurs nous invitent à étudier les infirmières libérales sous le double angle de leurs activités (ou pratiques) et des relations qu'elles entretiennent avec les autres professions au sein de ces activités. La question du « travailler ensemble » se comprend dans le sens du « faire ensemble » d'Howard Becker, selon lequel les professionnels ont des relations, voire des interactions, dans le cadre de leurs activités.

Il s'agira ainsi de questionner la nature même du métier d'infirmière libérale, le « *core service* » compris comme « l'acte professionnel le plus caractéristique » (Becker, 2006 : 146) si seulement nous pouvons identifier un acte caractéristique. Mais dans la suite d'Andrew Abbott, nous pouvons nous demander si le cœur de l'activité est plus important pour les professionnelles que les frontières qui permettent à ce cœur d'exister (Abbott, 2016 : 123). Geneviève Paicheler montre que dans le domaine des soins, plus spécifiquement, être en interaction avec d'autres professionnels revient à s'exposer à des empiètements de territoire (1995). C'est pourquoi nous trouvons dans le bagage théorique d'Andrew Abbott (1988, 2001, 2007) comment penser les relations qui peuvent exister entre les infirmières libérales et les autres professionnelles intervenant, comme elles, dans les domiciles des personnes dont elles s'occupent : avec des luttes de territoires (*turf battles*).

Florent Champy, considérant que la théorie d'Andrew Abbott est la plus pertinente pour les professions à pratiques prudentielles (Champy, 2012a : 190), nous invite quant à lui à nous interroger sur la position des infirmières libérales dans l'échiquier sociologique des métiers et professions et sur la pertinence de questionner le métier d'infirmière libérale comme un métier mettant en œuvre des pratiques prudentielles.

⁴⁰ Nous ne cherchons pas à savoir si les infirmières forment une profession.

1.3 Une sociologie des professions libérales ?

Après avoir parcouru ce que différentes sociologies nous apprennent sur les infirmières, et après avoir repéré comment la sociologie des professions nous invitait à étudier les infirmières libérales, nous proposons d'arrêter un instant notre regard sur l'étude sociologique des professions libérales. Nous préciserons dans un premier temps ce que signifie l'adjectif « libéral » lorsque l'on parle des professions. Nous examinerons ensuite comment la locution « profession libérale » subsume la simple juxtaposition des deux substantifs profession et libéral.

1.3.1 L'adjectif « libéral » (à propos des professions)

Que signifie l'adjectif « libéral » lorsque l'on parle des professions ? Dans l'Antiquité, cet adjectif fait référence aux arts libéraux, arts acquis après un long enseignement portant sur les trois arts des lettres : grammaire, rhétorique, dialectique, et les quatre arts des nombres : arithmétique, géométrie, astronomie et musique. Plus tard, philosophie et médecine seront intégrées aux arts libéraux. Ces arts sont dits libéraux parce qu'ils sont libérés de la matière (pierre, bois, ...) et du devoir de la transformer, à l'inverse des arts serviles. Dans le droit romain, les arts serviles s'expriment par des activités manuelles qui ouvrent droit à une forme de rémunération alors que dans le même temps, les arts libéraux n'ont droit qu'à la reconnaissance. Ce désintéret pour la chose matérielle se retrouve dans la première thèse de Droit définissant la profession libérale, celle de Jean Savatier (1946), pour qui la profession libérale est une activité intellectuelle (fruit du long enseignement), désintéressée (l'intérêt du client passe avant celui du professionnel libéral) et indépendante (absence de subordination à toute forme d'autorité extérieure).

« Profession libérale » est de nos jours un terme qui regroupe une multitude de réalités, une variété de niveaux de diplômes, de revenus et de conditions de travail qu'il est difficile de contenir dans un ensemble homogène. C'est pourquoi certains textes juridiques s'appliquant à définir les « professions libérales » donnent des définitions négatives en précisant ce qu'elles ne sont pas : les « professions libérales » ne sont pas des artisans, ni des commerçants, ni des salariés. C'est le cas du Code de la sécurité sociale qui, lorsqu'il s'intéresse aux régimes de couverture sociale des travailleurs non-salariés, précise d'une part que « les professions libérales groupent des personnes exerçant une profession » parmi une liste explicite d'activités professionnelles allant du médecin à l'huissier, de l'architecte au notaire, du greffier à l'auxiliaire médical, et précise d'autre part que ces professionnels ne relèvent pas d'une autre organisation

(celle des artisans, commerçants, industriels inscrits au registre du commerce et exploitants agricoles)⁴¹.

Le Code général des impôts, qui s'intéresse à la source des revenus déclarés (en l'occurrence des bénéfices non-commerciaux)⁴², reprend à son compte les caractéristiques antiques d'une pratique intellectuelle d'une science ou d'un art exercé en indépendance.

La législation européenne donne la seule définition légale de la profession libérale⁴³ : « profession libérale désigne toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public ». Cette définition reprend des caractéristiques vues dans le droit français : activité intellectuelle et conceptuelle, qualification professionnelle de niveau élevé, indépendance, pratique personnelle et donc responsabilité individuelle, mais aussi intérêt du client ou du public.

L'ensemble de ces textes permet de dessiner un profil juridique des caractéristiques des professions libérales. Il s'intéresse à leur pratique et à leur morale.

D'une manière très différente, l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) définit la profession libérale⁴⁴ par les aspects organisationnels du groupe (exercice réglementé, règles déontologiques, organisation ordinaire, ...).

La sociologie permet de rajouter une nouvelle dimension à la définition du travail libéral : il s'agirait d'un travail rémunéré selon les résultats obtenus, comme par exemple la réussite d'un procès pour un avocat, une guérison pour un médecin, la satisfaction de leurs clients pour les deux (Boltanski et Chiapello, 1999⁴⁵).

⁴¹ Code de la sécurité sociale : Article L622-5 (Modifié par LOI n°2011-94 du 25 janvier 2011 - art. 32)

⁴² Code Général des impôts : Article 92 (Modifié par LOI n° 2013-1279 du 29 décembre 2013 - art. 43 (V)

⁴³ Directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles du n°2005/36/CE de l'Union Européenne du 5 septembre 2005 – Considérant n° 43

⁴⁴ http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/n3_31.htm : « Le terme de " profession libérale " désigne des professions dont l'exercice est strictement réglementé, comportant le plus souvent l'exigence de diplômes, ainsi que le respect de règles déontologiques impliquant fréquemment la présence d'une organisation ordinaire (médecins, pharmaciens, avocats, notaires, experts-comptables, architectes, géomètres-experts,...). Par extension, la catégorie inclut différentes professions juridiques ou techniques moins strictement réglementées (activité de conseil en gestion, ingénierie-conseil, activité d'expertise,...), satisfaisant aux mêmes conditions de diplôme.

⁴⁵ « Les auteurs de management reprennent l'idée lancée par leur confrère anglais Charles Handy dans son ouvrage *The Age of Unreason* quand il « propose de remplacer la notion traditionnelle d'emploi par le concept d'un portefeuille d'activités que chacun gère pour son compte. On y dénombre au moins cinq catégories de travail : travail salarié, rémunéré selon le temps que l'on y consacre ; travail libéral,

Ce tour d'horizon des définitions de ce qu'est une profession libérale permet de dresser un portrait en trois dimensions : le groupe, l'individu et les pratiques. Une profession libérale serait ainsi un regroupement de personnes souhaitant être représentées à travers leur activité professionnelle commune. Les individus ont une qualification élevée, une pratique individuelle, une responsabilité non partagée. Les activités consistent en des activités intellectuelles exercées en indépendance, en dehors de toute autorité, et dans l'intérêt du client ou du public qui attend des résultats de l'action du professionnel libéral.

1.3.2 La locution « profession libérale »

Le sens de cette locution dépasse le sens de ses composants. La question se pose alors de savoir comment cohabitent le terme de « libéral » (au sens de l'indépendance) et celui de protection, réglementation qui se trouve dans les « professions ». Les deux forment ensemble un oxymore qui se justifie par le fait que *« les professions libérales sont considérées comme remplissant une mission d'intérêt général, ce qui donne à l'État français le droit de regard sur l'accès à cette profession »* (Tripiet, 2011). Brigitte Longuet, auteure d'un rapport sur l'activité libérale (2010) estime que ces professions doivent être réglementées du fait de l'« asymétrie informationnelle » qui existe dans tout rapport entre un professionnel libéral et son client, de façon à protéger le client et à maintenir la relation de confiance nécessaire à l'exercice de telles professions. Pour cette auteure, ce n'est pas la profession qu'il faut protéger, mais le client et la relation instaurée entre client et professionnel. Brigitte Longuet est avocate, elle possède et exprime la rhétorique du groupe professionnel auquel elle appartient. L'importance de la relation de service au client chez les avocats est questionnée en sociologie par Lucien Karpik à propos de ce qu'il nomme *l'économie des singularités*.

« Pour la sociologie, la « relation de service » se confond avec le service personnalisé ; elle porte sur une activité marquée par l'incertitude sur la qualité et par l'incertitude sur les résultats. Elle définit le mode d'intervention des « professions », ces ensembles organisés associant une expertise et une morale collective qui impose de faire passer l'intérêt du client avant celui du praticien et le service rendu avant la recherche du profit. Pour l'économie hétérodoxe, la « relation de service » remplace le « service » comme objet d'étude privilégié et ce déplacement indique la position centrale occupée par la « coproduction de service » dans la

rémunéré selon les résultats obtenus ; travail domestique, effectué en vue de la gestion et de l'entretien d'un foyer ; travail bénévole, fait pour des associations de bienfaisance, la collectivité, ses amis, sa famille, ses voisins ; travail éducatif qui permet d'apprendre, de se former, de lire et de se cultiver». (Boltanski et Chiapello, 1999 : 179).

coopération entre le producteur et le client. Les « relations de service » se diversifient donc « en fonction de l'intensité des relations et interactions entre les acteurs de l'offre et de la demande »⁴⁶ (...). Ce double enracinement permet de concevoir le produit personnalisé comme une forme pure de singularité et de le définir par l'intervention la plus ajustée possible aux problèmes spécifiques des personnes et des collectivités. » (Karpik, 2007 : 49-50)

Avant de s'intéresser à la vision économique de la relation de service, Lucien Karpik avait étudié les professions libérales à travers des travaux sur les avocats (1995). Avec Patrick Hassenteufel et les médecins (1997), puis Florent Champy et les architectes (1998), Lucien Karpik décrit l'importance des modes d'organisation et d'action collective (Dubar *et al.*, 2011) ainsi que les relations de ces professionnels avec l'État.

Une profession libérale serait donc exercée avec autonomie et indépendance dans le cadre de la relation au client, et en même temps serait encadrée par des actions collectives, voire étatiques.

Claudine Herzlich et son équipe du CERMES⁴⁷ (1993), tout en choisissant un autre angle d'étude que les auteurs précédemment cités⁴⁸, montrent qu'une profession libérale peut être composite, tout en étant l'objet d'une régulation, régulation que les auteurs présentent comme le point commun des professions libérales « à la française ». Cette question de la régulation professionnelle est étroitement liée aux notions d'autonomie et d'indépendance revendiquées comme « essentielles à l'exercice de leurs pratiques » par les professions libérales (Dubar, Tripier, 1998).

L'autonomie a été largement mobilisée par la sociologie fonctionnaliste pour décrire les professions. Ce courant a érigé le médecin libéral en modèle de ce qu'est une Profession. Puis à son heure Eliot Freidson (1984 [1970]), pourtant héritier de l'école de Chicago⁴⁹, réutilise la notion d'autonomie comme pilier central de la profession médicale. Il s'inspirera en cela des travaux de Max Weber portant sur le Savant et le

⁴⁶ J. Gadrey et J. de Bandt, 1994, « De l'économie des services à l'économie des relations de service » et J. Gadrey, « Les relations de service dans le secteur marchand » in J. de Bandt et J. Gadrey (éd.), *Relations de service, marchés de service*, Paris, Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique, pp 17 et 11-41.

⁴⁷ CERMES : centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société

⁴⁸ En l'occurrence les caractéristiques sociales et les parcours individuels des médecins libéraux

⁴⁹ « C'est donc à bon droit qu'il peut se réclamer de la tradition de Chicago, même s'il en est un membre atypique. » (Chapoulié Simone, 1998, Une conférence d'Eliot Freidson, DEES 114, p. 51.)

Politique (1969) et montrera que l'autonomie médicale se construit autour de l'idée que le médecin, de savant, est devenu consultant, c'est-à-dire qu'il possède le pouvoir de traiter. Il faut donc qu'il fasse connaître ce pouvoir autour de lui (dans sa clientèle) et s'organise pour être considéré comme consultant. Il faut qu'il se fasse connaître et reconnaisse comme détenteur d'une expertise dont il organise le monopole autour des quatre points suivants : la maîtrise de la formation, le contrôle que les médecins exercent eux-mêmes sur l'entrée dans la profession, le contrôle par les pairs des déviants qui ne suivent pas le code de déontologie, la détermination du contenu de leur activité professionnelle. C'est ce que reprend Paul Starr (1982) pour qui « *une profession est une occupation qui s'auto-régule par la formation systématique obligatoire et la discipline collégiale ; qui est fondée sur la connaissance technique spécialisée ; et qui se caractérise par une orientation inscrite dans un code éthique qui assure la prédominance du service sur le profit* »⁵⁰.

Or des études sociologiques postérieures, portant sur ces mêmes médecins, montrent la remise en cause de leur autonomie à partir de ces mêmes critères, puisque le contrôle de l'entrée dans la profession se fait avec l'État (numerus clausus), le code de déontologie est maintenant intégré au Code de Santé Publique redéfinissant l'acte de prescription (central dans l'autonomie médicale), et enfin les évolutions et redéfinitions du système de soins (modalités de remboursement, réseau de soins, rôle du médecin référent, ...) restreignent l'indépendance des médecins (Hardy-Dubernet, 2002).

Par ailleurs, nous pourrions nous demander si cette notion d'autonomie est heuristique en sociologie des professions libérales lorsque de nombreuses recherches montrent la porosité entre les caractéristiques des travailleurs indépendants (autonomie, représentation collective) et celles des salariés par exemple (subordination). En effet, de nouvelles formes de travail observées donnent de l'autonomie aux salariés. Le contrôle de l'activité des salariés ne se fait plus sur leur façon de travailler (*modus operandi*) mais sur leurs résultats ; les logiques de gestion du privé rentrent dans la fonction publique : les salaires, même chez les fonctionnaires, sont individualisés (Piotet, 2011).

Les définitions juridiques et institutionnelles présentées précédemment désignent les professions libérales comme des regroupements de professionnels disposant d'une autonomie, d'une représentation collective, de revenus supérieurs à la moyenne, de niveau d'études supérieures, de situations prestigieuses. Or, nous venons de voir que le critère de l'autonomie est discutable du fait des évolutions des formes du « travailler », mais aussi du fait de l'intervention de l'État dans la régulation du groupe professionnel.

⁵⁰ Cité par Lucien Karpik, 2007, *L'économie des singularités*, note de bas de page p. 246

Et ce alors même que régulation du groupe professionnel et relation au client (dans le cadre de l'exercice de cette profession) semblent liés.

Ces critères de définitions et leurs critiques nous intéressent ici car nous allons les reprendre dans la situation des infirmières libérales et tenter de répondre à la question « les infirmières libérales constituent-elle une profession libérale comme les autres ? »

1.4 Les infirmières libérales : une profession libérale comme les autres ?

La réponse à cette question ne peut être laconique. En effet, les infirmières libérales présentent des points communs avec d'autres professions libérales, mais aussi avec d'autres travailleurs indépendants comme les artisans et commerçants, en même temps qu'elles présentent des caractéristiques de travailleurs salariés aussi différents que les cadres ou les infirmières hospitalières.

1.4.1 Une autonomie et une représentation collective problématiques

Si nous restons, dans un premier temps, sur les caractéristiques du libéral que sont l'autonomie et la représentation collective, comme nous l'avons vu précédemment, alors nous ne pouvons pas déclarer formellement les infirmières libérales comme constituant une profession libérale. En effet, l'autonomie des infirmières libérales passe par l'exercice de leur rôle propre et par la possibilité qu'elles ont de prescrire dans le cadre de leur rôle délégué. Nous proposons de ne pas aborder ici cet aspect qui fera l'objet de plus longs développements ultérieurs dans lesquels sera montrée la variété des traductions de cette autonomie dans différentes situations que rencontrent les infirmières libérales.

Quant à la représentation collective, nous notons l'existence d'un Ordre National des Infirmiers et Infirmières et de syndicats. Fruit d'une longue et douloureuse gestation (près de soixante ans), l'Ordre National des Infirmiers et Infirmières, né en décembre 2006⁵¹, a divisé les infirmières jusqu'après sa création. Un des signes visibles de cette division est l'adhésion ou la non-adhésion à l'Ordre National. Les infirmières libérales, plutôt favorables à sa création, ont largement accepté l'adhésion et l'acquiescement de la cotisation obligatoires alors que les infirmières hospitalières ont cotisé dans de petites

⁵¹ La loi de création de l'Ordre National des Infirmiers et Infirmières sera votée le 21 décembre 2006 (près de soixante ans après le premier texte, et près de vingt ans après la création d'une association fédérative qui s'était donné cette création d'un Ordre National des Infirmiers comme objectif).

proportions⁵². Cet Ordre National réunit les infirmières salariées et libérales, comme cela est le cas chez les médecins ou les architectes, par exemple. Le fait que les infirmières libérales aient plus volontiers adhéré à l'Ordre National des Infirmiers et Infirmières que leurs collègues hospitalières a été interprété comme l'occasion que représentait cet Ordre d'une affirmation professionnelle, d'un détachement des médecins et par là, d'une plus grande autonomie chez les premières, tandis qu'il était présenté comme une instance de contrôle voire de sanction chez les secondes. Les syndicats infirmiers libéraux promeuvent quant à eux un discours d'évolution du métier d'infirmière libérale vers les fonctions d'infirmière de santé publique et d'infirmière référente (avec droit de consultation, droit de prescription, recherche). Même si les différents syndicats semblent s'entendre sur l'évolution possible du métier, il n'en reste pas moins des luttes entre eux, notamment à propos de leurs représentativités respectives.

La représentation collective, qu'elle soit syndicale ou ordinale, divise au lieu de réunir. Et dans l'absolu, très peu d'infirmières sont syndiquées ou adhérentes à l'Ordre National des Infirmiers et Infirmières⁵³. La représentation collective n'est donc pas, chez les infirmières libérales, un moyen de caractériser leur statut libéral.

1.4.2 Les professions libérales de santé

Les infirmières libérales sont considérées par le Code de Santé Publique comme une profession de santé. Ce qui distingue les professions libérales de santé des autres professions libérales sont les accords conventionnels qu'elles ont signés avec le tiers gestionnaire (l'Assurance Maladie). Ces conventions permettent, entre autres, d'établir, d'une part, la rémunération du professionnel avec un tarif unique et, d'autre part, de fixer les conditions de remboursement des clients/patients/usagers. Les autres professions libérales sont à honoraires libres (avocats, architectes, ...) ou à honoraires règlementés par les pouvoirs publics et non remboursés (notaire, huissiers, ...) (Aynaud Oliver et Picard Dominique, 2011). Cette convention est avant tout le moyen de réguler la solidarité assurantielle en redistribuant les sommes versées par les cotisants anonymes (à l'inverse des systèmes assistanciels dans lesquels les donateurs sont connus et peuvent choisir la destination de leurs dons). Dans le système de santé dans

⁵² Les chiffres du nombre de cotisants diffèrent selon les sources. Nous ne sommes pas en mesure de donner des chiffres précis, mais nous pouvons affirmer que l'Ordre a été confronté à des problèmes de trésorerie dès sa création du fait du non-paiement de la cotisation, pourtant obligatoire, de la part d'infirmières réfractaires à l'idée d'un Ordre.

⁵³ Comme pour l'Ordre National des Infirmiers et Infirmières, les chiffres des infirmières syndiquées diffèrent d'une source à l'autre mais avoisinent les 5 % (Source : Revue Actusoins, Septembre 2011).

lequel les infirmières libérales françaises exercent, la transaction monétaire passe par le tiers gestionnaire dont une des finalités est de dégager les professionnels de santé d'une relation directe de paiement avec leurs publics. L'anonymat lié au financement ainsi que la relation monétaire médiée donnent sa singularité au malade et à la maladie (Petitat, 1989).

1.4.3 Les Cadres

Par leur niveau de diplômes et de revenus, les professions libérales sont regroupées avec les Cadres dans les catégories de l'INSEE. Même si les revenus moyens des infirmières libérales peuvent les rapprocher des Cadres⁵⁴, leur niveau de diplôme (Bac + 3) reste en deçà de celui des Cadres. Mais les infirmières libérales ont un autre point commun avec les Cadres que leurs revenus : il s'agit du rapport au temps d'individus « *maîtrisant les variations de leur temps de travail* », « *impliqués subjectivement dans leurs activités* », et pour lesquels les « *frontières entre « travail » et « hors travail » peuvent s'estomper* » (Bouffartigue, 2012 : 88). Ces auteurs parlent alors de norme temporelle flexible « autonome » qu'ils auraient rencontrée chez des salariés plutôt hommes, cadres ou de professions intellectuellement supérieures. Sophie Pochic et Cécile Guillaume (2009) trouvent les mêmes résultats de « disponibilité flexible » chez des femmes « à haut potentiel » d'une grande entreprise française qui élaborent des stratégies, à partir des moyens de communication modernes, de façon à gérer leur vie professionnelle depuis leur domicile et leur vie privée depuis leur lieu de travail. Ce serait donc une caractéristique de cadres que de rendre poreuse la frontière entre sphère privée et sphère professionnelle par les moyens de communication à distance, caractéristiques partagées par les infirmières.

Cet ensemble de critères nous permettrait de conclure que les infirmières libérales ne sont pas des libérales comme les autres. Elles possèdent des caractéristiques qui les rapprochent de Cadres salariés. La question se pose alors de savoir si l'on ne peut pas plutôt rapprocher les infirmières libérales des travailleurs indépendants non libéraux. Les travailleurs indépendants forment un ensemble de professionnels qui ne sont pas salariés (définition par la négative). Ils regroupent les artisans, les commerçants, et les

⁵⁴ 47 710 € par an en moyenne en 2011 (source : DREES, 2016, Portrait des professionnels de santé) 41 448 € nets annuels en 2012 (Source : Impôts) ; 51 000 € nets annuels en 2012 (Source : Rapport de la Cour des Comptes) ; 52 022 € en 2013 (Source : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés).

professions libérales. Les infirmières libérales se rapprocheraient-elles des travailleurs indépendants non libéraux tels que les artisans et les commerçants?

1.4.4 Les travailleurs indépendants non libéraux

C'est en effet dans les caractéristiques des travailleurs indépendants que nous retrouvons les caractéristiques les plus saillantes des infirmières libérales. La sociologie des travailleurs indépendants⁵⁵ montre que ces travailleurs se distinguent en deux points des travailleurs salariés : le temps de travail (qui serait important) et l'autonomie (ici définie comme de la non-subordination). Mais la différence porte aussi sur la « *volonté de conserver une relation de proportionnalité entre la quantité de travail et le niveau de rémunération* ». Enfin, le travailleur indépendant se définit « *en référence à un métier, et pas à un statut, ce qui peut entraîner des tensions à l'intérieur du groupe professionnel s'il compte des salariés et des libéraux (exemple des infirmières avec l'Ordre National)*. (...) *L'objectif premier du travail indépendant est l'exercice de la profession* » (Rapelli, 2011 : 397). Le statut (libéral) ne serait que ce qui permet d'exercer un métier d'une certaine manière.

En effet, le grand volume horaire de travail mentionné précédemment est en effet régulièrement déclaré par les infirmières libérales rencontrées. Elles travaillent de nombreuses heures. En cela, elles peuvent être rapprochées des travailleurs indépendants. Toutefois, si les travailleurs indépendants déclarent un volume horaire hebdomadaire supérieur à celui déclaré par les salariés, ils sont moins soumis que les salariés à des horaires atypiques (horaires alternants soir/matin, horaires de nuit, ...). Or, les infirmières libérales déclarent avoir un emploi du temps qui fait varier du travail alternant, quelquefois tôt le matin, et d'autres fois tard le soir ; ce qui les rapproche des caractéristiques des salariés plus que celles des travailleurs indépendants. Mais elles choisissent elles-mêmes (souvent en groupe, au sein d'un collectif de travail de petite taille – 3 à 5 infirmières) de l'amplitude de leurs horaires et de la planification de leur temps de travail. Elles conservent ainsi ce sentiment de ne plus être subordonnées à un supérieur hiérarchique. En conservant les caractéristiques objectives du travail salarié (hospitalier), les infirmières libérales n'en expriment pas moins les caractéristiques subjectives du travail indépendant (liberté de choisir, contraintes réduites par leur fait).

⁵⁵ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 2011, « Une ébauche de la sociologie des Travailleurs Indépendants », in Expertise collective, *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants*, p. 5-23.

De la même façon, la linéarité du temps dans leur activité rapproche les infirmières libérales des travailleurs indépendants. Une enquête de 1998 montre qu'« à travail équivalent, les indépendants sont moins soumis à l'interruption de tâches que les salariés. Les infirmières libérales ne sont ainsi que 27 % à déclarer devoir abandonner une tâche pour une autre non prévue contre 70 % pour les infirmières salariées »⁵⁶.

La marge de liberté que les travailleurs indépendants se donnent dans le choix de leur activité et dans l'organisation de leur travail est une autre de leurs caractéristiques. Le Code du travail stipule qu'est « présumé travailleur indépendant celui dont les conditions de travail sont définies exclusivement par lui-même ou par le contrat les définissant avec son donneur d'ordre⁵⁷ ». Si le travailleur indépendant est souverain dans son activité, il dépend toutefois de son donneur d'ordre (client, ...) ou, pour les infirmières libérales, du tiers gestionnaire (Bouchayer, 2011) et de ses partenaires d'activité (patients, personnes qualifiées de dépendantes, autres professionnelles, famille), ce qui est une caractéristique commune supplémentaire entre infirmière libérale et travailleur indépendant.

1.5 Conclusion du Chapitre 1

C'est pourquoi nous pouvons conclure que qualifiées de libérales par le statut juridique qu'elles adoptent, les infirmières du même nom présentent des caractéristiques qui les éloignent des infirmières salariées hospitalières et les rapprochent des Cadres par certains aspects, mais aussi des travailleurs indépendants non libéraux par d'autres, sans pour cela incarner ce que la sociologie des professions a défini comme étant une profession libérale. Il leur manque le prestige, les études longues, le maniement des arts du verbe et du nombre⁵⁸. Les infirmières libérales ne sont pas une profession libérale comme les autres.

⁵⁶ Source «Enquête conditions de travail 1991», in Hamon-Cholet, 1998, cité par INSERM, 2011 : 17.

⁵⁷ Code du Travail, Article L8221-6-1, créé par la LOI n°2008-776 du 4 août 2008 - art. 11 dite loi de modernisation de l'économie (LME).

⁵⁸ Les multiples traductions anglaises de la locution « profession libérale » illustrent les différentes caractéristiques que nous venons d'investiguer. *Professions* est le terme consacré pour parler des professions libérales au sens général (celles qui ont des études longues, des hauts revenus, du prestige, une autorégulation par une instance de représentation professionnelle). *Regulated profession* est une autre traduction mais elle insiste sur la réglementation (profession réglementée) quand *self-employed profession* souligne le caractère de libre entreprise du travailleur indépendant. Nous venons de montrer que lorsqu'on cherche à situer les infirmières libérales par rapport à d'autres professionnels, leurs caractéristiques les rapprochent des travailleurs indépendants. C'est pourquoi nous avons fait le choix, dans le résumé de la thèse qui porte en grande partie sur le statut des infirmières libérales, d'utiliser le terme de *self-employed nurses*. Ailleurs, sur des thématiques s'inscrivant sur le fait de travailler à domicile, nous pourrions aussi

Mais alors qui sont-elles ?

Vouloir définir les infirmières libérales avec précision, par ce qu'elles sont et non seulement par ce qu'elles ne sont pas, invite à étudier comment elles travaillent, dans quelles conditions, avec qui, et selon quelle organisation de leur travail, mais aussi quel sens elles donnent à leur travail. La position des infirmières libérales dans l'échiquier des professionnels de santé, et du système de santé de façon plus large, ainsi que la « nature de leur profession » (Becker, 2006), comme les conditions et l'environnement professionnel dans lequel les infirmières libérales exercent sont le résultat de la trajectoire de leur groupe professionnel. Le chapitre prochain tentera de définir (qualifier) les infirmières libérales à partir de la place qu'elles occupent aujourd'hui dans l'espace public, place comprise comme le résultat d'une trajectoire de groupe professionnel.

parler de *visiting nurses* qui rend compte des déplacements professionnels mais ne dit rien (en français) de leur statut.

Chapitre 2 : Les infirmières libérales : tentative de définition à partir de leur place dans l'espace public

Les infirmières libérales produisent collectivement une argumentation économique à un projet politique. Mais qui prononcent de tels discours ? Sont-ils entendus par les pouvoirs publics ? Quelle place les infirmières libérales occupent-elles dans le système de santé en France ? Comment se fait-il qu'elles occupent cette place-là et pas une autre ?

Les discours syndicaux sont construits sur les avantages économiques que représenterait la réalisation d'une mission de service public par les infirmières libérales plutôt que par des médecins ou des services hospitaliers, plus coûteux ; ils véhiculent aussi l'idée que cette mission donnerait un sens politique au travail infirmier libéral. Pour accomplir cette mission, les infirmières libérales réclament une autre place dans le système de santé, avec une marge de manœuvre plus grande. Mais l'argumentation économique chez les infirmières se heurte à une contradiction des pouvoirs publics d'où émanent à la fois des injonctions formelles à passer à l'acte de façon à acquérir une autonomie, en même temps que ces pouvoirs publics se dotent d'outils pour limiter les initiatives infirmières et renforcer les contrôles. Quant au projet politique de jouer un rôle de « service public », la question se pose de savoir si ce n'est pas plutôt un projet de valorisation du groupe professionnel infirmier qui chercherait à se détacher du joug des médecins. Ne s'agirait-il pas d'un souci de soi dans le sens de Michel Foucault (1984b), à savoir une éthique visant à acquérir une forme de liberté ? Ce souci de soi qui permet d'accorder de l'importance à sa propre conduite qui devient alors réfléchie et volontaire et vise à « *faire de (sa) vie une œuvre qui porte certaines valeurs esthétiques et réponde à certains critères de styles* » (Foucault, 1984a : 16). Ainsi, ce que proposent les syndicats, à savoir produire un équilibre stable entre la liberté des infirmières libérales et celle des autres acteurs du système de santé français peut être lu à l'aide de

la notion du souci de soi ; le soi étant ici pensé comme le groupe professionnel des infirmières libérales.

Pour répondre à la question de savoir qui sont les infirmières libérales et quelle place elles occupent dans le système de santé en France, nous commencerons par présenter la dimension éco-politique que les infirmières libérales donnent collectivement à leur travail (2.1.), avant de décrire comment les infirmières dans un premier temps, puis les infirmières libérales dans un deuxième temps s'inscrivent dans la trajectoire d'un groupe professionnel qui s'est construit dans une tension entre médecins d'un côté et pouvoirs publics de l'autre. C'est ainsi que seront présentées successivement l'histoire de leur métier (2.2 et 2.4) ainsi que la définition juridique de leur profession⁵⁹ (2.3. et 2.5.). Ce chapitre a pour but de présenter une mise en perspective des fondements historiques des propriétés du métier d'infirmière libérale avec le contexte juridique d'aujourd'hui ; un contexte juridique qui agit comme un courroie de transmission de décisions politiques gestionnaires prises dans le contexte économique actuel qu'est celui de la réduction des dépenses de santé.

2.1 Sens éco-politique des soins infirmiers libéraux en France

Notre travail d'enquête nous a amenée à recueillir les discours syndicaux à propos du travail et du statut des infirmières libérales. Pour cela, deux sources différentes. La première est un Livre Blanc édité par le syndicat Fédération Nationale des Infirmiers (2012), qui nous a été commenté par un délégué syndical ayant reçu mandat national par le passé, et endossant, au moment de l'enquête, des responsabilités régionales. La seconde source est un congrès national annuel d'un autre syndicat, le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIIL) auquel nous avons pu assister pour y mener des observations⁶⁰. À l'occasion de ses vingt ans, ce syndicat s'est offert une réflexion sur l'autonomie de la profession. Au-delà des querelles intersyndicales, nous proposons de grouper l'ensemble des données recueillies auprès de ces deux sources pour dresser une image unique de ce que sont les infirmières libérales vues par deux de leurs syndicats. Les discours syndicaux dominants montrent une volonté de faire reconnaître les infirmières libérales comme une solution aux défis de santé, notamment dans leur aspect économique.

⁵⁹ Profession est le terme juridique consacré pour parler des infirmières (en référence au Code de Santé Publique qui régleme les professions de santé)

⁶⁰ Congrès national du SNIIL, Toulouse, 9 octobre 2013

Les infirmières libérales se présentent comme ayant un poids économique : « *Les infirmiers et infirmières libéraux sont au deuxième rang des microentreprises au niveau national selon une enquête INSEE. C'est une force économique* » déclarera un infirmier libéral représentant de l'Union Régionale des Professions de Santé de la Haute Normandie présent au congrès du SNIIL⁶¹. Le poids économique des infirmières libérales se mesure, dans les discours infirmiers, à leur effectif, mais aussi en termes d'efficacité comme le souligne l'ancienne présidente de l'Ordre des Infirmières canadien qui rappelle que l'OCDE⁶², comme l'OMS, s'accordent sur le fait que les infirmières sont les professionnelles de santé les plus efficaces, les moins coûteuses, celles qui ont la meilleure rentabilité lorsque se présente un problème de santé publique. Le rôle économique des infirmières libérales est souligné, dans les discours syndicaux, comme étant un gain pour la société (les infirmières coûtent moins cher que les médecins). Les syndicats réfléchissent en termes d'efficacité, de façon à faire diminuer leur coût social. Cette conscience de leur poids économique se double de revendications tarifaires. Les infirmières libérales demandent une revalorisation de leurs honoraires et un partage différent des ressources entre les différentes professions de santé, revalorisation qui va dans le sens d'une plus grande reconnaissance (de la part des médecins et de la part des institutions) du rôle qu'elles jouent dans l'économie du système de santé.

À partir de cette prise de conscience, les infirmières libérales réclament leur droit à une plus grande autonomie. Les deux syndicats sont à l'unisson pour revendiquer que les infirmières libérales, en France, soient reconnues comme des infirmières « de territoire », de « domicile », ou de « famille »⁶³, de la même façon que les médecins généralistes sont compris comme médecins de famille.

En même temps que les infirmières réclament, comme un dû, une autonomie plus grande, les institutions les invitent à passer à l'action pour acquérir cette autonomie. Chacun attend un geste de l'autre. Ces injonctions à l'action prennent des formes multiples. Ce pourra être la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé⁶⁴, qui s'adresse, par l'intermédiaire d'une vidéo, aux participants au congrès syndical déjà évoqué pour appeler les infirmières libérales à s'engager. « *Engagez-vous !* » leur

⁶¹ En effet, dans la source « Dénombrement des entreprises et établissements » de l'INSEE 2015, parmi les professions libérales, les infirmières libérales (regroupées avec les sages-femmes libérales) sont au deuxième rang des effectifs, après les métiers de la rééducation (kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, ...) regroupés avec les pédicures-podologues.

⁶² OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques ; OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

⁶³ Les appellations diffèrent selon les porte-parole.

⁶⁴ Marisol Touraine en 2013

intime-t-elle à propos de la « coopération » avec les médecins. Ou encore cette même ministre qui parle des nouveaux modes de rémunération (NMR) en disant aux infirmières qu'il s'agit « *d'outils que vous attraperez* ». C'est donc des injonctions à agir qui arrivent du ministère, relayées par un représentant de l'ARS⁶⁵ locale qui déclarera : « *il faut que les infirmières forcent les barrages* », toujours à propos de ces nouveaux modes de rémunération. Les infirmières sont également invitées par l'ARS à « prendre (leur) place » dans le domaine de l'éducation thérapeutique des patients. Ce discours rejoint celui tenu par une représentante de la CPAM⁶⁶ qui relève que « *la profession infirmière a du mal à se mettre en valeur* » et que c'est à elle, et elle seule de le faire. Au-delà des instances nationales, l'OMS presse les infirmières à « *prendre leur avenir en mains* » lors d'un congrès auquel une ancienne présidente de syndicat était présente et dont elle rapporte les propos.

Or ces discours institutionnels, enjoignant tous à l'action infirmière, se heurtent aux limites de la conception du travail infirmier véhiculée par ces mêmes institutions. Le travail infirmier y est compris comme une division du travail médical. La présentation de la Stratégie Nationale de Santé par la ministre des Affaires Sociales et de la Santé, le 23 septembre 2013, l'illustre en y citant le travail des paramédicaux comme devant se situer « autour du médecin ».

Par ailleurs, les institutions nationales possèdent leurs propres instances de production de données. Or les résultats de l'analyse de ces données ne vont pas dans le même sens que l'analyse qu'en font les syndicats infirmiers libéraux. Ainsi, en 2015, l'IRDES⁶⁷ mesure l'accessibilité potentielle aux soins en mettant en relation le niveau d'activités des infirmiers libéraux sur un territoire donné, et le taux de recours à leur service, différencié par âge des habitants de ce territoire. Le taux obtenu montre des disparités géographiques qui amènent les auteurs de l'étude à conclure qu'en « *se répartissant de façon non homogène sur le territoire français, les infirmières libérales ne fournissent pas une offre homogène sur ce territoire et que les discours d'être un acteur de santé publique ne s'accompagnent pas d'une offre égale pour tous les français* » (IRDES, 2015 : 81). Dans le même temps, la Cour des Comptes dresse un rapport dénonçant la progression non maîtrisée des dépenses de soins infirmiers libéraux par le ministère chargé de la santé et l'Assurance Maladie (2015 : 321 et

⁶⁵ ARS : Agence Régionale de Santé

⁶⁶ CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

⁶⁷IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.

<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>, p. 81.

suivantes⁶⁸). Les comportements des professionnelles sont pointés du doigt. Il y est question de fraude. Mais le rapport souligne le fait que c'est parce que l'occasion leur est donnée de facturer plus d'actes et de majorations (tout en suivant les prescriptions médicales) que les infirmières induisent plus de dépenses à l'Assurance Maladie⁶⁹. Ces occasions sont entre autres la création de nouvelles lettres-clés en 2012 (MAU, MCI⁷⁰). Le rapport insiste sur l'insuffisance de régulation par les instances nationales (État, Assurance Maladie) comme le souligne cet extrait :

« Les données disponibles mettent en évidence que la dynamique des dépenses ne découle pas uniquement, voire principalement, des facteurs objectifs que constituent le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, mais est entretenue par celle de la démographie des professions concernées, du fait de quotas d'entrée en formation qui, après le passage aux 35 heures des établissements de santé, se sont stabilisés à un très haut niveau au lieu de décroître. Elle est soutenue aussi par des disparités considérables de répartition territoriale qui se creusent sans cesse davantage. » (p. 343)

Ces différents rapports ne semblent pas aller dans le sens des discours infirmiers même si, quelquefois, les solutions envisagées par la Cour des Comptes aux problèmes de dépenses liés aux soins infirmiers rejoignent certains discours syndicaux. C'est le cas des « pratiques avancées », c'est-à-dire des actes qui relèvent aujourd'hui des attributions des médecins (Cour des Comptes, 2015 : 339) qui pourraient être confiées à des infirmières à domicile⁷¹. Mais les autres propositions faites aux infirmières entrent

⁶⁸ Cour des Comptes, 2015, La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre IX : les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai, Septembre 2015, www.ccomptes.fr

⁶⁹ Les infirmières libérales facturent les actes posés à leurs patients. Ces factures peuvent être directement adressées aux caisses d'Assurance Maladie qui assurent ces patients. Sur la facture (appelée feuille de soins), les actes posés sont traduits en lettres-clés affectées d'un coefficient qui permettent d'en donner le prix (la valeur unitaire de l'AMI = 3,15 €, de l'AIM = 2,65 €, de la DI = 15 pour la première, 10 € pour les suivantes). De plus les infirmières peuvent majorer ces actes dans plusieurs situations : en cas de déplacement à domicile (indemnité forfaitaire de déplacement : IFD = 2,50 + une indemnité par kilomètre parcouru, tarif variable selon que le cabinet est implanté dans une région de plaine ou de montagne : IK = 0,35 à 0,50), en cas de moment particulier des soins (majoration de nuit : MN = 9, 15 à 18,30 € selon l'horaire du soin, majoration de dimanche : MD = 8 € de jours fériés : MF = 8 €).

⁷⁰ Ces deux nouvelles lettres-clés sont applicables lorsqu'il s'agit d'un acte unique (Majoration Acte Unique : MAU, d'une valeur de 1,35 €) ou dans le cadre de prise en charge de personnes nécessitant des pansements complexes ou en situation de soins palliatifs, pour lesquels il leur est demandé un travail de coordination, c'est-à-dire d'évaluation, de réajustements et d'information (Majoration de Coordination Infirmière : MCI d'une valeur unitaire de 5 €). Ces deux lettres clés ont été créées par l'avenant n°3 de la Convention Nationale, conclu le 28 septembre 2011.

⁷¹ Selon la définition consensuelle du Conseil International des Infirmiers adoptée en 2008 : "Une infirmière de pratique avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les

en confrontation avec les revendications infirmières. L'exemple du mode de rémunération est illustratif de cette opposition. Le paiement pourrait devenir un paiement au forfait. Or les infirmières libérales rencontrées ont toutes exprimé combien elles tenaient au paiement à l'acte qui leur semble refléter au plus près leur activité, et craignent qu'un paiement au forfait efface et ne reconnaisse pas une partie de leur activité⁷². Cette estimation va à l'encontre de ce que préconisent les rédacteurs du rapport de la Cour des Comptes en page 341 :

« De même, pourrait être établi un forfait de prise en charge pour le maintien à domicile des personnes âgées, qui serait l'occasion de mieux différencier la réalisation effective de soins infirmiers d'actes d'hygiène relevant de l'aide au maintien à domicile. »

Il se pourrait que les pouvoirs publics (ministère et Assurance Maladie), s'ils suivaient les propositions de la Cour des Comptes, ne se retrouvent plus en accord avec les infirmières et que celles-ci ne puissent pas compter sur eux pour mettre en place de nouveaux dispositifs promouvant l'autonomie des infirmières, comme le leur intimait la ministre. En effet, ces rapports continuent à penser la division du travail à partir du travail médical. Les pratiques avancées infirmières elles-mêmes sont conçues par rapport à l'activité médicale. Il semblerait que la priorité ne soit pas tant de promouvoir les infirmières que de faire glisser des tâches médicales « routinières » (consultations pour des pathologies chroniques stabilisées par exemple) vers des professionnelles moins coûteuses, de façon à dégager des économies⁷³. Mais surtout, ce dernier rapport prône une meilleure régulation (démographie, répartition géographique, quota d'entrée en formation) et un plus grand contrôle des professionnelles, de leur activité et de leurs facturations. Les infirmières n'ont pas le passé houleux des relations entre médecins et

caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée".

La pratique avancée en soins infirmiers est centrée de manière privilégiée sur le domaine de la pratique clinique, elle se distingue des pratiques habituelles et s'inscrit dans la discipline infirmière dont elle partage les valeurs, les cadres de référence et le cœur de métier. Cette notion est importante car le métier socle reste celui d'infirmier.

Généralement, on distingue deux fonctions infirmières sous le terme faïtière d'IPA : l'infirmière praticienne et l'infirmière spécialiste clinique. Les domaines approfondis de la praticienne sont la cancérologie, la gérontologie, les maladies chroniques et la dépendance, la santé mentale. La spécialiste clinique se situe plus sur la coordination du parcours complexe, et participe à la démarche qualité.

(Source : site internet « infirmier.com »).

⁷² Discours qui se retrouve dans une tribune rédigée par un troisième syndicat (Convergence Infirmière) parue dans le Journal International de Médecine en date du 26 mars 2016.

⁷³ La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé propose (Titre III, Chapitre 2) l'exercice en pratiques avancées par les auxiliaires médicaux. Il est à ce propos intéressant de noter que l'exercice en pratiques avancées par les auxiliaires médicaux est présenté comme un moyen innovant de « garantir la pérennité de notre système de santé » (il s'agit de l'intitulé du Titre III), et non comme une reconnaissance de nouvelles compétences professionnelles accordées aux auxiliaires médicaux.

État (Hassenteufel, 1997 ; Tabuteau, 2013), elles ont marqué moins de résistance et d'oppositions dans les négociations, et elles acceptent plus facilement le cadre gestionnaire dans lequel elles évoluent⁷⁴. La protection étatique dont parle Florent Champy (2012a) prend plutôt la forme, ici, d'une instance de contrôle. Le levier des arguments économiques que les syndicats infirmiers libéraux mobilisent pour argumenter une plus grande autonomie et se détacher des médecins semble être interprété différemment par les instances nationales, qu'elles soient d'évaluation, de décision ou de contrôle. Ce qui ne va pas dans le sens d'une plus grande autonomie professionnelle infirmière.

Mais alors que les velléités autonomistes infirmières ne trouvent pas de point d'ancrage avec leurs arguments économiques, les syndicats infirmiers libéraux continuent d'exprimer un « dessein social » (Flexner, 1915) et de porter un projet politique. La volonté d'occuper une autre place dans le système de santé, et d'y jouer un autre rôle de « service public » est en effet un dessein social infirmier. Et dans ce but, il existe une mobilisation collective, au niveau des syndicats, qui proposent, dans le cadre de l'exercice de la profession d'« infirmière de famille » évoquée plus haut, des consultations infirmières et des prescriptions de méthodes diagnostiques par exemple. L'argument des syndicats est que ces prérogatives existent dans des textes de lois qui ne sont pas appliqués⁷⁵, un devoir de formation initiale et continue devant être fait au préalable. Les syndicats infirmiers libéraux se veulent ici force de proposition en repensant la distribution des tâches.

Or nous venons de voir que les injonctions de la part des institutions peuvent être dissonantes, incitant les infirmières à l'action en même temps qu'entravant toute initiative. Le passage à l'action est incité en ce qui concerne une mobilisation des infirmières à l'intérieur d'un territoire qui leur est ouvert (les nouveaux modes de rémunération, l'éducation thérapeutique, ...), territoire mis en place par les politiques publiques et dont les infirmières libérales ne veulent pas forcément. Les entraves, quant à elles, concernent une extension de leur territoire d'action professionnelle, que les infirmières réclament mais qui nécessite les moyens de former la profession pour mettre en œuvre ce qui est prévu dans les textes qui la réglementent. Cette dissonance révèle

⁷⁴ Les infirmières libérales sont les premières des professionnels de santé à avoir signé un avenant à leur Convention Nationale leur retirant le droit de s'installer librement (source : Article de Sandrine Blanchard, « Vive les infirmières ! », Le Monde en date du 29 avril 2009). Cette décision a été entérinée dans l'Avenant n°1 de la Convention Nationale, conclu le 4 septembre 2008 et dont l'arrêté est applicable depuis le 18 avril 2009, avenant revu le 28 septembre 2011, donnant lieu à l'avenant n° 3, approuvé par arrêté le 25 novembre 2011 (Journal Officiel du 26 novembre 2011).

⁷⁵ En effet, une étude récente de Céline Roynier (2015) montre que les professions de santé se définissent, en France, par une combinaison de critères de qualification et d'actes. Seuls les médecins généralistes et les infirmières se définissent avec un troisième critère : celui de mission du système de santé.

des conceptions différentes du métier, de la part des pouvoirs publics d'un côté, et de la part des infirmières de l'autre. Le groupe professionnel des infirmières libérales est considéré comme une courroie de transmission des politiques publiques par les pouvoirs publics (Demailly, 2001), alors que les infirmières se considèrent comme une force de proposition.

Cette force de proposition apparaît dans le Livre Blanc de la FNI (2012), comme lors du Congrès du SNIIL. L'exemple des EBN est parlant. Les EBN signifient les Evidence-Based Nursing⁷⁶. Cette forme de soins infirmiers repose sur l'idée que la pratique clinique infirmière doit être conçue sur la connaissance du niveau de preuve de l'efficacité de tout acte infirmier. Il s'agit, pour les infirmières de faire de la recherche en soins infirmiers, avec un protocole de recherche proche de ce que peuvent proposer les médecins, de façon à proposer une « pratique basée sur les données probantes », comme le fait la Evidence-Based Medicine, ou médecine basée sur la preuve ou encore « médecine des preuves » (Lepape, 2007). Pour l'EBN, comme pour les « pratiques avancées », la profession médicale et ses spécialités servent de modèle aux initiatives infirmières. Les infirmières donnent à entendre qu'elles souhaitent se distancer des médecins mais donnent à voir qu'elles souhaitent les imiter.

Prises en étau entre les contradictions qui les lient aux médecins et celles qui les lient aux pouvoirs publics, contradictions consubstantielles à leur pratique, les infirmières libérales, par l'intermédiaire de leurs syndicats, continuent à porter un projet qui donne un sens politique à leur métier. En effet, l'activité professionnelle est politique quand « *elle ne se limite pas à l'utilisation d'un savoir technique au service d'objectifs prédéterminés, mais qu'elle suppose aussi la définition des fins de l'activité dans le cadre d'une négociation dont les enjeux dépassent les intérêts des acteurs qui y sont impliqués* » (Champy, 1998 : 9).

En portant ce projet politique, en se mobilisant dans ce projet, le segment professionnel des infirmières libérales pourrait alors être questionné comme constituant ou non une profession, et plus particulièrement une profession à pratique prudentielle, c'est-à-dire une profession qui prend le temps de la délibération collective nécessaire à la détermination d'une finalité commune (Champy, 2012c).

⁷⁶ EBN : « La pratique infirmière basée sur les données probantes (evidence-based nursing) est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse d'informations en provenance de recherches scientifiques et basée sur des théories, permettant de prendre des décisions sur les soins à dispenser en tenant compte des ressources disponibles ainsi que des soins et des préférences des patients. Le transfert des connaissances issues de la recherche dans la pratique est un élément essentiel pour veiller à ce que les soins aux patients soient basés sur des principes scientifiques. » (Source : Chouinard *et al.*, 2015 : 36)

2.2 Histoire des infirmières ou une mémoire tronquée

Avant de chercher à savoir si le segment des infirmières libérales répond aux critères d'une profession à pratique prudentielle, nous pouvons nous arrêter sur le groupe professionnel des infirmières dans leur intégralité, puisqu'avant d'être libérales, ces professionnelles sont avant tout des infirmières. Les infirmières d'aujourd'hui répondent aux différents critères explicités par Didier Demazière et Charles Gadéa (2009) pour définir un groupe professionnel : la mise en place d'une rhétorique professionnelle (avec notamment la création de l'Ordre National des Infirmières et des Infirmiers le 21 décembre 2006, et la rédaction d'un code de Déontologie à ce jour examiné par le Conseil d'État et l'Autorité de la concurrence), la création de professionnels avec le processus de socialisation qui l'accompagne, la recherche d'un territoire aux frontières délimitées qui, chez les infirmières, prendra l'aspect de la reconnaissance d'un rôle propre, le développement de théories (ici, de soins), l'organisation du travail, la recherche d'une autonomie qui pourrait satisfaire une quête identitaire, qui se double d'une quête de reconnaissance (par la Recherche en développant une recherche infirmière, par l'Université avec l'universitarisation de la formation, par exemple).

Nous souhaiterions ici ajouter un autre élément que nous jugeons constitutif de ce groupe professionnel : son histoire. Ou plutôt, les discours sur cette histoire. En effet, dans le cadre de notre recherche, les infirmières rencontrées ont, à plusieurs reprises, évoqué le passé religieux de leur métier, soit comme un héritage, soit comme un élément dont il faut savoir se distancier. Pour nous, le fait qu'elles se réclament d'un passé religieux commun agit comme un catalyseur fédérateur du groupe professionnel infirmier. Or, l'étude des faits historiques permet de montrer que ce discours n'est que rhétorique, car si un héritage religieux est indéniable en termes de valeurs professionnelles et savoir-être transmis, l'acte de naissance des infirmières françaises est médical, laïc et républicain. Il n'est pas religieux. D'ailleurs, comme nous allons le voir dans la brève histoire des infirmières hospitalières qui suit, les infirmières d'aujourd'hui ont même écarté de leur héritage religieux les velléités autonomistes portées par les congrégations religieuses.

Si, selon Isabelle Feroni (1994), l'infirmière moderne apparaît seulement en 1880, longue est l'histoire de l'art infirmier. Avant d'être professionnalisé, cet art de soigner en dehors de la sphère domestique était confié à une catégorie de la population, notamment les religieux. Comme nous le rappelle Jacques Saliba, l'étymologie du mot infirmière découvre son origine latine dans le terme *infirmus* qui signifie « faible », physiquement et moralement. Par action du préfixe -in- privatif, l'infirmes est celui qui

n'est pas ferme, qui n'est pas fort. De la même façon qu'une hypothèse infirmée est celle à qui l'on a retiré son crédit, sa force. La faiblesse de l'infirmes, quelle qu'en soit l'origine ou la nature, favorisera son hébergement dans l'« enfermerie », lieu d'accueil des « *étrangers, pèlerins, nécessiteux prisonniers, handicapés ou malades* ». Il y sera aidé par l'« enfermier », celui qui « *s'occupe des hôtes dans le besoin* » (Saliba, 1993 : 13). Tout comme pour la « nurse » anglaise qui trouve son étymologie dans le fait de nourrir, l'enfermier s'occupera de subvenir aux « manques chez autrui ». Il n'est pas encore question de métier. La part de la population qui s'occupe de ces « infirmes » relève des ordres religieux car le système proposé par la société française d'alors (Moyen Age) est mis en place par les chrétiens qui proposent hébergement et prise en charge des personnes « infirmes ». La nature charitable de l'action de l'enfermier est contenue dans sa mission. C'est donc au fil des siècles que la religion va permettre de donner du sens à l'action de s'occuper d'autrui : « *la foi partagée fournit 'force' et 'énergie vitale'(...) Il faut donc la consolider, la communiquer et la partager. C'est cette foi qui guérit, et non la thérapeutique.* » (Saliba, 1993 : 15). Les valeurs chrétiennes seront le lit des valeurs des actions de ces « aidants » ; ou plutôt des « aidantes » car les ordres féminins peuvent s'occuper des femmes malades, selon la stricte séparation des sexes dictée par l'Église, mais aussi des hommes dont le statut de malade, d'affaibli, enlève toute érotisation à la relation. En effet, les femmes étaient jusque-là traitées avec méfiance « *comme ferment de corruption, de désordre* ». Maintenant « *vêtues de robe blanche, symbole de pénitence, ces femmes doivent pratiquer la chasteté, l'obéissance absolue, l'humilité, l'aumône et la charité. Ces vertus apaisent pour un temps les suspicions du peuple et garantissent à l'Église l'intériorisation d'un solide système de valeurs comme sous-bassement de la personnalité de la femme religieuse ou laïque dévote.* » (Wenner, 1988 : 20). Saliba rajoute que, « *(d)é fait, sur une longue période historique qui s'étend des premiers siècles de l'ère chrétienne jusqu'à l'époque moderne, la religion va imprimer sa marque sur la pratique infirmière. Elle va lui conférer un sens, en fournir les valeurs et les motivations ; elle lui donnera aussi un cadre institutionnel, définira son contenu et son organisation.* » (Saliba, 1993 : 14). Le lien opéré par l'auteur entre organisation hospitalière des soins aux pauvres, prodigués par les religieuses, et organisation hospitalière comme cadre institutionnel à la pratique infirmière doit être explicite. C'est ce que fait Petitat : « *En outre, la complexité économique et administrative de ces grandes machines (les organisations congréganistes) devait faire peser de lourdes contraintes fonctionnelles. Il est très probable que nos pesanteurs technico-bureaucratiques hospitalières aient connu là leurs premiers développements, ce qui n'est pas le moindre des paradoxes* ». Plus loin, l'auteur rajoute, en parlant des années 1950 : « *Cette situation ira en s'accroissant, les communautés tenant à conserver les*

positions stratégiques : gestion de l'hôpital, des écoles d'infirmières, enseignement, direction des soins infirmiers, des départements, etc. » (1989 : 53).

Malgré une présence religieuse dans l'organisation et la gestion des établissements, les travaux d'historiennes montrent que l'héritage religieux sur les pratiques infirmières n'est pas si direct. Véronique Leroux-Hugon écrira même : « (...), *il reste que la laïcisation des soins scelle bien l'acte de naissance de la profession infirmière* » (1984 : 47). C'est l'évolution de la médecine et les réformes administrativo-politiques de l'hôpital qui créent l'infirmière en tant que professionnelle.

Autour du 16^{ème} siècle en France, les conflits entre religieux et laïcs apparaissent et peuvent prendre des formes virulentes. La médecine de cette époque évolue vers une plus grande empirie. Les dogmes qui la gouvernaient jusqu'à maintenant s'effondrent. Ces nouveaux médecins, « *plus présents, avides de clinique, soucieux de formation, convaincus de l'efficacité d'une bonne thérapeutique, exigent une application stricte et compétente de leurs prescriptions* » (Saliba, 1993 : 22). Se pose alors la question de la conception de l'engagement des religieuses dans les hôpitaux : leur mission est-elle d'aider au salut des âmes des souffrants, ou peuvent-elles aider les médecins ? Doivent-elles suivre leurs vœux et leur communauté, ou les prescriptions médicales ?

Plusieurs conflits entre religieuses et médecins jalonnent l'histoire hospitalière. À certaines périodes de l'histoire, en certains lieux (Hôpital de la Salpêtrière au 16^{ème} siècle par exemple), les supérieures pouvaient jouir d'une grande autorité au sein de l'organisation de l'hôpital, et d'une autonomie de penser et d'agir auprès des nécessiteux. Cette autonomie et cette autorité gênent les médecins dans l'exécution de leurs recommandations par les religieuses. Finalement, les médecins vaincront et avec eux, la « *victoire sera celle de la médecine et de la technique sur l'assistance charitable* ». Plus tard, ce sera la victoire des idées de la Révolution française. Celle-ci est à l'origine de réformes des institutions hospitalières (comme d'autres institutions) dans lesquelles les « *activités des personnels, leurs statuts, leurs rôles* » sont redéfinis, mais elle est aussi à l'origine de nouvelles « *représentations sociales (qui) bouleversent les attentes de la population à (l') égard (des soignants)* » (Saliba, 1993 : 28). La médecine clinique modifie la pensée médicale, la conception de l'homme ou de la femme souffrant, la relation du médecin au souffrant, mais aussi l'organisation du travail dans les hôpitaux. Le médecin devient le centre de cette nouvelle organisation. Il sera le bénéficiaire de ces restructurations. Cette histoire est celle de la médecine et de l'hôpital. Pas celle des infirmières.

La question se pose sérieusement de savoir si l'héritage religieux est un héritage pour les infirmières ou simplement la démonstration que dans l'histoire des soins, les

médecins laissaient à d'autres une partie du travail de soins : tantôt des religieux, tantôt des laïcs.

La suite de l'histoire montre que les médecins souhaitent que les soins qu'ils ne font pas soient tout de même faits selon leur propre conception.

Après la Révolution française, les religieuses continuent à prodiguer les soins à l'intérieur des hôpitaux, mais perdent leur aura spirituelle. On leur demande maintenant d'être au « service des citoyens ». État et Église ne sont pas encore séparés. Les politiques publiques verront quelques initiatives privées, catholiques, protestantes ou juives, venir au secours de cette nouvelle population qui arrive des campagnes pour grossir les rangs de l'industrialisation et la concentration de misère qui l'accompagne. Des initiatives laïques émergent également, plutôt en dehors de l'hôpital, dans les quartiers, les domiciles.

Puis la laïcisation de l'hôpital (qui débute en 1878 à Paris) relance le débat de la place des religieuses dans les hôpitaux et de la formation laïque des soignantes. Les impératifs hospitaliers (organisation du travail, directives administratives, prescriptions médicales, techniques de soins en constante évolution, ...) feront émerger le double besoin de laïcité et de compétence. Il sera demandé à Désiré Bourneville, médecin hospitalier et conseiller municipal de Paris, de créer des écoles permettant de former des infirmières. En 1878, il mettra en place des cours municipaux à la Salpêtrière et Bicêtre, à Paris. Porteur d'un idéal républicain laïc allant jusqu'à l'anticléricalisme, ce médecin comparera, dans son « Manuel de la garde malade et de l'infirmière » (1889), l'esprit d'obéissance et de soumission des religieuses et des infirmières pour convenir qu'il est exagéré de dire que cet esprit est l'apanage des seules premières. Au nom de la cohésion nationale, l'infirmière laïque devra être porteuse des qualités telles que dévouement, désintéressement, honnêteté, absence de vices ; qualités reconnues jusqu'ici aux religieuses (Feroni, 1994 : 25). Les écrits historiques parleront de « religieuses laïques » (Leroux-Hugon, 1992).

En créant les infirmières, les médecins ont tiré la leçon de l'expérience de travail avec les religieuses. Ils ont conservé ce qui leur convenait : la soumission, l'obéissance ; ont rejeté ce qui ne leur convenait pas : la soumission à Dieu, l'obéissance à l'Ordre ; et ont ajouté ce qui leur manquait : la formation aux principes et techniques de soins. En effet, les principes d'asepsie notamment, apparus avec l'ère pasteurienne, entraînent pour les soignants un réaménagement des procédés : « *Tous les gestes sont à repenser, à prévoir, à exécuter selon une chronologie précise, dans un espace qui oppose soudain 'une immensité pernicieuse et des îlots stériles'* » (Feroni, 1994 :13, citant Prevost, 1982). Ces nouveaux apprentissages peuvent soulever la polémique à l'intérieur même

du corps médical dont une partie craint pour les frontières de son territoire. Le *Journal des médecins et chirurgiens pratiques* publie une analyse critique du manuel du Dr Désiré Bourneville : « *C'est une question bien controversée de savoir s'il est utile d'instruire une garde-malade ou s'il vaut mieux la laisser servante docile même ignorante du médecin. Nous avouons sans crainte pour notre part que nous considérons l'instruction donnée trop étendue aux infirmières comme une prime à l'exercice illégal de la médecine, comme un obstacle nouveau à l'exercice de la médecine* » (...). *C'est bien dire qu'il* (le manuel de Bourneville) *nous paraît un peu trop avancé pour des infirmières destinées à rester privées d'initiative individuelle si elle veulent être de bonnes infirmières* » (Lucas Championnière, 1879 : 189-190)⁷⁷.

En 1902, la circulaire Combes donnant obligation aux préfets de créer des écoles d'infirmières précise que l'infirmière est la « *collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien* » (citée par Saliba, 1993 : 38). Si l'infirmière est désirée laïque, elle n'en est pas moins imaginée subordonnée aux médecins. La création de l'infirmière est un acte à la fois médical, hospitalier, laïc, et républicain. « *L'éthique de la science –qui exige le dévoilement des corps et leur connaissance – et celle de la religion –qui subordonne ces corps aux âmes, et les nie – sont incompatibles* » (Feroni, 1994 : 15).

Dans ce contexte, comment expliquer la prégnance de l'image religieuse à l'intérieur même du groupe professionnel d'aujourd'hui ? Nous posons l'hypothèse que la réponse réside paradoxalement dans la période qui suit l'acte de naissance laïc des infirmières et la circulaire Combes.

À partir de cette circulaire, les créations d'écoles d'infirmières emprunteront différents chemins. D'un côté, dans les pas de Désiré Bourneville seront créées des écoles laïques qui s'inscrivent dans l'idéologie d'une solidarité républicaine et permettent de ce fait à une partie féminine de la population peu ou pas instruite d'accéder à un niveau de formation, à un emploi et à des perspectives de carrière. Ce sera surtout vrai dans les villes ayant une Assistance Publique (Paris, Marseille). La morale enseignée est celle de la République, du service civil (qui remplace le service religieux).

D'un autre côté, des femmes chrétiennes, répondant à l'appel du christianisme social, entreprennent de former des filles issues de famille de « bonne éducation », inspirées en cela par le modèle anglo-saxon de Florence Nightingale (aristocrate anglaise qui s'est illustrée dans les guerres de Crimée en réorganisant les soins aux

⁷⁷ Voir Annexe 4

blessés sur les champs de bataille et en appliquant les mesures d'hygiène permettant la réduction du taux de mortalité de 42 à 2%). Ce sera le cas d'Anna Hamilton dont la thèse de médecine (rare femme médecin à soutenir sa thèse en 1900) porte sur le modèle de l'infirmière idéale. Elle défend l'idée, avec Florence Nightingale, que l'infirmière doit être une femme ayant de l'éducation : « (...) *le soin des malades est chose trop délicate pour être confiée à des employées subalternes. La « femme d'éducation » possède seule les aptitudes morales et intellectuelles pour se consacrer à cette tâche* » (Leroux-Hugon, 1984 : 55). Anna Hamilton prendra la direction d'une école à Bordeaux, dans laquelle les jeunes femmes recrutées ont connu « *le précieux travail que l'éducation opère année après année, et qui fait que la jeune fille de vingt ans (...) arrive possédant les qualités de douceur, de finesse, de réserve, de tact, de savoir-vivre, enfin la culture intellectuelle qui sont précieuses et indispensables pour former une bonne hospitalière* » (Hamilton Anna, 1909⁷⁸). De moralité indiscutable, les infirmières seront préférées célibataires car vie de famille et consécration aux malades semblent incompatibles. Au-delà de telles conditions exigées dans la conduite de leur vie, et qui peuvent paraître être des échos de la vie religieuse, c'est bien un nouvel espace professionnel qui est créé par des femmes, pour des femmes, et contrôlé par elles (Diebolt et Fouché, 2011). Une autre lecture du travail de Florence Nightingale a été faite par Eliot Freidson. Il voit dans la demande de celle-ci (que tout acte infirmier soit posé en fonction d'une estimation médicale du bien-fondé de cet acte pour le patient), la raison pour laquelle l'activité infirmière devient une activité « *subalterne dans la division technique des tâches attachées à la médecine* » (1984 : 71). Mais le Dr Anna Hamilton est ambitieuse : elle souhaite que les infirmières formées dans l'école qu'elle dirige deviennent des directrices d'hôpitaux. Le sentiment de devenir elles-mêmes actrices de leur destinée professionnelle restera vif dans l'esprit de certaines infirmières et perdurera jusqu'à nos jours. Il prend la forme de revendications, aux accents toujours anglo-saxons, prônant une certaine forme d'autonomie (Saliba, 1993).

Enfin, entre le modèle républicain de Désiré Bourneville et le modèle anglo-saxon de Florence Nightingale (relayé en France par Anna Hamilton), se dessine un troisième profil de formation infirmière. Léonie Chaptal, à Paris, en est le fer de lance. Cette infirmière (1873-1937), formée aux secours militaires, puis diplômée d'une école des hôpitaux de Paris en 1903, est issue d'une famille catholique. Elle est elle-même pratiquante. Elle créera, dès 1900, avant même d'être diplômée infirmière, et avec l'aide d'un médecin et de quelques bénévoles, un premier dispensaire parisien antituberculeux, puis un second dirigé vers les mères et leurs enfants, avant de

⁷⁸ Citée par Véronique Leroux-Hugon, 1984, p. 56.

« s'attaquer à la racine du mal : les mauvaises conditions de vie et d'habitat dans des logements vétustes et insalubres » (Magnon, 1991 : 38). Tout en acceptant l'idée d'une intervention étatique dans l'assistance aux nécessiteux et dans la formation des infirmières, elle pense que la charité chrétienne doit être engagée c'est-à-dire s'exprimer dans des relations humaines avec les pauvres. En fait elle suit l'esprit de deux encycliques pontificales datant de 1891 et 1892 qui enjoignent « les catholiques à investir l'action sociale », et plus particulièrement en France à rallier la République (Diebolt et Fouché, 2011). Elle propose de traduire les valeurs héritées du passé religieux des pratiques soignantes en morale professionnelle (Saliba, 1993). Cette morale fera l'objet d'une formation qui devrait permettre à l'infirmière d'endurer la confrontation à la souffrance et à la mort, mais aussi de s'oublier soi-même. Il s'agira d'adhérer à une éthique fondamentale, d'acquérir des règles de conduites en matière de relations, de mettre en pratique discrétion et neutralité... Son ouvrage sur la morale professionnelle de l'infirmière date de 1926. Mais, dès 1923, elle rédige une rubrique nommée « Morale professionnelle » qui paraît dans *L'Infirmière française*, jeune revue à laquelle elle accepte de collaborer. Les titres de ses articles sont les suivants : « l'obligation du secret professionnel », « bonté », « sympathie », « de l'initiative », « de la patience », « le courage du devoir », « de l'obligation de développer nos facultés, nos goûts, nos aptitudes » « de l'utilisation de l'enthousiasme », « sur le bon emploi du temps », « de la méthode dans le travail », « nécessité de l'habitude du silence », « faculté d'imagination ». L'ensemble de ces articles permet de dresser un portrait de ce que Léonie Chaptal entend par « Morale professionnelle » : un ensemble de qualités morales (telle que la bonté) et personnelles (telles que la sympathie, l'enthousiasme, le goût, l'imagination, ...) au service d'un travail formalisé (emploi du temps, méthodes dans le travail, initiatives, ...) sous-tendu par une éthique (devoir, secret professionnel, silence, ...). C'est un large programme qui s'éloigne des valeurs chrétiennes pour prendre l'habit de valeurs que Léonie Chaptal voudra faire reconnaître comme professionnelles. Cette femme se situe à une articulation dans la « construction » de l'infirmière car bien qu'elle soit encore porteuse des valeurs morales chrétiennes (elle définit volontiers la profession infirmière comme un engagement, un dévouement envers des patients vulnérables), elle y ajoute des dimensions qui seront valorisées dans ce qui deviendra le « professionnalisme » : méthode, gestion du temps, ... Elle ouvre le chemin à la « morale du savoir-faire (...) dépouillée de son frisson céleste » (Petitat, 1989 : 46). Mais il n'en persiste pas moins que cette conception enchantée de la profession sera donnée en héritage à des générations d'infirmières à qui l'on demandera de suivre leur « vocation », avec la connotation d'abnégation que cela implique.

Dès 1905 Léonie Chaptal crée une école privée, car elle est persuadée que les formations privées et publiques sont toutes deux nécessaires pour former l'ensemble des

infirmières dont le pays a besoin. Le modèle de son école inspirera les futures écoles de religieuses d'hôpitaux privés (Saint Joseph, Saint Michel à Paris). Car il y a encore des religieuses dans les hôpitaux. En effet, malgré la laïcisation de ces derniers et la création des cours municipaux d'infirmières par Désiré Bourneville, les religieuses, à la faveur du Concordat dès 1801 et plus encore de la Restauration (1815–1830) sont revenues officier dans les hôpitaux dont la Révolution française les avait écartées. Tout au long du XIX^{ème} siècle, les religieuses sont donc en la place et lorsque obligation est faite de créer des écoles, elles s'inscrivent dans ces dernières, s'y forment et pratiquent les soins infirmiers. Pendant plus d'un siècle, infirmières religieuses et infirmières laïques se côtoient dans les murs des hôpitaux, autour des malades⁷⁹. Il faut ajouter à cela que tous les médecins ne sont pas des républicains convaincus que l'on trouve essentiellement en milieux hospitaliers. Les médecins de ville et de campagne (Wenner, 1988 : 23) sont plus indulgents envers l'action des religieuses en matière de soins, notamment dans les campagnes où « *les médecins ne les voient pas comme des adversaires* ». Implantées en communautés, ayant ouvert des écoles, y ayant adjoint des dispensaires, elles assument des soins que certains médecins conservateurs catholiques leur délaissent volontiers : soins répugnants, soins aux mourants, ... (Leroux-Hugon, 1984 : 43). Les médecins défenseurs du maintien des religieuses développent des arguments fondés sur « *la disponibilité temporelle, l'engagement moral, le coût infime de cette main d'œuvre* », bref, « des vertus plus que (...) des compétences » (Feroni, 1994 : 18).

Si les infirmières parlent encore aujourd'hui d'héritage religieux dans leur profession, ce n'est pas tant en raison d'un héritage lié à la filiation qu'en raison d'un patrimoine acquis au moment de leur formation puis partagé dans la pratique professionnelle quotidienne. L'héritage religieux est patrimonial mais pas généalogique (les religieuses ont transmis l'aspect moral de l'activité infirmière mais n'ont pas signé l'acte de naissance juridique, qui lui, est lié aux médecins). Dans cette façon de voir les choses, nous nuancions les propos de Marie-Françoise Collière qui parle de filiation médicale patrilinéaire se superposant à une filiation religieuse matrilinéaire (Collière, 1982 :193).

Pour le dire autrement, l'histoire des soins infirmiers en France en tant que professionnalisation de la pratique désigne les médecins et l'évolution de l'hôpital comme responsables. Les aspects techniques sont une conséquence de l'évolution des connaissances médicales (anatomie, aseptie, ...). Les aspects relationnels du métier, ainsi que le savoir-être demandé aux infirmières (discrétion, sympathie, engagement

⁷⁹ En 1871, la proportion des religieuses dans l'ensemble des personnels hospitaliers est de 38 %. En 1926, elles sont encore 24 %. Ce ne sera qu'en 1973 que leur pourcentage avoisinera le 1 %. (Source : Voisin C., Faugère J.-P., 1981, cités par Feroni, 1994 : 20)

envers autrui, ...) trouvent leur source, quant à eux, dans des valeurs chrétiennes devenues civiles.

Aujourd'hui, les valeurs laïques sont revendiquées dans l'enseignement infirmier (Mercadier, 2013), en référence à la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Les connaissances en psychologie et sociologie nourrissent la formation initiale avec des outils permettant de nouvelles bases à l'aspect relationnel du métier mais aussi une réflexivité, et une prise de distance par rapport à ces valeurs religieuses.

En conclusion, nous pouvons dire que la certitude communément partagée et exprimée par les infirmières d'avoir eu un passé religieux perdue au-delà, d'une part, des nuances apportées par l'étude des textes historico-sociologiques qui relativisent cet héritage, et d'autre part, malgré les enseignements actuels permettant de donner un certain recul à cet héritage. Au-delà de l'explicitation qui consisterait à préciser si cette référence religieuse est rejetée ou au contraire revendiquée par les infirmières, le simple fait que ces dernières l'énoncent donne une existence sociale à ce discours. Ce balayage historique a permis, dans une perspective constructiviste, de montrer les différents aspects ayant contribué à l'histoire des infirmières en France (poids de l'institution hospitalière construite sur le modèle des établissements religieux de vie collective avec une hiérarchie marquée, une domination masculine -les médecins après les évêques (Petitat, 1989 : 50)-, importance des médecins dans l'acte de naissance des infirmières, ...) et comment l'ensemble de ces éléments influent aujourd'hui sur un discours qui ne reflète pourtant que partiellement le cours de l'histoire.

De leur héritage religieux, les infirmières ont retenu les valeurs morales mais ont occulté les vellétés autonomistes portées par les congrégations religieuses au moment de l'apparition de la clinique dans la médecine, ainsi que des vellétés d'autocontrôle soutenues par Anna Hamilton en particulier et les courants anglo-saxons plus généralement. Cette partie de leur histoire n'apparaît pas dans les discours infirmiers, elle semble méconnue ou oubliée. Les vellétés d'autonomie professionnelle infirmières sont pourtant régulièrement portées sur le devant de la scène comme le montre la littérature sociologique sur la « crise » des infirmières et sur la division du travail, évoquée précédemment.

La perspective historique ici proposée montre le rôle des médecins dans l'émergence des textes juridiques aux fondations du métier d'infirmière. L'État a également contribué à cette émergence.

« Dès lors que les hôpitaux publics se développent, une offre de soins infirmiers comme service marchand émerge et nécessite une demande de personnes qualifiées et organisées en tant que telles. Leurs services, pas plus que ceux des médecins, ne peuvent être confiés au marché concurrentiel libre sous peine de catastrophes (morts de clients mal soignés). Il faut donc que les clients et l'État qui les représente puissent s'assurer de la compétence juridique (attestée par un diplôme) des offreurs de services de soin. » (Dubar et al., 2011 : 81).

C'est donc un ensemble de textes de lois qui vont définir l'exercice infirmier. Nous proposons d'examiner les textes en vigueur aujourd'hui.

2.3 Définition juridique des infirmières ou les limites d'un territoire

Une infirmière, quels que soient son lieu d'exercice, l'institution dont elle dépend, le statut avec lequel elle pratique son métier, relève de textes juridiques figurant dans le Code de Santé Publique⁸⁰. Le cadre juridique que nous présentons est à comprendre comme un ensemble de limites normatives stables, *« comme des choses préexistant aux actions des individus, et contraignantes pour eux, (...), à l'intérieur desquels ils se déploient »* (Champy, 2011 : 16). Ce cadre juridique est à comprendre comme les limites d'un espace offrant des possibilités d'expression de pratiques professionnelles et non comme un déterminant de ces pratiques.

La définition juridique d'une infirmière paraît dans l'Article L4311-1 de ce Code et stipule la chose suivante :

« 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.

L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de

⁸⁰ Code de Santé Publique : Partie Législative, Quatrième partie : professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, Chapitre Ier : Règles liées à l'exercice de la profession.

réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique.

L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au troisième alinéa du I de l'article L. 5134-1 et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient. »

Cette définition insiste sur les relations entre infirmières et médecins, notamment en matière de prescription puisque les infirmières peuvent être amenées à prescrire des renouvellements de prescriptions initialement médicales. Le rôle propre, sur lequel les infirmières bâtissent la rhétorique de leur autonomie professionnelle, n'est que brièvement citée dans ce texte. Les autres articles (de L4311-2 à L4311-29) donnent les règles concernant l'acquisition du titre, ses équivalences avec les autres pays de l'Union européenne, les particularités de l'exercice psychiatrique, les obligations envers les autorités étatiques ou régionales.

Cette profession (nous reprenons ici le terme utilisé dans le code de Santé publique) est soumise à une organisation et à des règles professionnelles, notamment depuis la création de l'Ordre National des Infirmiers et Infirmières et ses échelons régionaux et départementaux (Articles L4312-1 à Article L4312-9). Par ailleurs, cette profession est soumise à des dispositions pénales en cas d'infraction dans le cadre de l'exercice des soins (Articles L4314-1 à L4314-6).

En dehors de ces textes spécifiquement adressés aux infirmières, le même Code de Santé Publique présente les dispositions législatives valables pour l'ensemble des professions réglementées par ce Code (professions médicales et auxiliaires médicaux) et précise les dispositions communes⁸¹ à prendre entre ces différentes professions en

⁸¹ Code de Santé publique, Partie Législative, Quatrième partie : Professions de santé, Livre préliminaire concernant professions médicales et auxiliaires médicaux : dispositions communes.

matière de coopération entre professionnels de santé, de gestion de la formation continue, de société interprofessionnelle de soins ambulatoires. Il est intéressant de noter que les invitations à travailler en coopération existent dès les textes législatifs définissant la profession.

Il faut aller dans la partie Réglementaire du Code de Santé Publique⁸² pour trouver une définition de l'infirmière exprimée en termes de pratiques, ou d'actes qu'elle est amenée à poser et non plus par ses relations avec les autres professionnels de santé. Il s'agit des Articles R4311-1 et suivants. Nous ne reproduisons et commentons ici que les trois premiers, l'Art. R4311-1 à R4311-3 :

Art. R 4311-1 : « L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »

Ce premier article souligne l'aspect organisationnel de l'activité infirmière, ainsi que son inscription dans un environnement (épidémiologie, secteur de la santé, du secteur social, médico-social, éducatif).

Article R4311-2 : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

⁸² Code de la Santé Publique, Partie Réglementaire, Quatrième partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre Ier : Règles liées à l'exercice de la profession.

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

Ce second article précise la nature des soins infirmiers ainsi que leurs objectifs, dans lesquels nous retrouvons l'environnement médical.

Il faudra attendre le troisième article pour voir apparaître la notion de rôle propre :

Article R4311-3 : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. »

Les articles suivants développent et dressent la liste des actes relevant de ce rôle propre, avant que ne réapparaisse, à partir de l'Article R4311-7, le rôle infirmier sur prescription médicale.

La présentation de ces extraits des textes réglementant la profession d'infirmière a pour but de montrer comment, au niveau de la loi, les actes infirmiers et les relations professionnelles sont liés à l'activité des médecins.

En conclusion de ces premiers paragraphes consacrés à la définition de ce qu'est une infirmière, nous pouvons dire que les deux approches historiques et législatives abordées ci-dessus ont permis de dresser un portrait des infirmières françaises duquel, d'une part, sont absentes leurs velléités autonomistes (c'est-à-dire la volonté qu'elles ont de se détacher des médecins auxquels les travaux d'historiens les lient) et dans lequel, d'autre part, apparaissent les limites de l'exercice de leur profession par les textes juridiques.

Dans le « segment » de ces infirmières (Bucher et Strauss, 1992) qui nous intéresse plus particulièrement dans ce travail, celui que forment les infirmières

libérales, les limites juridiques et surtout conventionnelles sont présentées par les sociologues comme « ce qui fait le métier » (Douguet et Vilbrod, 2007 : 146). Mais quel est donc ce métier d'infirmière libérale ?

2.4 Les limites juridiques et conventionnelles à l'exercice infirmier libéral

Les textes juridiques définissant les infirmières s'appliquent aux infirmières libérales. Mais ces dernières sont spécifiquement désignées par d'autres articles du Code de la Santé Publique leur intimant quelques obligations supplémentaires. Il en est ainsi de la représentation des professions de santé libérales à un niveau régional et de leur participation au projet régional de santé⁸³. Il en est de même des devoirs que les infirmières libérales ont envers leurs confrères ou consœurs : il s'agit d'articles interdisant la concurrence déloyale et le détournement de clientèle⁸⁴, ou encore de précisions concernant les conditions de remplacement en cas d'absence de l'infirmière libérale⁸⁵. En dehors de ces textes régissant les relations de l'infirmière libérale avec ses confrères ou consœurs, les autres textes concernent les obligations d'avoir un local aménagé procurant une sécurité aux patients⁸⁶, l'interdiction de considérer son activité comme un commerce (la publicité est interdite)⁸⁷, les obligations à en référer au médecin prescripteur en cas d'interruption des soins⁸⁸. Ces engagements et obligations sont inhérents au statut libéral des infirmières.

Mais lorsqu'une infirmière fait le choix de s'installer en libéral, elle se voit aussi proposer, par l'assurance maladie, de s'engager dans une convention qui la liera à ce tiers gestionnaire (Bouchayer, 2011). Cette Convention Nationale⁸⁹ organise les rapports entre les infirmières et infirmiers libéraux et l'Assurance Maladie. Il s'agit d'un accord signé entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie d'une part, et les syndicats

⁸³ Code de la Santé Publique, Quatrième partie : Professions de santé, Livre préliminaire : Dispositions communes, Titre III : Représentation des professions de santé libérales. Chapitre unique (Articles L4031-1 à L4031-7) et notamment l'article L4031-3 : « Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Les unions régionales des professionnels de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence. »

⁸⁴ Article R4312-42 du Code de la Santé Publique

⁸⁵ Article R4312-43 à R4312-47 du Code de la Santé Publique

⁸⁶ Article R4312-33 du Code de la Santé Publique

⁸⁷ Article R4312-37 du Code de la Santé Publique

⁸⁸ Article R4312-41 du Code de la Santé Publique

⁸⁹ Convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, publiée au Journal Officiel du 25 juillet 2007 (texte actualisé - 20 mars 2014). Convention réglementée par le Code de Sécurité Sociale.

professionnels libéraux d'autre part. Fruit de négociations, cette Convention oblige les infirmières libérales à respecter des engagements (tarifs, conditions d'installation, numérisation et télétransmissions des ordonnances et donc s'équiper des logiciels adéquats, ...) en contrepartie de l'obligation faite aux caisses d'Assurance Maladie de participer aux cotisations sociales des infirmières libérales dues au titre de l'assurance maladie, assurances vieillesse supplémentaires, et assurances familiales dans les zones démographiquement déficitaires en infirmières libérales⁹⁰. Il est possible pour une infirmière de ne pas accepter cette convention et de travailler hors-convention. Cette situation reste exceptionnelle car alors les soins qu'elle dispense ne seront pas remboursés par la Sécurité Sociale. Elle prend alors le risque de limiter sa clientèle. L'esprit de la dernière version de ce texte (mars 2014) porte sur la valorisation des infirmières libérales en les confortant dans un rôle de prescriptrices (dispositifs médicaux pour perfusion, pansements, sondages, par exemple), mais aussi sur des aspects plus contraignants comme l'injonction à la coordination entre médecin traitant et infirmière libérale par l'intermédiaire de la Démarche de Soins Infirmiers⁹¹, ou encore à la régulation de la démographie infirmière libérale en prenant des mesures de rééquilibrage de l'offre globale de soins infirmiers sur le territoire français en favorisant les installations d'infirmières en « zones sous-dotées », et en les limitant dans les « zones sur-dotées ». D'autres parties de la Convention portent sur les relations entre infirmières libérales et tiers gestionnaires (évaluation et suivi des activités infirmières en termes médico-économiques, modalités d'exercice conventionnel : relations avec l'Assurance Maladie par la télétransmission des facturations et ordonnances par exemple). Le contenu du dernier avenant de la Convention Nationale montre les termes de la négociation : plus d'autonomie par une extension des prescriptions possibles, en contrepartie de plus de contraintes (injonction à la coordination, contrôle de l'installation et de l'activité par le tiers gestionnaire). Le fait de pouvoir prescrire, qui est une forme de valorisation pour les infirmières, mais aussi la reconnaissance d'une certaine autonomie, est en fait un moyen de négociation pour l'Assurance Maladie. L'Assurance Maladie devient alors l'instance de régulation des pratiques infirmières libérales.

Comme le soulignent Florence Douguet et Alain Vilbrod, « *cette convention participe bien à constituer une profession particulière. Elle détermine quelles sont les attributions particulières des infirmières libérales, ce qu'elles sont habilitées à faire, et*

⁹⁰ Un rapport de la cour des comptes évalue cette prise en charge des cotisations sociales des infirmières libérales par l'Assurance Maladie à un avantage équivalent à 11% de leur revenu moyen (Cour des Comptes, 2015 : 338).

⁹¹ La Démarche de Soins Infirmiers est un outil expliqué et étudié plus loin. Il permet aux infirmières de faire l'analyse infirmière de la situation d'une personne.

donc ce qui les qualifie. De ce point de vue, la Convention est un moyen de borner un territoire d'exercice, de se le réserver et de se protéger des incursions. Les partenaires, de fait, délimitent un marché d'intervention et instituent ni plus ni moins un pré carré dont ils font leur affaire. En somme, c'est la Convention qui fait exister le métier » (2007 : 146).

Enfin, les infirmières libérales relèvent d'un autre texte de loi, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels⁹² qui permet de donner une valeur à chacun des actes posés. Chaque acte autorisé y est décrit, ainsi que sa cotation codée par une lettre-clé. Le tarif des actes est ensuite appliqué, en fonction de sa cotation. Dans cette nomenclature, les infirmières disposent de trois types d'actes :

- les actes médico-infirmiers (ou AMI) sont des actes techniques, directement prescrits par les médecins (injections, pansements, ...) ; ces actes ont une nature plus ou moins invasive, avec une notion de risque inhérente à les poser. Ils relèvent de ce que les infirmières nomment « le rôle délégué ».
- la démarche de soins infirmiers, abrégée par les infirmières en DSI⁹³, mais coté DI⁹⁴, correspond à l'analyse infirmière d'une situation. Le médecin prescrit la démarche à une personne à domicile. L'infirmière effectuera le recueil de données puis l'analyse de la situation, formulera des diagnostics infirmiers, déterminera des objectifs et les délais pour les atteindre, et proposera les actions à mettre en œuvre. Elle devra ensuite rédiger un résumé de ce travail, et présenter une prescription de soins infirmiers ou de programme d'aide personnalisée (avec des professionnelles de l'aide à domicile), avant de transmettre ce résumé au médecin prescripteur de la DI et au service de l'Assurance Maladie qui assure la personne, pour validation ;
- et des actes de soins infirmiers (ou AIS), posés dans le cadre de séances de soins infirmiers qui « comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier

⁹² Arrêté du 27 mars 1972 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, paru au Journal Officiel le 31 mars 1972. Depuis la loi du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la Liste des actes et des prestations (art L162-1-7 du Code de la Sécurité Sociale).

⁹³ DSI : Démarche de Soins Infirmiers

⁹⁴ DI : Démarche Infirmière

réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle » (NGAP⁹⁵).

Dans la pratique, les actes cotés en DI et AIS⁹⁶ relèvent du rôle propre de l'infirmière. Mais quel est ce rôle propre ? Il est peu évoqué chez les infirmières hospitalières car la division du travail hospitalier ne rend pas visible ce rôle dont une des caractéristiques est qu'il peut être délégué à d'autres catégories professionnelles. Basé sur une approche globale de la personne, le rôle propre infirmier se décline dans les actes par les soins en relation avec l'entretien du corps (hygiène, alimentation) et de l'esprit (soutien psychologique) qui sont, en milieu hospitalier, effectués par d'autres professionnelles que les infirmières, notamment les aides-soignantes (Arborio, 2001). À travers le rôle propre, « *(l)es infirmières revendiquent la constitution en compétences professionnelles de la dimension relationnelle du soin, la reconnaissance en qualification professionnelle de ce qui a longtemps été considéré comme le prolongement de qualités maternelles et féminines. Le rôle délégué de réalisation d'actes diagnostiques, thérapeutiques ou de surveillance prescrits par les médecins n'est plus que secondaire.* » (Lert, 1996 : 104). La reconnaissance de ce rôle propre est l'aboutissement de revendications portées par la profession (Feroni, 1994). Ce rôle propre est peu étudié dans les recherches sociologiques portant sur les infirmières hospitalières. Peut-être parce que, comme le souligne Françoise Acker en 1991, il n'est pas nodal dans les activités infirmières ; il est même certaines infirmières pour s'interroger « *sur la pertinence de la place centrale du rôle propre pour rendre compte de leur professionnalité* » (Lert, 1996 : 105).

Cette quête de reconnaissance des qualités relationnelles et des compétences nécessaires à l'administration de soins d'entretien de la vie n'est pas seulement rhétorique chez les infirmières libérales : celles-ci effectuent ce type de soins. La proportion d'actes cotés en AIS⁹⁷ ou DI montre que ce rôle propre est exercé de façon régulière. L'infirmière libérale exerce ainsi une forme de jugement personnel (c'est elle qui prescrit les séances cotées en AIS).

L'encadrement juridique et conventionnel des infirmières libérales questionne deux aspects de leur pratique professionnelle : le premier est celui de l'autonomie des infirmières libérales (conféré par le rôle propre qu'elles convoquent dans leurs

⁹⁵ NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

⁹⁶ AIS : Acte de Soins Infirmier

⁹⁷ En 2015, les infirmières libérales ont facturé un tiers de leurs actes avec une cotation en AIS. (Source : DREES, 2016, Portrait des professionnels de santé)

pratiques, mais aussi observé dans l'établissement des Démarches de Soins Infirmiers et des prescriptions), le second est le statut de libéral tel qu'il est pensé en sociologie.

En effet, le jugement personnel dont font preuve les infirmières libérales s'inscrit dans l'interprétation du cas présenté par la situation de la personne et dans le choix d'une possibilité de réponse à ce cas parmi un éventail de solutions possibles. Cet avis infirmier répondrait alors aux critères du premier niveau de jugement médical décrit par Paul Ricoeur (1996) et nommé par cet auteur le jugement prudentiel qui convoque une sagesse pratique⁹⁸ (traduction possible de *phronésis*) et une nature intuitive liées à l'enseignement et à l'exercice professionnel. « *La faculté de jugement (pour utiliser la terminologie kantienne) est appliquée à des décisions singulières où un patient individuel est placé dans une relation interindividuelle avec un médecin individuel.* » (Ricoeur, 1996 : 21). Ce premier niveau de jugement fait appel à ce que Florent Champy nomme l'autonomie de réflexion (2011 : 155). Mais pour ce dernier auteur, l'activité prudentielle mobilisant l'autonomie de réflexion et prenant en compte la conjecture n'est pas un facteur suffisant pour regrouper les professionnels qui s'y exercent sous le terme de profession à pratiques prudentielles : partir d'acteurs de pratiques prudentielles pour arriver à profession à pratiques prudentielles nécessite la constitution d'un collectif, d'un groupe qui jouisse d'une protection de l'État.

S'il s'avérait, d'une part, que les pratiques infirmières libérales puissent être qualifiées de pratiques prudentielles, et d'autre part, que l'encadrement juridique et conventionnel dont jouit le groupe professionnel lui serve de protection, alors nous pourrions suivre la classification proposée par Florent Champy et affirmer que les infirmières libérales sont une profession à pratiques prudentielles. En effet, pour cet auteur, les pratiques prudentielles non protégées relèveraient de métier et non de véritable profession. Qu'en est-il alors des infirmières libérales ? Nous proposons plus loin de poursuivre la tentative de qualifier le travail des infirmières libérales à partir de la façon dont elles s'organisent pour travailler à l'intérieur de l'espace circonscrit par les limites que la réglementation leur impose, mais aussi par le type de relations qu'elles nourrissent soit entre elles, soit envers des interlocuteurs tels que leurs patients ou les médecins.

Comprendre comment le travail infirmier s'organise aujourd'hui au sein des cabinets d'infirmières libérales passe par une contextualisation historique, c'est-à-dire

⁹⁸ Sagesse pratique est une traduction possible de *phronesis* dont Aristote parle dans l'Éthique à Nicomaque. *Phronesis* a également été traduit par prudence (Aubenque : 2009). Pour Aristote, il s'agit d'un comportement vertueux qui consiste, pour l'être humain, à prendre en considération un contexte pour apporter une réponse qui convienne à la particularité d'une situation.

une histoire des soins infirmiers extrahospitaliers qui ont conduit à la création des infirmières libérales.

2.5 Histoire des infirmières extrahospitalières, dont les infirmières libérales.

L'histoire de l'infirmierie et des soins infirmiers n'est-elle liée qu'à l'histoire de la médecine et à celle de l'hôpital ? N'y a-t-il pas une histoire des soins professionnels aux corps qui existerait en dehors de l'histoire de la médecine, et une histoire de l'attention à autrui qui existerait en dehors de l'institution hospitalière ? Pour répondre à cette interrogation, nous pouvons dérouler le fil de l'histoire et regarder ce que les historiennes nous apprennent sur les soins à domicile, en dehors de l'institution hospitalière. Une des conséquences de l'ère pasteurienne est que les médecins ont vu leurs prérogatives s'étendre à la prévention et à l'hygiène, en considérant qu'il était de leur mission de combattre la cause du mal (les germes et leur propagation) plutôt que la maladie. C'est ainsi que quelques grands « patrons » de médecine ont promu la professionnalisation des dames charitables, bénévoles, qui visitaient les familles afin d'y transmettre les messages d'hygiène. Les infirmières visiteuses d'hygiène sociale étaient nées, une fois encore par l'action du corps médical. L'action d'Anna Hamilton en faveur du suivi à domicile des patients suivis dans les services de l'hôpital qu'elle dirige à Bordeaux (fonction cumulée à la direction de l'école de Gardes malades de la Maison de santé protestante) aura peu de visibilité. Celle de Léonie Chaptal, à Paris, sera davantage reconnue par les instances médicales parisiennes. Les missions des infirmières visiteuses d'hygiène sociale portaient sur la promotion de la puériculture (le taux de mortalité infantile était très élevé en cette fin de première guerre mondiale), la lutte contre la tuberculose, et les maladies vénériennes. Ces infirmières étaient alors présentées comme des « *instruments indispensables du service sanitaire* » (Knibiehler, 1984a). Mais les médecins qui pratiquaient leur art sur le terrain ne les voyaient pas toujours d'un bon œil car ils craignaient qu'elles n'usurpent leur place. Un discours du Dr Calmette, médecin militaire et bactériologiste, (connu pour être le codécouvreur avec le Dr Guérin du vaccin contre la tuberculose), et à l'origine de ce métier (Vilbrod, 2006), rappelle aux infirmières visiteuses qu'elles ne doivent pas sortir de leur rôle de collaboratrices des médecins. Il précise ce qu'il entend par là : ne pas poser de diagnostic, ne pas critiquer les traitements médicaux prescrits, ne pas prendre d'initiative si ce n'est en en référant dès que possible au médecin. Les médecins ont peur de ces nouvelles professionnelles. Héritières de bénévoles dévouées, elles devaient à leur tour faire preuve de dévouement et ne pas se plaindre de la modicité de leurs émoluments. Au niveau du territoire national, l'éducation des populations, notamment

en matière de tuberculose, s'est faite, dans cet après-guerre immédiat, grâce à la fondation américaine Rockefeller, spécialisée dans cette maladie. Cette fondation, qui a accompagné les troupes américaines intervenues dans le conflit mondial en 1917, montre son savoir-faire en matière de propagande et de sensibilisation aux risques de contagion, avant de promouvoir le travail de ces infirmières visiteuses en leur allouant des bourses. Mais la conception américaine du territoire, découpé en districts sur lesquels une infirmière connaît toute la population et intervient sur différents types de populations-cibles (enfants, porteurs de tuberculose, ...) n'a pas été importée dans le système de santé français. « *Les médecins libéraux craignent la concurrence des visiteuses, qui entrant plus facilement dans les familles, peuvent diagnostiquer plus vite une tuberculose ou tout autre problème de santé* » (Feroni, 1994 : 53). « *Les médecins cherchent à défendre leur profession et à en fixer les contours. La plupart perçoivent les infirmières comme des rivales, particulièrement celles qui se déplacent à domicile. Ils sont hantés par le fait qu'elles puissent empiéter sur leur territoire et les concurrencer, voire qu'elles puissent miner leur autorité médicale auprès des patients.* » (Diebolt et Fouché, 2011 : 307-308). Cette tentative américaine d'exporter l'organisation du travail de soins n'est pas une première. Evelyne Diebolt et Nicole Fouché montrent, dans leur ouvrage très justement nommé : *Devenir infirmière en France : une histoire atlantique ? (1854-1938)*, que la pensée qui guide les soins infirmiers en Angleterre et aux États Unis d'Amérique a été discutée entre infirmières anglaises et/ou américaines et le Dr Anna Hamilton, Léonie Chaptal et même le Dr Désiré Bourneville qui s'est déplacé à Londres avant de mettre en place ses cours municipaux.

Le caractère social de pathologies telles que la tuberculose est mis en évidence et sera accentué à la faveur de la crise économique des années 1930. Les infirmières visiteuses doivent maintenant connaître les lois sociales afin d'apporter des solutions aux problèmes sanitaires des familles chez qui elles interviennent. Créé en 1922, le diplôme d'infirmière visiteuse s'éteindra en 1938 lorsque sera décidé un diplôme commun avec les assistantes sociales. L'infirmière visiteuse d'hygiène sociale était une forme d'articulation entre sphère sanitaire et sociale. Sa disparition signe la séparation de ces deux services (Feroni, 1994 : 53) même si les deux formations d'infirmière hospitalière et d'assistante des services sociaux auront encore une année de formation commune jusqu'en 1970.

Parallèlement à ces infirmières visiteuses existaient les infirmières à domicile dont la première école professionnelle fut créée en 1900. Il est surprenant d'observer combien les descriptions de ce travail à domicile sur la première moitié du 20^{ème} siècle ressemble à ce qu'en disent les infirmières interrogées dans le cadre de notre travail, entre 2011 et 2012 : le domicile est un endroit où l' « *on n'est pas à ses aises* », « à

l'hôpital, ce sont les gens qui ne sont pas chez eux » (alors qu'à domicile, ce sont les professionnels), le caractère particulier des relations qui se tissent avec les personnes visitées : « *c'est autre chose que de les voir à l'hôpital* ». Ou encore des remarques sur le fait de ne pas avoir tout le matériel sous la main, de trouver une place suffisante près du malade, qui lui-même est dans un lit pas toujours très accessible, au centre d'un espace encombré, le fait de se sentir seule, avec des médecins pas joignables, qui ne sont pas toujours identifiés par les infirmières. Le travail bien fait est décrit comme celui qui prend le temps de faire autre chose que le geste technique (écouter, donner un conseil, remonter un moral, apporter un journal, ...) (Knibiehler, 1984 :196). Mais l'évolution des galéniques fait de l'infirmière à domicile une technicienne : à partir de la fin de la seconde guerre mondiale, l'avènement des antibiotiques injectés par voie intramusculaire de façons répétées (toutes les trois heures pour les premières formes) promeut l'aspect technique du métier (ce que les médecins souhaitent car ils désirent avant tout voir leurs prescriptions correctement exécutées). En 1947, l'organisation de la profession par la Sécurité Sociale avec une nomenclature d'actes, des tarifs, des obligations faites aux infirmières de cotiser (allocations familiales, retraites, ...) et de déclarer leurs revenus, signe la naissance des infirmières libérales comme profession juridiquement instituée. Le système mis en place induit une relation de causalité exclusive entre prescriptions des médecins et activité des infirmières, donc une relation de dépendance. Nous sommes loin du modèle américain de la fondation Rockefeller qui montre comment organiser un système avec une infirmière par district, loin aussi de l'autonomie qu'elle en retire. Infirmières visiteuses d'hygiène sociale, infirmières à domicile de la première moitié du 20^{ème} siècle, infirmières libérales d'après-guerre illustrent le fait qu'en dehors de l'hôpital, les infirmières sont l'objet d'un double contrôle. D'une part, un contrôle effectué par les médecins qui les créent au gré des besoins qu'ils définissent eux-mêmes (exécution des prescriptions à domicile), ou les transforment quand le champ de compétences infirmières échappe à la sphère médicale (lutte contre les fléaux sociaux). D'autre part, un contrôle institutionnel qui dirige leurs activités : la municipalité et son dispensaire, la Sécurité Sociale...

Que les infirmières soient hospitalières ou extrahospitalières, leur histoire montre une dépendance très forte aux médecins et aux institutions quant à leur naissance, leur définition, et leur contrôle. À ce jour il paraît impossible de faire une histoire infirmière qui ne soit pas liée à l'histoire médicale. L'héritage religieux quant à lui, tant souligné par les infirmières, concerne les comportements attendus en matière d'abnégation. L'expérience très courte (1917-1920) de la fondation Rockefeller, autorisant à penser l'activité infirmière en dehors du contrôle médical, est oubliée. Plus largement, c'est le rôle social des infirmières visiteuses qui est ignoré et avec lui, un « rendez-vous manqué » par les infirmières pour exercer leur métier différemment (Knibiehler, 1984a).

2.6 Conclusion du Chapitre 2

Les discours syndicaux présentent les infirmières libérales comme ayant un poids économique intéressant pour le pays, et demandent en contrepartie plus de reconnaissance, une revalorisation tarifaire, un partage différent des ressources entre les professionnels de santé. Ces discours sont peu entendus des pouvoirs publics qui estiment suffisant de répondre aux infirmières libérales en les enjoignant à plus d'autonomie. Nous relevons que pouvoirs publics et syndicats infirmiers libéraux s'entendent sur ce terme d'autonomie comme signifiant une nouvelle division du travail médical. Le regard sociologique relève comme un oxymore une autonomie par la division du travail médical. Mais ce paradoxe est le résultat d'une histoire qui rend les infirmières débitrices des médecins à qui elles doivent leur acte de naissance. Les religieuses ne sont intervenues que pour transmettre un savoir-être⁹⁹ et l'institution hospitalière s'est placée, dès la création du métier, comme une instance de contrôle. Malgré cette double chape de la morale religieuse et du contrôle hospitalier, les infirmières ont connu des vellétés autonomistes étouffées par l'arsenal juridique encadrant l'exercice du métier.

Cet arsenal juridique est retrouvé dans l'exercice libéral, mais il est assez large pour permettre aux infirmières libérales d'exercer des facultés de jugement (forme d'autonomie) en évaluant des situations, ce qu'elles auraient pu faire avec encore plus de libéralité si l'histoire ne leur avait pas fait manquer un rendez-vous avec un rôle social plus large.

Après être passées à côté d'une possibilité d'exercer un métier à part entière, indépendant de la sphère médicale, et après avoir été éloignées du rôle social des infirmières visiteuses, les infirmières libérales d'aujourd'hui exercent un métier qu'elles caractérisent par de grandes lignes de force. A la question : « Quelle définition donneriez-vous de votre métier ? », les infirmières, inévitablement, font allusion à leur statut libéral. Nous avons donc cherché, à partir de leur discours, mais aussi de l'observation de leurs pratiques, à déterminer les particularités de cet exercice libéral des soins infirmiers. En effet, si l'on suit Florent Champy, « *(pour) définir les professions, le travail et les savoirs sont plus importants que les marchés et les institutions* » (2012a : 192). Ce sera l'objet du chapitre suivant.

⁹⁹ Que les évolutions récentes du système de santé et de l'organisation hospitalière sont en train de modifier.

Chapitre 3 : Le travail infirmier libéral : des décisions collectives autorisant l'expression des individualités

Les textes de lois réglementant le travail infirmier libéral sont prescriptifs de plusieurs aspects de leur activité. Ils imposent une continuité de soins (Art. R 4312-30 du Code de la Santé Publique), ils donnent au patient le libre choix de ses praticiens (Loi du 4 mars 2002), ils enjoignent les professionnels à une trace écrite des actes posés (Art. R4311-3 du Code de Santé Publique) qui permettra de conserver une trace des soins effectués. L'écart entre le travail prescrit et le travail réel s'observe auprès des infirmières libérales. De prétendues courroies de transmission de ces textes de lois, les infirmières libérales deviennent actrices en les traduisant à partir de leurs aspirations à faire vivre, collectivement, une forme de liberté qui devient un espace de réalisation de soi (Crawford, 2010) dans lequel s'expriment leurs individualités.

La méthodologie par entretiens semi-directifs employée dans cette recherche consacrée aux soins infirmiers libéraux à domicile a permis aux professionnelles de décrire leur travail aux domiciles. Les données produites autorisent alors l'analyse de l'organisation du cabinet. C'est en faisant parler les infirmières sur le fonctionnement du cabinet dans lequel elles travaillent que des informations sur les relations entre infirmières d'un même cabinet sont apparues. Ces entretiens ont été complétés par des temps d'observation des pratiques professionnelles. Suivre des infirmières en tournée a été l'occasion de provoquer de nombreux entretiens informels (à la faveur du cadre intime de l'habitacle des voitures empruntées au moment des tournées, ou encore des temps de déjeuners pris en commun). Ces temps se prêtaient particulièrement à la collecte de données sur les relations interpersonnelles au sein du cabinet.

L'analyse de ces données montre un décalage entre ce à quoi l'on pourrait s'attendre quant à la distribution du travail entre infirmières et ce qu'il en est réellement.

En effet, par l'obligation de continuité des soins, les infirmières sont contraintes à partager le travail entre elles. Le tour de rôle induit par cette obligation de continuité de soins a pour conséquence d'obliger l'infirmière qui travaille un jour à prendre une décision quant à la nature, l'organisation ou la charge de travail : malgré des conventions établies par les infirmières entre elles, chaque nouvelle sollicitation de soins s'accompagnera d'un questionnement et d'une prise de décision. Par exemple, un nouveau patient contacte le cabinet pour avoir des soins qui prennent du temps et qu'il faut faire tous les matins. Est-il possible d'accepter ce nouveau patient dans la tournée ? Combien de temps est-il raisonnable de consacrer à ce type de soins ? seront des questions que les infirmières se poseront, et ce d'autant plus que la décision d'accepter ce nouveau patient pèsera sur le travail des autres infirmières lorsque viendront leur tour de travailler. Nous aurions pu imaginer un partage paisible, puisque chaque infirmière subira et fera subir à tour de rôle. Or les entretiens avec les infirmières, surtout les entretiens informels, évoquent des moments de tensions, de crises, voire de conflits ouverts entre infirmières. Une relecture des données a alors permis de mettre en évidence des individualités qui déséquilibrent l'égalité attendue mais qui sont aussi mobilisées pour mettre en place des stratégies individuelles visant à la poursuite de l'activité du groupe.

Dans le cadre des entretiens formels, les infirmières libérales ont décrit leur métier et ses caractéristiques. Lors des entretiens informels, elles nous ont fait part de leur vision du statut libéral. Nous proposons de présenter ensemble ces résultats tant les principes qu'elles décrivent comme étant au fondement de leur métier s'imbriquent dans ce qu'elles disent de leur statut libéral. C'est ainsi que, dans un premier temps (3.1.), nous relevons que les infirmières libérales se définissent comme des professionnelles libres de leurs choix dans la limite des contraintes liées au statut de travailleur indépendant.

Puis, après avoir examiné comment un jeu interactionnel entre infirmières libérales permet de maintenir un équilibre au sein de leur cabinet en autoproclamant leurs propres contraintes (3.2.), nous mettons en évidence comment s'opère le fait de choisir l'activité et les bénéficiaires des soins (3.3.) dans le but de maîtriser la nature et le volume de l'activité infirmière.

3.1 Auto description du métier d'infirmière libérale : prendre la liberté de choisir et avoir un esprit d'entreprise

3.1.1 Être infirmière libérale, c'est être libre de ses choix.

Plusieurs chemins mènent au statut libéral chez les infirmières : une situation familiale changeante a pu faire arriver une infirmière au statut libéral par hasard, et elle y est restée parce que ça lui plaît ; ou bien le libéral représente l'idéal recherché d'un équilibre entre vie familiale et vie professionnelle (Douguet et Vilbrod, 2007). Ou bien encore, c'est la recherche d'un autre idéal, celui de travailler à son rythme tout en ayant des revenus conséquents.

Quel que soit le chemin emprunté pour y arriver, le fait de rester dans ce statut trouve sa motivation dans l'autonomie que fait vivre une telle expérience. Si les infirmières enquêtées n'utilisent pas ce mot, le principe est là : le sentiment d'autonomie les habite. Il peut s'entendre dans ses différentes acceptions. Les infirmières libérales parlent autant de liberté de décider que de liberté d'exécuter. Elles expriment également les limites à l'exercice de ces libertés, ce qui est intrinsèque à l'autonomie.

Le maître mot recueilli dans les propos des infirmières libérales serait la liberté comprise dans le sens du libre choix. Travailler comme infirmière libérale, c'est pouvoir choisir. Choisir son volume de travail (grand ou petit), son emploi du temps, son rythme de travail, sélectionner les patients, mais aussi la nature des soins à effectuer (spécialisation ou non), ses horaires, l'organisation de sa journée de travail, choisir la répartition des soins dans la journée en fonction de préférences (par exemple les soins relationnels l'après-midi car ils prennent plus de temps et le rythme de travail l'après-midi étant plus lent, il permet plus de disponibilité) , les personnes avec qui travailler et la façon de s'associer à elles, les partenaires de travail hors cabinet (réseaux de soins, travailler ou non avec les SSIAD), son lieu de travail, les limites du secteur géographique à l'intérieur duquel on va travailler, son mode de déplacement (surtout en ville, où l'on peut se déplacer à pied ou en vélo ; ailleurs, la voiture s'impose). Du coup, c'est son mode de vie que l'on choisit, en trouvant par exemple un équilibre entre temps de travail, temps personnel, nature du travail et revenus. Cette liberté s'accompagne de l'acceptation de contraintes qui sont présentées comme les limites de l'espace au sein duquel s'expriment ces libertés (par exemple, les horaires de soins médicalement imposés, le respect des vœux des associées qui limitent la liberté de chacune, ...). Enfin, la liberté est aussi celle qui trouve sa motivation dans le fait de vouloir échapper à une forme de subordination qui a été une mauvaise expérience souvent vécue par le passé

dans les murs de l'hôpital : subordination à une autorité ou encore à un emploi du temps qui n'a pas été choisi.

Lorsque les infirmières libérales disent « *être libre de leurs choix* », il faut le comprendre dans différentes dimensions : la liberté est tout à la fois celle qui peut se définir par le négatif (échapper à la subordination), par le positif (dans le sens de la « *liberté du sujet rationnel, ou libre arbitre : pouvoir de choix ou de décision qui repose sur le rôle du jugement dans la détermination de la volonté à agir d'une manière plutôt que d'une autre* » (Ribes, 2000b : 171), et par le relatif (exercer ce pouvoir de choix entre plusieurs contraintes qui deviennent des limites à ces choix : raisons familiales, personnelles, choix des collègues, ...).

Cette liberté de choisir les multiples aspects de leurs pratiques quotidiennes est exprimée par les infirmières libérales par la recherche d'un équilibre entre la satisfaction de leurs souhaits personnels (tenir compte de désirs et intérêts particuliers), l'acceptation relative de contraintes négociables (volonté des collègues) et le rejet d'autres contraintes (souvent liées au passé professionnel).

Cette liberté est présentée comme un espace de possibles à l'intérieur duquel les infirmières déterminent leurs propres règles de fonctionnement professionnel. Elles ne parlent ni d'autonomie, ni d'indépendance : la liberté est le maître-mot.

3.1.2 Être infirmière libérale, c'est être un entrepreneur

La liberté que représente le fait de ne pas subir de subordination, de ne pas avoir de supérieur hiérarchique est également une des caractéristiques données par les infirmières libérales se décrivant comme des travailleurs indépendants. Jean-Bernard (Cabinet Sud) nous dira clairement : « *être infirmière libérale, c'est être entrepreneur* »¹⁰⁰, et poursuit, « *être infirmière libérale, c'est avoir toujours à l'esprit l'équilibre entre activités et revenus. Une question est permanente : est-ce que ce que je suis en train de faire vaut le coup en termes économiques ?* ». L'activité serait alors choisie selon un calcul mettant en balance l'investissement (investissement du travail administratif, du temps passé, ...) et le rapport (prix de l'acte). Le choix de l'activité, donc le résultat de ces calculs, est un choix de tous les instants, qui n'est jamais convenu à l'avance ni pour longtemps.

¹⁰⁰ Nous reprenons les verbatim de Jean Bernard qui parle de lui (homme) comme infirmière et non comme infirmier.

La préoccupation du rapport financier est sinon permanente, du moins récurrente. Elle est d'ailleurs qualifiée d'« intéressante » par les infirmières car elle leur donne une vision plus globale de leur activité qui ne se résume alors pas à une succession d'actes. Mais la préoccupation financière peut aussi surprendre par l'ampleur de la charge mentale qu'un souci de rendement implique : il faut en tenir compte dans l'organisation de différents aspects de l'activité, il faut faire des choix permanents, rechercher la sécurité financière, et prendre le temps de respecter des procédures comme celle de la traçabilité, tout en s'impliquant dans le relationnel. L'activité de soins infirmiers libéraux est présentée comme une activité économique inscrite dans un ensemble qui dépasse les soins infirmiers en face à face de patients. L'activité se gère comme une entreprise. Chaque infirmière a ses frais professionnels : accession à la clientèle, frais de local, frais de fonctionnement du cabinet (téléphone, voiture, ...). Et le cabinet peut être pris dans des relations de concurrence.

Chacun de ces aspects a permis de recueillir des anecdotes qui montrent l'importance de ces aspects dans la vie quotidienne des infirmières libérales, surtout au début de l'activité libérale. Il se pratique un droit de présentation de la clientèle (forme déguisée du rachat de clientèle contraire au libre choix du patient), qui s'évalue en fonction du chiffre d'affaires du cabinet. Plusieurs d'entre elles nous ont fait part de leur ressenti sur les montants demandés au moment de l'installation mais ont finalement accepté, quelquefois après des négociations, car la balance décisionnelle entre cette somme demandée par leurs collègues et l'attraction vers une installation en libéral penchait vers cette dernière. Les frais de fonctionnement (téléphone, électricité, ...) sont répartis entre les associées selon la forme juridique de leur association (société de fait, Société Civile de Moyens, Société Civile Professionnelle, ...). Ils font l'objet de calculs avant répartition. Ces calculs sont parfois assurés par les services d'un comptable extérieur au cabinet. Les frais liés au local font également l'objet de calculs. Il existe plusieurs cas de figure. Les infirmières peuvent être locataires d'un local appartenant à un propriétaire extérieur au groupe, ou bien l'une d'entre elle est propriétaire et loue à ses associées, ou encore l'ensemble ou une partie des associées ont créé une société civile immobilière qui louera aux infirmières du cabinet. Le choix du local et de son implantation font l'objet de stratégies qui montrent un nouvel aspect entrepreneurial de l'activité. Ainsi, un local peut être choisi *a posteriori*, parce que l'activité du cabinet était en place dans ce secteur géographique avant la loi obligeant à avoir un local indépendant et consacré à l'activité infirmière (exemple de Cabinet Centre), ou bien *a priori* lorsqu'il est décidé de créer une clientèle dans un secteur donné (exemple de Cabinet Sud). Il s'agit alors de calculer l'équilibre entre le prix du local (et donc des dépenses) et les recettes potentielles dans ce lieu d'implantation. Dans

ce genre de décision, les conseils d'un professionnel extérieur (par exemple ceux d'un expert-comptable) peuvent être recherchés.

Le fait d'avoir investi de l'argent pour travailler en collectif engage les infirmières, comme un contrat de travail le fait pour les salariés. La différence est qu'en libéral, en cas de départ, l'engagement dure jusqu'à trouver un remplaçant, remplaçant qui soit lui-même prêt à investir à son tour. Cela fait une différence avec une rupture de contrat de travail entre employeur et employé dans lequel l'engagement prend fin au terme d'un temps convenu (le délai de préavis), alors qu'en libéral, le terme est directement dépendant de la succession.

L'existence d'une concurrence est un aspect de l'activité qui rapproche les infirmières libérales des travailleurs indépendants. En effet, la présence d'autres cabinets à proximité, ou bien celle de centres de soins ou de services de soins infirmiers à domicile peut jouer sur la crainte de ne pas accéder au niveau d'activité escomptée et ainsi voir les revenus diminuer ou ne pas atteindre les objectifs fixés¹⁰¹. Cette préoccupation est économique. C'est sur cette base que les relations avec les patients ou personnes qualifiées de dépendantes, mais aussi avec certains partenaires de soins vont s'entretenir comme dans cet exemple d'une nouvelle infirmière dans une équipe qui fera l'objet d'une présentation à la clientèle (à l'occasion d'une tournée à deux, par exemple). Cette solution permet de personnaliser la relation de soins en identifiant chacun des protagonistes. C'est aussi pour cette raison que les patients sont des clients qu'il ne faut pas perdre, que certains cabinets ne remplacent pas une collègue malade ou en incapacité de travailler par une autre infirmière, dans le but de ne pas multiplier les visages intervenant chez ces personnes, dans le but de conserver au maximum une relation interindividuelle. Il s'agit bien d'une préoccupation économique de préserver la relation à la clientèle.

La même préoccupation économique régit les relations avec les partenaires réguliers (SSIAD, Centres Médico-Psychologiques, Association d'Aide et d'Accompagnement à domicile, ...) car ces partenaires apprécient de confier leurs patients/clients/bénéficiaires à des professionnelles qu'ils connaissent.

¹⁰¹ C'est un discours que nous avons surtout entendu à propos des centres de soins, plus que des autres cabinets infirmiers libéraux. Il est même arrivé que des infirmières se réjouissent de mésaventures arrivées à des centres de soins voisins. Nous verrons plus loin que les relations entre infirmières libérales et infirmières des centres de soins ne sont pas fondées sur les mêmes bases que les relations entre infirmières de différents cabinets libéraux.

L'importance des frais d'investissement, les préoccupations des dépenses de fonctionnement, le recours à des professionnels de la comptabilité, l'existence d'une concurrence sont des caractéristiques d'une activité de travailleur indépendant.

D'où l'importance de la socialisation à ce statut par les autres membres du groupe. Ces aspects économiques ne sont pas enseignés en formation initiale en IFSI¹⁰². Ils s'apprennent au moment de l'installation, sauf chez les filles de travailleurs indépendants qui ont été familiarisées à la proximité entre aspects techniques d'un métier et aspects économiques ou gestionnaires de cette activité. Cette familiarité avec la chose entrepreneuriale a été mise en relation avec le choix du statut libéral que l'on retrouve, avec une « singularité incontestable », chez les infirmières libérales filles d'agriculteurs, de commerçants et d'artisans (Douguet et Vilbrod, 2007 : 32).

D'autres socialisations sont à faire en arrivant en libéral. Il existe des apprentissages que les anciennes donnent aux nouvelles, au sein du cabinet, sur des activités propres aux libérales : facturations des actes, transmissions des factures aux caisses d'assurances, suivi des paiements, ... mais d'autres apprentissages se feront, au fil du temps et des circonstances sur l'évaluation des situations (jusqu'où peut aller un maintien à domicile ? quels sont les paramètres à prendre en compte ?). Ce travail relève d'une expertise qui se forge avec la multiplication des situations rencontrées. Un travail de socialisation est nécessaire car l'activité libérale ne ressemble pas, par de multiples aspects, à ce que les infirmières ont connu dans des situations passées de salariat.

Dans cet autoportrait, les infirmières libérales décrivent leur statut comme un espace de liberté à l'intérieur de contraintes identifiées, celles inhérentes à tout travail indépendant, mais aussi celles liées au rôle de l'État (qui, par la loi de financement de la Sécurité sociale, est ici représenté par l'assurance maladie). L'État n'est pas rejeté comme il l'est dans le libéralisme économique. En cela, les propos infirmiers relèvent d'une forme de libéralisme plus moral qu'économique¹⁰³. Elles acceptent une régulation étatique tant qu'elles peuvent continuer à mettre en œuvre librement les pratiques qui diminuent l'incertitude dans leur travail et leur permettent de poursuivre leur activité. Elles sont très attachées à ce sentiment de liberté.

¹⁰² IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

¹⁰³ François Ribes définit le libéralisme comme une « attitude de tolérance fondée sur le respect d'autrui et la reconnaissance du droit de chaque homme d'agir et de penser comme il l'entend » (Ribes, 2000a : 170).

3.2 Le travail d'organisation des cabinets infirmiers libéraux : quelle « liberté » dans la régulation des individualités ?

C'est avec ce sentiment de liberté que les infirmières libérales organisent leur cabinet. Pourquoi s'intéresser à l'organisation des cabinets infirmiers ?

« (...) les pratiques professionnelles ne peuvent se comprendre indépendamment des cadres institutionnels et des logiques organisationnelles dans lesquels elles se développent » (Aiach et Fassin, 1994 : 4).

Or, chez les infirmières libérales, les logiques organisationnelles sont intimement imbriquées à leurs activités. En effet, ces logiques organisationnelles sont, pour la plupart, autodéterminées par les membres du cabinet et sous-tendues par un idéal. Étudier le travail d'organisation nous permet d'identifier les principes présidant au « travailler ensemble » au sein du cabinet infirmier.

Par ailleurs, nous tenterons de « saisir en quoi cet aspect de leur activité est aussi un travail » (Cresson et Schweyer, 2000 : 13-14) compris dans le sens d'une activité qui se réfléchit, qui s'acquiert, fait l'objet de compétences, peut se diviser entre protagonistes et faire l'objet de routines ou de tactiques (Lépinard, 2000). Il s'agit alors de comprendre le travail des infirmières libérales voué à l'organisation de leur propre activité comme un « dispositif de gestion » de l'activité infirmière. Ceci pourrait correspondre à un travail d'ingénierie méthode dans le monde de l'entreprise. Mais, dans le cas des infirmières libérales, le travail d'ingénierie méthode et le travail exécuté selon l'organisation décidée sont effectués par les mêmes personnes. Nous supposons que c'est dans le dialogue entre le travail d'organisation (De Terssac, 2006) et le travail d'exécution, tous deux effectués par les mêmes professionnelles que nous pourrions identifier les préceptes régissant le « travailler ensemble ».

Mais avant de rechercher ces principes, il faut comprendre pourquoi étudier le travail infirmier libéral passe, dans un premier temps, par l'étude de cabinets infirmiers.

3.2.1 Pourquoi parler de cabinets d'infirmières lorsque l'on parle d'infirmières libérales ?

L'exercice solitaire des soins infirmiers libéraux est exceptionnel. À cela deux raisons. Les infirmières libérales sont soumises à l'obligation de continuité des soins, ce qui signifie qu'une infirmière s'installant en libéral doit assumer les soins pour lesquelles elle s'est engagée (c'est-à-dire qu'elle a accepté d'effectuer), et ce même

lorsqu'ils doivent être effectués tous les jours de l'année, y compris les dimanches et jours fériés lorsque les soins sont prescrits pour ces jours particuliers. Cette obligation est nuancée chez les autres professions libérales de santé (médecins, kinésithérapeutes, ...) qui ont une obligation de suivi, c'est-à-dire que leur accord de prendre en charge un patient, des soins, une série de soins, ne les engage pas à intervenir tous les jours auprès de leur patient mais simplement à s'assurer que les soins peuvent être effectués par un confrère. Ces professionnels peuvent très bien ne pas intervenir le dimanche ni les jours fériés, et dans le cas d'urgences, diriger leurs patients vers un confrère dit « de garde ». Cette possibilité n'existe pas chez les infirmières. Résultat de négociations de la profession (syndicats), l'obligation de continuité donnent à l'infirmière libérale le choix entre deux possibilités : celle de travailler tous les jours de l'année, ou celle de partager son travail avec d'autres infirmières libérales. Certaines font le choix de travailler seules. Nous avons pu rencontrer des infirmières libérales qui à un moment de leur vie professionnelle, ont fait ce choix. Il s'agit souvent d'une période correspondant au début de l'activité libérale. Cela peut durer plusieurs années. Mais les fatigues physique et morale mettent fin à cette période sous la forme, très souvent, de partage du travail avec des collègues infirmières libérales. C'est alors la création du cabinet d'infirmières. Il existe plusieurs formes de statut juridique permettant de travailler ensemble et de partager ce travail. Quel que soit le statut choisi par les infirmières, l'idée principale est la suivante : travailler à tour de rôle. Cela permet à la fois que les soins puissent être prodigués de façon quotidienne, et que les infirmières puissent alterner jours de travail et jours de repos.

Une deuxième obligation juridique invite les infirmières libérales à travailler en groupe et à partager leur travail : il s'agit de l'obligation, depuis 1993, de posséder une « *installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients*¹⁰⁴ », autrement dit un local spécifiquement destiné à l'activité professionnelle. En effet, jusqu'à cette date, les infirmières libérales devaient seulement déclarer une adresse, siège de leur activité professionnelle. Dans la mesure où la plupart des soins étaient effectués au domicile des personnes, beaucoup d'infirmières mentionnaient leur adresse personnelle comme adresse professionnelle, sans qu'aucun local dans leur logement ne soit destiné à un usage strictement professionnel. Or, depuis 1993, un local, répondant à des normes de salubrité, et procurant un lieu où d'éventuels patients en capacité de se déplacer pourraient venir se faire soigner, devient obligatoire, augmentant par là même les dépenses professionnelles (aménagement, location ou achat d'un local, dépense de chauffage, d'électricité, ...). Cette augmentation de dépenses se trouvant

¹⁰⁴ Article R4312-33 du Code de la Santé Publique

proportionnellement moins importante lorsqu'elle est partagée entre plusieurs professionnelles, le regroupement d'infirmières à une même adresse, partageant une même patientèle est une solution couramment choisie.

3.2.2 Travailler ensemble : un processus évolutif

L'exercice libéral en solitaire reste donc une pratique exceptionnelle. Sur nos deux terrains, il nous a été donné de rencontrer des infirmières qui ne travaillent qu'en groupe, autrement dit, en cabinets. Dans une recherche centrée sur la façon dont les différents professionnels travaillent entre eux auprès des personnes qualifiées de dépendantes, il est important de commencer par examiner comment les infirmières libérales travaillent entre elles, au sein d'un collectif qu'elles créent, qu'elles organisent et qu'elles font vivre. Les formes juridiques pour formaliser ce collectif vont de l'engagement le plus « faible » (société de fait) à un engagement plus fort (société civile professionnelle où tous les revenus sont mis en commun et toutes les dépenses partagées). Entre les deux, il existe un continuum de formes juridiques, modulant les modalités d'engagement. Notre propos n'est pas de comparer les fonctionnements des différentes équipes au regard de la forme juridique de leur association, mais d'examiner comment des collectifs d'infirmières libérales « font ensemble ». Dans l'esprit de ce que Becker nous montre en 1986, nous regarderons en quoi le fait de « faire ensemble » (*Doing things together*) dépasse la simple somme des actions cumulées.

Faire ensemble, pour des infirmières libérales, ne signifie pas systématiquement faire en même temps, mais bien souvent, faire à tour de rôle ; ce qui demande une organisation en amont, une entente à propos de ce tour de rôle. L'entente va porter sur le partage du temps du travail en présence des personnes bénéficiaires de soins infirmiers (avec mise au point d'un planning), ainsi que sur le partage du temps de travail administratif inhérent à toute activité de soins (et qui se déroule, bien souvent dans le local du cabinet en l'absence du bénéficiaire de soins), mais aussi sur la nature des soins envisagés, comme sur le volume souhaité de l'activité. Autrement dit, le partage du travail infirmier au sein d'un cabinet répond aux questions : Qui fait quoi ? Comment ? Et quand ?

Au-delà de la question du partage du travail, c'est celle de la vie interactionnelle d'une équipe d'infirmières libérales et de son rapport au travail qui constitue notre angle d'approche.

La description du fonctionnement d'un cabinet d'infirmières libérales laisse voir, d'un côté, une volonté de cohésion de l'équipe, cohésion affichée de façon à être visible

à des yeux extérieurs (ceux de la patientèle, ceux des groupes concurrents, ceux des partenaires,...), mais laisse également voir des tensions internes qui menacent cette cohésion et nous amènent à qualifier les cabinets d'infirmières libérales de collectifs en recherche d'équilibre permanent car en menace perpétuelle de déséquilibre.

3.2.2.1 Les facteurs de cohésion : des interactions qui s'inscrivent sur le mode de l'ordre négocié

Les facteurs de cohésion sont autant d'éléments mis en place par les infirmières pour qu'ils exercent leurs forces centripètes vers un but commun : maintenir le groupe de professionnelles en tant que groupe de travail. Ces facteurs sont des situations créées par les infirmières, ils sont le résultat d'une volonté commune et font l'objet de négociations pouvant aller jusqu'à des conventions. Mais ces facteurs de cohésion n'évitent pas l'existence de tensions, voire de discordes, qui arrivent lorsque s'expriment les individualités des infirmières. Nous mettons en évidence que l'expression de ces individualités est régulée collectivement dans l'ordre négocié.

FACTEUR DE COHÉSION 1 : LE PARTAGE DU TEMPS DE TRAVAIL

Le premier facteur de cohésion repéré est le partage du temps de travail. Le planning établi par les infirmières fait l'objet d'un accord, sans doute l'accord fort du collectif. Nous parlons d'accord fort pour deux raisons : la première est que les réunions pour établir le planning voient l'adhésion et la participation de toutes les infirmières, la seconde est que le partage du temps de travail par la mise en place d'un tour de rôle participe de l'horizontalité des relations. En effet, il est possible que les infirmières d'un même cabinet souhaitent se réunir pour partager leur point de vue sur un problème particulier, sur un patient qui pose souci, sur des relations contentieuses avec un des partenaires, bref pour d'autres raisons que la confection de l'emploi du temps. Or, ces réunions ne trouvent pas toujours à se concrétiser, l'une ou l'autre des infirmières éprouve des difficultés pour se libérer, ou marque un manque d'enthousiasme pour assister à ce genre de réunion. Par contre les réunions pour établir le planning se caractérisent par la présence de l'intégralité de l'équipe. Chacune des infirmières voit l'intérêt qu'elle a à y participer : faire valoir ses droits à travailler selon le volume de jours par mois convenu avec ses collègues, et faire valoir ses droits à ne pas travailler les jours qui ne lui conviennent pas. Le fait de se réunir, de discuter, de trouver des compromis, constitue une pratique organisationnelle permettant la cohésion du groupe. Cette pratique est l'expression d'une autonomie au sens strict du terme. En effet, ce sont

les infirmières qui déterminent, entre elles, les normes à partir desquelles seront définies les règles de fonctionnement interne.

Par ailleurs, l'entente trouvée à propos du partage du travail, entre infirmières d'un même cabinet, se concrétise dans un tour de rôle des activités mais aussi des prises de décision inhérentes à la gestion quotidienne du cabinet et des soins. Dans les cabinets de type « participatif », toutes les décisions ne sont pas discutées : l'infirmière qui travaille le jour où une demande de soins lui est faite concernant un soin long ne va pas systématiquement demander leur avis aux autres infirmières du cabinet, d'autant plus que celles-ci ne travaillent pas, pour décider d'accepter ou non ce nouveau soin dans leur journée de travail. Chacune à tour de rôle, par les effets de planning, prendra une décision qu'elle imposera aux autres. Une telle convention dans la répartition du travail et des responsabilités est un accord au sens de Strauss (1992a).

FACTEUR DE COHÉSION 2 : LE PARTAGE DU TRAVAIL ADMINISTRATIF

Travailler en libéral pour des infirmières signifie endosser une part de travail administratif (tenue de l'agenda des rendez-vous, facturation des soins, vérification des paiements par les caisses d'Assurance Maladie en cas de tiers paiement, relance en cas de non-paiements, préparation des écritures comptables en vue de la déclaration au fisc des revenus de l'exercice annuel, ...). Ce travail administratif est variablement vécu selon les infirmières.

Certaines trouvent dans ce travail un sens, celui de donner de la cohérence à l'ensemble de l'activité en liant les soins, les revenus qui en découlent, et les tâches administratives nécessaires à l'obtention de ces revenus (entre autres : Marie-Pierre à Campagne ; Sylvie à Ville Centre). Cet ensemble de tâches forme un tout indivisible dans la pratique de la plupart des infirmières libérales françaises, comme le montre le petit nombre de cabinets infirmiers qui délèguent ce travail administratif à des secrétaires (Bouchayer : 2008a : 46). Cette conception de leur activité qui lie activités de soins, travail administratif et revenus constitue un modèle de professionnalisation proche du modèle artisanal pointé par Lise Demailly (2008 : 82), modèle qui comprend une « polyvalence assurant la maîtrise des processus ». D'autres infirmières (dont Sheila, Vie Nord) séparent bien les deux aspects de la pratique, les soins étant considérés comme la partie noble de l'activité, quand les « papiers » (tâches administratives) représentent, pour le moins, des contraintes (Vilbrod et Douguet, 2007 : 137) pouvant aller jusqu'à être ressenties comme du *sale boulot* (Hughes, 1996a).

Mais cette dichotomie n'est pas systématique : en effet, il existe des cabinets dans lesquels la distribution du travail peut être toute autre et la partie administrative du travail être concentrée sur une seule infirmière qui centralise les appels téléphoniques, facturent les soins et s'occupent de la comptabilité. Cette personne crée ainsi une forme « d'obligation » envers ses collègues : en centralisant les appels, elle a une idée très précise de l'ensemble de l'activité du cabinet, elle décide de qui va faire quoi, elle décide d'ailleurs d'engager ou non le cabinet dans tel ou tel soin, elle reste seule à choisir la direction à donner au cabinet (direction entendue au sens de la nature et du volume de soins acceptés). Ses collègues doivent donc « obéir » aux décisions de cette infirmière ou infirmier centralisateur. Nous utilisons exceptionnellement ici le masculin car le seul cabinet que nous avons rencontré qui soit organisé de la sorte l'était par un infirmier. De tels cabinets correspondent au modèle entrepreneurial présenté par Florence Douguet et Alain Vilbrod (2007 : 140) et emprunté à Henry Mintzberg (1990). Le pouvoir y est centralisé et hiérarchisé. C'est le cas du Cabinet Sud, dans lequel Jean Bernard a investi de l'argent, c'est-à-dire qu'il a acheté un droit de présentation de la patientèle à son prédécesseur, et surtout, un répertoire de professionnels partenaires pourvoyeurs de patients et de soins. Ses collaborateurs sont arrivés après lui dans le cabinet pour lequel ils n'ont pas investi d'argent. Ceux-ci reversent une partie de leurs revenus à Jean Bernard comme un droit à accéder à la patientèle. Dans ce modèle d'organisation, Jean Bernard présente le fait qu'il centralise les appels téléphoniques et qu'il organise la distribution du travail de tous les membres du cabinet (c'est lui qui établit les tournées) comme un service qu'il rend à ses collaborateurs en les soulageant d'un travail ingrat et pénible, voire perturbant (recevoir des appels au moment des soins peut être délicat à gérer à un niveau technique -utilisation de matériel stérile qu'il faut lâcher pour décrocher le téléphone, ce qui implique de recommencer le soin depuis le début si le matériel a été déstérilisé par la manipulation téléphonique - ou du point de vue relationnel - discussion à caractère intime devant témoin-). Derrière ce discours généreux et soucieux du bien-être de ses collègues, Jean-Bernard garde une main-mise sur l'activité du cabinet, et une source de revenus. Un élément supplémentaire vient illustrer la proximité que Jean Bernard souhaite maintenir entre lui et l'activité de son cabinet : il a choisi de vivre dans le quartier dans lequel il souhaite développer sa patientèle (qui se trouve actuellement être dispersée dans plusieurs quartiers de la ville), et il a cherché son local professionnel, dans un deuxième temps, à proximité de son domicile.

Cette pratique organisationnelle qu'est le partage d'un travail « à côté », vise bien à la cohésion du groupe en répartissant un travail pouvant être vécu comme contraignant. L'organisation trouvée par chaque cabinet à ce propos souligne à la fois leur autonomie (leur faculté à autodéterminer leurs propres normes), et à la fois la

liberté de manœuvre dont elles jouissent (puisqu'aucune instance de contrôle ne vient juger leurs choix).

Le cabinet qui fait exception à cette pratique organisationnelle (celui de Jean-Bernard) nous apprend que la cohésion de l'équipe n'est pas le but prioritaire quand il s'agit d'impulser une nouvelle direction au cabinet, en matière de nature de soins et de profil de clientèle. La vie d'un cabinet infirmier libéral suit un processus : les priorités en début de vie d'un cabinet ne sont pas les mêmes tout au long de son existence. Un cabinet infirmier libéral n'est pas figé dans le temps. Il faut le considérer dans sa dimension dynamique.

FACTEUR DE COHÉSION 3 : LA RÈGLE D'OR DU PARTAGE ÉQUITABLE DU TRAVAIL

L'ensemble des accords que les infirmières passent entre elles à propos de la répartition du travail de soins fait cohésion. Le terme d'« accord » est ici à comprendre comme Isabelle Baszanger l'a traduit (Strauss, 1992a : 107) en termes d'« ententes », c'est-à-dire comme le résultat de négociations tacites. Dans tous les cabinets étudiés, une règle d'or semble régir les pratiques professionnelles : ne pas laisser le travail du jour à sa collègue qui travaillera le lendemain. Cette règle d'or n'est jamais explicitée. Elle va de soi comme le résultat de négociations tacites. Certains soins, qui ne sont pas quotidiens, sont programmés à des jours fixes de la semaine. La répartition de ces soins non quotidiens a pour but de lisser la charge de travail sur les cinq ou six jours de la semaine¹⁰⁵. Lorsqu'une infirmière travaille le jeudi, elle saura qu'elle a à dispenser la douche hebdomadaire de Mr Résidence, comme tous les jeudis. Cette planification permet de répartir la charge de travail que représentent certains soins longs. Il est bien entendu que si, pour une raison ou pour une autre, un soin n'a pas été fait un jour, il se reporte le lendemain et alourdit d'autant la charge de travail du lendemain, c'est-à-dire de la collègue qui travaille ce lendemain. Dans le but de maintenir des bonnes relations avec ses associées, toute infirmière s'arrangera pour que les soins soient effectués comme ils ont été prévus collectivement. Lorsqu'une infirmière travaille plusieurs jours de suite (ce qui est souvent le cas), il arrive qu'un soin n'ait pas pu être fait un jour (en raison d'une urgence à gérer qui a pu prendre du temps par exemple). Elle s'arrangera pour que tous les soins qui auraient dû être faits sur ses jours de travail aient effectivement été prodigués.

¹⁰⁵ Le dimanche est exclu de la planification des soins qui ne nécessitent pas un passage quotidien de l'infirmière du fait de la tarification majorée ce jour-là.

Il arrive donc que les infirmières, individuellement, négocient avec les patients pour programmer un soin à un autre moment de la semaine. Cette liberté dont disposent les infirmières libérales relève de l'autonomie observable dans toute activité de travail qui n'est jamais complètement prévisible (Boussard *et al*, 2010 : 158). L'écart entre le travail prévu et le travail réel fait appel à l'autonomie de tout travailleur et n'est pas spécifique aux soins infirmiers libéraux. Par contre, cette régulation qui se fait autour de la distribution temporelle du travail relève d'un travail de coordination par distribution anticipée du travail. Comme l'autonomie, la coordination peut s'observer à l'intérieur même des pratiques.

FACTEUR DE COHÉSION 4 : LES PROTOCOLES DE SOINS COMME BASE COMMUNE À DÉCLINAISONS POSSIBLES

Les infirmières s'entendent entre elles à propos des protocoles de soins, c'est-à-dire des processus par lesquels les infirmières doivent passer pour exécuter un soin dans les règles de l'art. Ces protocoles ont été appris en formation initiale en Institut de Formation en Soins Infirmiers (ou écoles d'infirmières pour les plus anciennes), ou font l'objet de nouveaux apprentissages ou encore de réactualisations dans le cadre de formations continues. Les protocoles concernant les pratiques de précaution ou d'évitement des complications (infection par exemple) ne font l'objet d'aucune discussion : il va sans dire pour les infirmières que suivre ces protocoles est nécessaire à l'application des soins et à leur poursuite. Ces protocoles ont été élaborés par d'autres qu'elles, pour guider leurs pratiques. Dans le domaine des soins infirmiers, l'Evidence Based Nursing¹⁰⁶, à partir de données collectées et analysées dans le cadre de recherches infirmières¹⁰⁷ donnent jour à des guides, des lignes de conduite, des protocoles. En dehors de leurs buts premiers que sont l'harmonisation des pratiques et l'efficacité/efficience de ces pratiques, l'application de ces protocoles est une forme de reconnaissance entre professionnels d'un même groupe professionnel, ou plus

¹⁰⁶ Qui, comme *l'Evidence Based Medicine*, fait partie du grand mouvement de *l'Evidence Based Practices*. Pour les infirmières françaises, il existe par exemple une revue française créée en 2007, et placée sous la responsabilité de la Haute Autorité de Santé : la Revue Soins et Preuves - <http://sophia-fondation-genevrier.org/fr/soins-preuves/accueil.php>. La traduction de Evidence Based Nursing n'est pas encore tout à fait fixée : on parle de Soins basés sur des preuves, Soins basés sur des niveaux de preuves, Soins basés sur des données probantes, Soins basés sur des faits vérifiés, ou encore de Pratique basée sur des faits démontrés.

¹⁰⁷ Il existe également un réseau de chercheurs créé à l'initiative de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers, ARSI - <http://www.asso-arsi.fr>, association qui publie la revue RSI (Recherche en Soins Infirmiers), répertoriée dans les banques de données telles que Cairn.Info, B.D.S.P (Banque de Données Santé Publique), C.I.N.A.H.L (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), RefDoc, service de INIST-CNRS (Institut de l'Information Scientifique et Technique du CNRS), MEDLINE version PubMed et SantéPsy.

largement d'un même secteur d'activité (exemple du lavage des mains dans les soins de santé). En ce sens, les protocoles, explicités, jouent le rôle de facteur de cohésion entre professionnels. À l'intérieur des cabinets enquêtés, ces protocoles explicites et venus de l'extérieur n'étaient pas discutés, comme s'il allait de soi qu'ils étaient appliqués. Or l'application de ces protocoles n'est pas systématique, malgré un discours unanime chez les infirmières qui consiste à dire qu'il faut harmoniser les pratiques, ou que ce serait « bien » de le faire. Lorsque les infirmières libérales se retrouvent pour des moments de discussion collective sur d'autres sujets, nous avons observé que chacune raconte comment elle s'y prend pour faire tel ou tel soin. La discussion peut dévier sur ces protocoles, sur les habitudes de chacune et leur façon de décliner les protocoles de façon individuelle. Ces discussions ne se terminent pas avec un consensus sur une façon homogène de travailler. Il s'agit juste, pour chacune, de témoigner de sa propre façon de faire. Nous n'avons pas observé de réunions spécifiquement prévues pour discuter sur les pratiques et obtenir des consensus : ces échanges permettent juste à chacune d'affirmer sa position individuelle. Une diversité des pratiques est visible dans les observations que nous avons faites. En effet, des divergences de « manière de faire » existent (De Certeau, 1990). L'explication d'une telle observation est que les protocoles donnent des règles de base (hygiène, respect de l'intégrité, respect de l'intimité, ...) mais que chaque acteur peut les interpréter de différentes manières tant que le cadre de ces règles de base est respecté. Il s'agit bien d'une discussion, où chacune émet son avis, décrit sa propre pratique, sans passage à l'établissement d'une convention, d'un écrit qui, nous pourrions l'imaginer, fixerait des règles et donnerait un point de repère formel. Les échanges verbaux ont pour mission de s'accorder dans l'instant de l'échange, de trouver un accord, même si cet accord est *a minima* (respect des règles de base). Mais cet accord a un caractère plastique dans le temps qui fait que chaque infirmière repart de la discussion avec l'idée de ce que doit être le soin fait par elle : l'accord *a minima* sur le respect des principes de base trouvera une forme d'expression personnalisée par chaque infirmière.

FACTEUR DE COHÉSION 5 : LES « SITUATIONS IMMOBILES »

Nous avons pu observer que la non-communication pouvait paradoxalement être facteur de cohésion dans la mesure où elle n'était pas facteur de désagrégation. Ainsi, des situations « immobiles » ont été observées, soit parce que tues, soit parce que mises en évidence mais pas discutées, soit enfin parce que, bien que discutées, certaines situations n'ont pas trouvé d'accord entre infirmières. On pourrait s'attendre à ce que de tels facteurs soient source de désagrégation. Il n'en est rien.

Les différents entretiens individuels menés dans le cadre de ce travail de recherche ont permis d'accéder à des sujets sur lesquels les infirmières se taisent entre elles. Un des exemples de ce que nous appelons « situations immobiles » porte sur des modifications d'emploi du temps convenues entre les infirmières du cabinet de Campagne. Aucune discussion n'avait été enregistrée depuis l'application de ce nouveau planning, qui pourtant modifiait le quotidien de quatre infirmières. La raison invoquée par certaines d'entre elles est qu'en discuter aurait, peut-être, été l'occasion de remettre en question l'équilibre nouvellement atteint. Tant qu'aucune infirmière ne s'en plaignait, il semblait préférable de se taire. La discussion semble ne s'engager que pour faire part de problèmes : on ne parle pas de ce qui ne pose pas problème, même si c'est pour évaluer les résultats d'une modification. Ce silence maintient un climat de tension puisque, aux dires de celles à qui le nouveau planning convient, ne pas savoir s'il convient aux autres collègues maintient le doute, ce qui n'est pas vécu comme une position apaisante, mais en tout cas, n'est pas vécu non plus comme une situation de remise en question de la solution jusque-là trouvée. En l'occurrence, cette tension silencieuse n'empêche pas le groupe de continuer à tenir ensemble. Cet exemple illustre ce que nous avons appelé « des situations immobiles ». L'immobilisme consiste à ne pas communiquer sur un sujet de façon à ce que les choses restent en l'état (exemple de ce nouveau planning), ou à communiquer, échanger des points de vue, se tenir informées de la façon de penser (ou d'agir) de leurs associées, sans que cela ne change leur propre point de vue (ou pratiques).

L'exemple des protocoles de soins à propos desquels les infirmières peuvent discuter entre elles, mais sur lesquels chacune appose son sceau personnel est illustratif. Bien qu'elles sachent qu'elles ne suivent pas le protocole de la même façon (exemple du lavage des plaies sous la douche), bien qu'elles en discutent entre elles régulièrement, et bien qu'elles soient toutes d'accord pour dire qu'il est préférable d'adopter le même comportement, les différences de pratiques de soins persistent entre elles. Nous avons pu noter que la différence se perpétue entre les infirmières qui ont suivi des formations continues, et qui y ont trouvé les arguments pour modifier leurs pratiques (par exemple elles y ont appris que des recherches cliniques ont montré que laver une plaie chronique à grande eau, sous la douche, retire une grande partie des germes et accélère le processus de cicatrisation) et celles qui n'ont pas suivi ces formations, qui en ont entendu parler par leurs collègues, mais ne se sont pas laissées atteindre par leurs arguments. Plus que l'adhésion ou non à des arguments illustrés, démontrés par des protocoles de recherche clinique explicités dans le cadre des formations professionnelles, c'est l'adhésion au discours transmis par une collègue qui est en jeu. Cette réaction des infirmières non formées à ne pas adhérer aux messages transmis par leurs collègues formées montre que l'enjeu des relations entre elles

(concurrence, volonté de ne pas considérer sa collègue comme une supérieure dont il faudrait suivre les directives) est supérieur à l'intérêt de travailler selon les derniers canons en circulation dans la profession. Il s'agit alors de ne pas céder aux préceptes de sa collègue.

Enfin, il y a les sujets récurrents, sans arrêt remis à la discussion, et dont il ne sort jamais d'accord unanime. Ils relèvent eux aussi de « situations immobiles ». Deux exemples sont illustratifs de ces situations : la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) et les horaires de passage chez les patients ou personnes qualifiées de dépendantes. Le premier exemple concerne surtout le local du cabinet. Dans le cabinet de Campagne, Pauline accorde de l'importance au tri des déchets et souhaite que les différents déchets se retrouvent dans les containers adaptés. Les containers pour les déchets mous (type pansements) sont en sacs plastiques souples, eux-mêmes glissés dans des cartons, alors que les containers pour objets tranchants, coupants, piquants (aiguilles, lames de bistouris, ...) sont dans des plastiques rigides de manière à éviter les accidents de coupure ou de piqûre par du matériel souillé, lors des manutentions de ces containers. Pour Pauline, il est important de respecter le tri, de n'exposer personne à des accidents. Ses collègues ne respectent pas ces consignes et les déchets peuvent quelquefois être mélangés. Pauline évoque les responsabilités civile et pénale qu'engage chaque professionnelle dans la gestion et l'élimination de ces déchets. Le comportement de ses collègues met Pauline dans une « grande colère » (sic) ; elle utilise d'ailleurs une sémantique de combat et de révolte lorsqu'elle nous parle de cet état de fait :

« Ah et puis l'autre jour, je me suis battue au cabinet, dans les cartons jaunes on ne met pas les Lovenox¹⁰⁸, pas les aiguilles. Alors tu sais ce que j'ai fait, moi maintenant, j'ai mon armoire dans la pièce à côté, j'ai pris un carton jaune, j'ai mis mes poubelles jaunes et j'ai pris un truc en plastique dur où je mets mes trucs, quoi. (...) Je crie, je fais ma révolte ».

(Pauline, infirmière à Campagne)

En fait, Pauline a répété sa demande à de nombreuses reprises à ses collègues. À un moment, lasse de ne pas obtenir l'adhésion de toutes, ni le pouvoir de modifier les pratiques de ses collègues, elle décide de mettre en place une solution qui lui convienne à elle, en parallèle avec ce qui est déjà mis en place au cabinet mais qui ne répond pas à ses exigences, elle reste fidèle à l'idée qu'elle se fait du tri des DASRI et son comportement ne fait pas changer les pratiques de ses collègues.

¹⁰⁸ Lovenox : Produit pharmaceutique présenté sous la forme d'une seringue pré remplie à laquelle est intégrée une aiguille.

Le deuxième exemple de pratique souvent discutée et jamais modifiée concerne le respect des horaires convenus entre infirmières et patients. Toujours dans ce même cabinet de Campagne, exerce Marie-Pierre qui est réputée pour être toujours en retard sur sa tournée. Il arrive qu'elle termine à 15 heures la tournée que ses collègues terminent à 12 heures. Tout le monde le sait. Surtout les patients qui, sachant que Marie-Pierre doit venir ce jour, s'attendent à la voir arriver avec retard. Marie-Pierre s'en explique à nous, en disant qu'elle aime prendre son temps, discuter avec les personnes, et que tout le monde le sachant, cela ne dérange personne. Sauf que des patients s'en plaignent aux collègues de Marie-Pierre, jamais à elle directement. Les collègues le rapportent à Marie-Pierre. Les retards de Marie-Pierre sont légendaires. Nous en avons recueillis plusieurs témoignages. Mais Marie-Pierre, malgré les remarques répétées de ses collègues, continuera à prendre son temps dans sa tournée, et à arriver en retard aux rendez-vous. C'est sa façon à elle de travailler, de faire vivre la conception qu'elle a de son travail, et il n'est pas question pour elle de rentrer dans le rang de ses collègues. Elle garde son libre arbitre et s'arrange avec les patients en leur racontant qu'elle a dû gérer des urgences, ou en leur consacrant à leur tour un temps important (ce qui la met dans un retard encore plus grand).

Ces deux derniers exemples, les DASRI et les retards de Marie-Pierre sont des thèmes régulièrement remis à la discussion sans qu'un consensus satisfaisant pour toutes les infirmières ne soit trouvé. Une forme d'immobilisme s'installe. Au mieux, des réactions individuelles sont observées (Pauline se crée sa propre zone de tri des déchets à risque infectieux). Mais il est intéressant d'observer que cet immobilisme n'empêche pas de maintenir le groupe dans le temps.

FACTEUR DE COHÉSION 6 : UN DISCOURS COMMUN EN GUISE DE CIMENT

Le dernier facteur de cohésion d'un collectif d'infirmières libérales que nous avons identifié est le discours commun qu'elles tiennent à servir face à des personnes extérieures à leur groupe. En effet, elles jugent que le regard que les personnes extérieures portent sur l'équipe infirmière la fait tenir en tant qu'unité. Il peut s'agir du regard porté par des patients, comme du regard porté par des différents partenaires professionnels avec lesquels les infirmières sont en relation régulière.

Le regard des patients porté sur le groupe des infirmières est vécu par celles-ci comme un évaluateur du fonctionnement de ce qui se passe à l'intérieur de leur équipe. C'est pourquoi les infirmières s'accordent pour tenir (autant que faire se peut) un discours uniforme, comme l'extrait du journal de terrain Campagne qui suit l'illustre. Nous suivons ce jour-là la tournée avec Marie-Pierre.

« Croisement des voitures de Marie-Pierre et de Sabine qui travaille sur l'autre tournée. Croisement sur la place du village. Sabine fait un signe indiquant qu'elle souhaite parler à Marie-Pierre. Voitures garées côte à côte, têtes bêches, sur la place du village, vitres baissées. Elles échangent quelques mots, à propos d'un appel téléphonique que Sabine a reçu : un nouveau patient demande des soins au long cours. Il va falloir le programmer dans les tournées. Brefs échanges sur la nature des soins. Puis : « Il va falloir qu'on lui tienne le même discours à propos de nos heures de passage ». [Extrait du journal de terrain Campagne]

Les discours sont unanimes. Qu'en est-il des pratiques ? Si des différences de pratiques sont relevées par des observateurs extérieurs, et qu'ils en font la remarque aux infirmières, la réaction des infirmières confirme alors la règle du groupe qui est de ne pas montrer à l'extérieur (du groupe constitué par les infirmières) les dissensions ou désaccords existant à l'intérieur. Ainsi en est-il de la réaction de Pauline lorsqu'elle entendra parler des retards de Marie-Pierre :

« Bon parfois c'est un peu pénible quand par exemple Marie-Pierre est en retard, toute la semaine chez quelqu'un, ou trois - quatre jours, et puis toi t'arrives, et on te dit (prend une voix forte et rapide) « ah ben dis donc, mais Marie Pierre, mais elle avait du travail cette semaine, vous devez pas travailler pareil, elle a vachement plus de boulot que vous, et puis elle, elle fait des urgences, ah, elle est débordée », alors t'es là « bon, ben oui » ; alors ça c'est un peu pénible quoi, parce que toi tu t'arraches pour que tu sois à l'heure, tu t'arraches le matin de ton lit et tout, et au bout du compte tu t'aperçois que les gens te disent : « Ah ben Pauline, elle a moins de boulot, elle est plus cool, alors qu'en fait je me suis crevée toute la matinée moi . »

(Pauline, Infirmière à Campagne)

Le fait que les patients fassent remarquer à une infirmière qu'elle ne « fait pas comme ses collègues » illustre, pour les infirmières interrogées, que les patients portent un regard sur leurs activités et qu'ils les jugent (Freidson, 1984 : 81-82). D'un côté les infirmières pensent que présenter un comportement uniforme (par exemple suivre le même protocole au cours d'un pansement) rassure les patients mais d'un autre côté, elles ne s'y astreignent pas, chacune gardant sa liberté individuelle d'agir. Ces libertés individuelles ne vont pas à l'encontre des facteurs de cohésion : elles changent de statut et prennent la forme de relations individualisées entre infirmières et patients. Ce sera par exemple l'occasion de faire vivre les affinités de chacune : Irène apprécie que la personne dont elle vient de s'occuper « présente bien », et que si c'est un homme, il soit

bien rasé. Aussi, elle tiendra à raser tous les hommes dont elle s'occupe pour des soins d'hygiène. Pour Sabine (qui travaille dans le même cabinet qu'Irène), le rasage doit être laissé à la personne pour que celle-ci continue à s'y exercer (promouvant ainsi sa dextérité). Il s'agit de deux points de vue, par ailleurs argumentés, qui trouveront deux expressions différentes au moment des soins.

Pour le dire autrement, les infirmières peuvent être en désaccord entre elles, avoir des points de vue différents tant que ces différences ne sortent pas du groupe qu'elles forment, tant qu'elles peuvent tenir un discours uniforme face à l'extérieur. Et elles peuvent avoir des pratiques différentes, malgré une recherche apparente de consensus à l'intérieur du groupe, tant que ces différences de pratiques, visibles à l'extérieur, s'expriment à l'intérieur de relations individualisées entre infirmières et patients.

En guise de conclusion, nous pouvons dire qu'un cabinet d'infirmières libérales trouve sa cohésion sur le mode de l'ordre négocié, avec des négociations qui peuvent être implicites. Deux remarques supplémentaires s'imposent alors : la première est que la cohésion du groupe tient à la présentation qui en est faite à l'extérieur comme un tout homogène, et dont les infirmières taisent les dissensions internes ; la seconde est que la diversité des pratiques n'est pas présentée comme source de division mais comme source d'individualisation de la relation. Des pratiques différenciées source de relations personnalisées, à l'intérieur d'un collectif à la recherche d'une image unifiée sont des caractéristiques de l'exercice libéral des soins infirmiers.

Cette forme de liberté raisonnée acceptant les contraintes exprime un souci de soi au sens foucauldien (1994). Michel Foucault comprend la *cura sui* (le souci de soi) comme la réunion de trois éléments : d'une part « *un exercice de soi sur soi par lequel on essaie de s'élaborer, de se transformer et d'accéder à un certain mode d'être* » (1994 : 709) ; d'autre part, un souci de l'autre compris comme la prise en considération de la liberté de cet autre ; et enfin l'espace stratégique dans lequel se jouent les relations entre les individus, le souci de soi devenant alors « *un jeu stratégique du sujet visant à produire un équilibre stable entre sa propre liberté et celle des autres* » (Carment, 2012). Le souci de soi foucauldien comprend l'idée de « bien se conduire » dans le rapport aux autres. Cette notion du « souci de soi » est prise ici dans son sens antique, et Foucault fait la distinction avec son sens datant de la période du christianisme durant laquelle le souci de soi était entendu comme condamnable parce que « *volontiers dénoncé comme étant une forme d'amour de soi, une forme d'égoïsme ou d'intérêt individuel en contradiction avec l'intérêt qu'il faut porter aux autres* ». Le souci de soi foucauldien (antique) permet l'expression de la liberté individuelle nécessaire à la pratique du souci de l'autre. Cette notion permet de regrouper les trois jalons de

l'exercice infirmier libéral repérés ci-dessus : la liberté d'agir, l'acceptation des contraintes, et le rapport aux autres.

3.2.2.2 Le travail de régulation des individualités discordantes

3.2.2.2.1 Contextes d'émergence et valeurs fondatrices des individualités

L'ordre négocié trouve son expression à l'intérieur de l'organisation du cabinet infirmier, organisation auto-décidée. L'organisation d'un cabinet infirmier peut être basée sur des relations verticales, selon un modèle pyramidal, hiérarchisé, ou sur des relations horizontales. Florence Douguet et Alain Vilbrod (2007 : 140) présentent deux types d'organisation de cabinets d'infirmières libérales à relations horizontales, qui ne soient pas hiérarchiques : les modèles de fonctionnement dits « participatifs » et les modèles dits « démocratiques ». Les premiers sont basés sur la négociation : « *on n'impose jamais, on finit toujours par s'arranger, par faire des concessions* ». (C'est le modèle que nous avons le plus largement rencontré). Alors que le modèle démocratique repose sur « *l'égalité et l'équité : (...) revenus équivalents, tournées équilibrées, congés chacun à son tour, nombre identiques de jours travaillés dans le mois, ...* ».

Nous avons déjà vu plusieurs thèmes d'achoppement (le tri des déchets à risques infectieux, le non-respect des horaires de passage, ...) dont les infirmières s'accommodent ou auxquels elles trouvent des solutions, mais il est des sujets de tension qui se résolvent à l'occasion de moments de crise aigüe, dont les sorties laissent des souvenirs décrits comme douloureux. Les interactions observées dans ces moments traduisent des velléités d'expression des individualités qui peuvent prendre des formes différentes. Ce peut être par exemple le fait de garder secrète une information professionnelle, ou encore de transformer une relation professionnelle en relation personnelle à l'insu des collègues ; et par là de faire le choix de se détacher du groupe.

Pour illustration, voici le cas d'Irène gardant pour elle une information obtenue auprès d'une bénévoles d'association et qui concernait un aménagement de domicile pouvant avoir un impact sur le travail des infirmières. Ce cas se passe à Campagne. L'association qui salarie les auxiliaires de vie sociale et aides à domicile a son siège dans un village voisin distant de treize kilomètres. Sur place, à Campagne, il existe une bénévoles qui aide les candidats à instruire leurs dossiers puis joue le rôle d'intermédiaire entre la structure associative et les personnes devenues bénéficiaires ou leurs familles lorsqu'un événement intervient. Dans le cas présent, la bénévoles a pensé que Gustave pourrait bénéficier d'un appareillage appelé « lève malade » de façon à faciliter les

transferts (du lit au fauteuil) qu'infirmières et aides à domicile exécutent ensemble deux fois par jour. Cette bénévole avait entendu en réunion que ces leviers devenaient difficiles parce que Gustave s'aidait de moins en moins et elle avait pensé que son idée de l'appareiller était la solution. C'est donc sans en parler au préalable aux aides à domicile ni aux infirmières qu'elle est allée s'entretenir avec l'épouse de Gustave pour la persuader d'accepter un tel instrument chez eux. La femme de Gustave est une femme qui a beaucoup de mal à accepter de voir son mari diminué dans ses capacités physiques (et mentales aussi puisqu'il ne parle plus à ce moment-là). Elle exprime donc son refus d'être « équipée » tant que les « filles » (entendu les professionnelles) ne le demandent pas : il ne lui tarde pas de voir son logement être encombré de matériel médical. Le ton monte entre la bénévole et l'épouse, la bénévole menaçant l'épouse d'être responsable de ce qui pourrait arriver à son mari en cas de chute. On peut voir là une illustration de relation asymétrique dès l'instant que l'on sait que cette bénévole est un ancien cadre infirmier. En fait, la bénévole avait déjà commandé le lève-malade. Cette altercation a vivement éprouvé l'épouse de Gustave qui s'en est ouverte à Irène, infirmière. Irène a abondé dans le sens de la bénévole et le « lève malade » est arrivé très vite dans ce domicile, ce qui a été très difficile à admettre pour l'épouse de Gustave. L'ensemble des autres intervenantes (auxiliaires de vie, aides à domicile, infirmières excepté Irène) n'était pas au courant de cette décision. L'état de détresse dans lequel se trouvait l'épouse de Gustave a touché tout ce personnel. Lors d'une réunion, à laquelle nous avons assisté, entre les responsables de cette association, l'ensemble de son personnel et l'ensemble des infirmières, nous avons noté que les professionnelles présentes pensaient unanimement que les choses auraient pu se passer différemment, en prenant plus de temps, en mettant toutes les intervenantes au courant du projet, et surtout en écoutant la parole de la femme de Gustave. Au niveau du cabinet infirmier, en interne, les collègues d'Irène en ont énormément voulu à cette dernière d'avoir détenu une information qui avait eu tant de conséquences sur les relations entre les différents protagonistes, sans leur en avoir parlé plus tôt, c'est-à-dire avant la livraison du lève-malade.

Il faut rajouter la précision suivante : Irène entretient une relation particulière avec la famille de Gustave. En effet, il arrive, au cours de leur tournée, que les infirmières se voient invitées à boire un café. Elles acceptent de temps en temps. Il y a même des maisons où des habitudes se sont prises au fil du temps. Mais dans les observations que nous avons menées, les cafés sont offerts aux infirmières qui passent faire les soins ce jour-là. Or, chez Gustave, Irène s'arrête prendre le café même si Gustave ne fait pas partie des personnes figurant sur sa tournée. Et ce fait contrarie les collègues d'Irène. D'autant plus si Irène est passée prendre le café avant qu'une de ses collègues ne vienne faire le soin, et qu'elle a convenu avec la femme de Gustave de la date de la

prochaine prise de sang par exemple. Irène a transformé sa visite de courtoisie en visite professionnelle et a, de ce fait, dépossédé sa collègue d'une partie du contenu professionnel de sa visite de soin. Dans la famille de Gustave, Irène se comporte, aux yeux de ses collègues, comme une « chef » (en détenant des informations, en programmant des soins) qu'elle n'est pas puisque ce cabinet est organisé sur le mode participatif. Il s'agit là d'un empiètement de territoire entre collègues que les infirmières rencontrées ne laissent pas passer : il y aura explication, vive, entre Irène et ses collègues qui expriment leur ressenti en termes de manque de respect.

Une autre interaction a permis d'observer l'autorisation que se donne une infirmière d'aller contre l'ordre établi, comme par exemple de parler de la « cuisine interne » du cabinet à l'extérieur.

Ce deuxième exemple se passe dans le même cabinet, toujours à propos d'Irène. La situation personnelle d'Irène (un logement à plusieurs dizaines de kilomètres, un mari dont le métier impose des horaires irréguliers, des enfants adultes et autonomes financièrement) lui font envisager de diminuer le volume de son activité professionnelle. Elle aurait pu en parler à ses collègues pour s'entendre avec elles sur une nouvelle répartition des jours de travail au cas où ses collègues auraient été intéressées par cette solution. C'est ainsi que Pauline nous a rapporté la situation. Or, Irène s'est adressée à de jeunes infirmières travaillant dans un cabinet voisin (et néanmoins potentiellement concurrent) pour leur faire la proposition de la remplacer de temps en temps. Pauline a pris connaissance de cette démarche chez des patients, Irène ne lui en avait pas parlé auparavant. Pauline, qui aurait par ailleurs été intéressée pour travailler davantage, pensait qu'en s'adressant d'abord aux collègues de son cabinet, Irène aurait pu trouver une solution à son problème et surtout, qu'elle n'aurait pas eu à dévoiler à l'extérieur des projets de restructuration interne. Il semblerait que pour Pauline, la « cuisine interne » du cabinet doit rester, si ce n'est secrète, du moins discrète. En allant chercher de l'aide auprès d'autres cabinets, Irène heurte ce principe que Hughes relevait dans le drame social du travail (Hughes, 1996b). De fait, son comportement crée des tensions entre au moins deux des infirmières qui ne partagent pas la même conception d'un cabinet d'infirmières libérales en termes de secret.

L'expression de l'individualité peut également prendre la forme d'une fidélité à soi, comme ici dans le cabinet de Centre (à Ville).

Sylvie est la fondatrice de ce cabinet. Elle l'a créé il y a près de 20 ans, seule, et s'est depuis associée avec deux personnes de sa génération avec qui

des relations d'amitié se sont instaurées (soirées partagées, vacances partagées avec l'une des deux). À la naissance du troisième enfant de Sylvie, les trois infirmières souhaitent partager leur temps de travail avec une quatrième personne de façon à alléger leur emploi du temps à toutes les trois. C'est alors qu'arrive la quatrième associée, plus jeune, avec une autre façon de voir l'organisation du cabinet. Et petit à petit, cette quatrième infirmière va questionner les habitudes, elle va déstabiliser le trio en place. Sylvie se sentira trahie par ses anciennes amies (elle le dit ainsi) qui adopteront le point de vue de la dernière associée. Elle en ressentira une immense peine et parle même de dépression qui lui a valu plusieurs mois d'arrêt maladie. À son retour, Sylvie a adopté une stratégie personnelle d'adaptation à la tension du collectif : elle a décidé de ne plus voir les choses de la même manière, de « lâcher prise » (sic) sur certaines choses, et de rester fidèle à ce qu'elle pense devoir faire sur d'autres choses, sans pour cela exiger de ces collègues la même chose. Autrement dit, Sylvie reste fidèle à elle-même en acceptant que les autres travaillent différemment. Avec ses deux premières associées, elles ne se reçoivent plus comme des amies, elles n'ont plus que des relations professionnelles. C'est à ce prix qu'elle peut continuer à travailler dans ce groupe qu'elle a pensé quitter un moment.

Ces trois derniers exemples sont des observations qui ont été relevées et retransmises ici pour illustrer des moments de vives tensions entre infirmières au moment de notre enquête. Mais il ne s'agit pas de cas isolés. Il existe en effet des formes d'expression d'individualités observées de façon régulière, fréquente, voire systématique dans l'ensemble des cabinets étudiés, comme par exemple la variation de pratiques d'un même soin technique, même lorsqu'il s'agit d'exécuter un soin technique protocolarisé. Les infirmières interrogées sur ce phénomène expliquent que dans un soin technique, de grandes règles sont à respecter (des règles d'hygiène par exemple) et qu'à partir de là, chacune peut exécuter son travail avec une certaine singularité. Mais au-delà de cette observation de pratiques variées, nous avons relevé dans les discours des infirmières, comme dans nos observations, que chacune concrétise sa pratique professionnelle en fonction de valeurs dont elle est porteuse. Les valeurs morales les plus fréquemment revendiquées sont le respect et la dignité. Prenons l'exemple du respect. Il existe différentes manières de respecter un patient. Pour certaines, ce sera de respecter les horaires convenus avec lui et d'arriver à l'heure au rendez-vous. Pour d'autres infirmières, respecter la personne passera par le fait de prendre du temps dans le cadre d'une relation d'aide. La première ne respectera pas la détresse de la personne qu'elle a en face d'elle, la deuxième se mettra en retard et ne respectera pas les horaires convenus avec les patients inscrits plus tard sur son agenda. Les deux infirmières ont

l'impression de faire preuve de respect, elles ont deux conceptions de ce qu'est respecter un patient.

De la même façon, nous pourrions prendre l'exemple de la conception que chaque infirmière a de ses devoirs vis-à-vis des tiers gestionnaires que représentent les caisses d'assurés. Ces caisses formulent des injonctions ou des incitations à des pratiques telles que instruire le dossier de soins de la personne soignée, prescrire le matériel nécessaire à la réfection de pansements sans s'adresser au médecin, établir des démarches de soins infirmiers. Dans un même cabinet, nous avons pu observer qu'une infirmière instruisait systématiquement toutes les feuilles du dossier de soins quand une autre n'instruit que la feuille concernant les actes du jour, sans reporter le nom du patient sur cette feuille. À travers de tels petits actes, ce sont de vraies différences de conceptions de leur profession que les infirmières expriment. Obéir aux injonctions des caisses d'Assurance Maladie serait, pour la première, conforme à une conception de l'infirmière libérale « actrice de santé publique », alors que ne pas obéir à ces injonctions permettrait à la seconde de revendiquer la libre initiative que lui confère son statut de libéral. De telles différences de conceptions de leur profession nourrissent des tensions et peuvent alimenter les discussions lors des remises à plat que représentent les moments de conflits ouverts (Campagne, Ville Centre, Ville Sud, Ville Nord).

L'expression des individualités émerge dans des contextes de relations professionnelles (une information professionnelle à partager, des « conventions » internes au cabinet non respectées, une relation professionnelle qui devient personnelle à l'insu des collègues) et prennent appui sur des valeurs telles que la conception de leur travail ou des valeurs morales. Notre objet ici n'est pas de relever des idiosyncrasies mais bien plutôt de comprendre comment l'expression de ces individualités est régulée à l'intérieur du collectif infirmier de façon à ce que se poursuive l'activité de ce collectif.

3.2.2.2 Le travail de tentative de régulation des individualités discordantes

Le travail de régulation des individualités discordantes se fait dans le cadre des interactions entre infirmières d'un même cabinet. Ayant quitté l'hôpital parce qu'elles étaient (entre autre) à la recherche de relations professionnelles plus harmonieuses, les infirmières libérales donnent toutefois à voir un travail d'imposition de statut des unes envers les autres (Strauss, 1992b), voire l'usage d'une forme de domination comprise

comme une « *dissymétrie des ressources individuelles* » (Corcuff, 2007 : 87). Alors que juridiquement, les infirmières d'un même cabinet ont toutes le même statut¹⁰⁹, des ressources individuelles sont mobilisées pour réguler les relations entre elles. Il en est ainsi de l'ancienneté d'exercice au sein du cabinet considéré.

FACTEUR DE RÉGULATION 1 : L'ANCIENNETÉ DANS LE CABINET

Plus que l'âge du diplôme, l'ancienneté dans un cabinet, c'est-à-dire la date d'entrée et donc la longévité d'une infirmière dans ce cabinet est une ressource individuelle qui a un impact sur les relations entre infirmières. En effet, l'ancienneté est directement liée à la taille de la mémoire véhiculée par cette infirmière. La plus ancienne est dépositaire de la mémoire du cabinet. Or les événements qui ont fait son histoire comme les choix quotidiens effectués par les infirmières au fil du temps donnent sa particularité à un cabinet. Il existe ainsi des profils de cabinets infirmiers, privilégiant plutôt des activités techniques ou plutôt des activités relationnelles (soins auprès de patients souffrant de pathologies psychiatriques par exemple). Toute nouvelle décision prise par un membre va s'inscrire dans cette histoire. Or ces nouvelles décisions peuvent adhérer à la ligne conductrice tracée depuis des années ou, au contraire, la bousculer. C'est alors que l'ancienneté d'une infirmière va entrer en jeu. Par cette infirmière, il sera rappelé aux nouvelles infirmières qu'elles s'inscrivent dans une histoire, dans une ligne conductrice qui leur avait été énoncée lors de leur arrivée. Innover ne paraît pas négociable, bien que des formes de résistance aient été observées de la part des « nouvelles » infirmières pour qui l'ancienneté ne justifie pas, à elle seule, l'autorité que leurs associées les plus anciennes tentent de maintenir.

FACTEUR DE RÉGULATION 2 : UNE SPÉCIALISATION RECONNUE DANS UN DOMAINE

Il arrive qu'une expérience antérieure (le fait d'avoir travaillé dans un service hospitalier spécialisé ou le fait d'avoir suivi des formations spécifiques) confère à une infirmière des compétences supplémentaires reconnues par ses pairs. Sa parole aura alors plus de poids que celle des autres dans ce domaine spécifique, ce qui lui confèrera une position de dominante sur un thème donné (Ville Nord). Mais cela n'est pas systématique, comme nous l'avons vu à propos des soins de plaies dans un paragraphe précédent présentant des situations « immobiles ». La spécialisation ou la formation dans un domaine précis de l'une des infirmières est justement révélatrice des enjeux de domination entre elles : il arrive que des infirmières résistent à cette forme de

¹⁰⁹ La plupart des infirmières sont associées, sans relations verticales de hiérarchie

domination en ne changeant rien à leurs habitudes de travail alors qu'elles ont pris connaissance des nouvelles préconisations en vigueur dans la profession, préconisations transmises, entre autre, par leur collègue spécialisée.

FACTEUR DE RÉGULATION 3 : LE VOLUME DE JOURS TRAVAILLÉS

Le nombre de jours travaillés dans le mois, autrement dit le volume occupé par chacune dans le planning peut être un argument avancé pour argumenter une décision professionnelle prise individuellement mais qui aura un impact sur le travail des autres infirmières d'un même cabinet. En effet, une infirmière récemment intégrée au cabinet (qui aurait donc moins de poids qu'une ancienne) et ne serait pas « spécialisée » dans un domaine et donc pas forcément plus compétente qu'une autre, peut faire valoir son grand nombre de jours de travail dans le mois pour prendre le droit de décider sans consulter les plus anciennes ou les plus « spécialisées » car la décision qu'elle prendra la concernera davantage que les autres. Ce volume de jours travaillés pèse dans l'équation qui règle les relations de domination entre professionnelles. Cette infirmière utilise son volume de travail comme une ressource individuelle pour décider à la place des autres.

FACTEUR DE RÉGULATION 4 : L'INVESTISSEMENT PERSONNEL

Les motivations qui sont prêtées à une collègue par une infirmière relève d'hypothèse que celle-ci émet à propos de l'investissement personnel de celle-là (Strauss, 1992b). Cette hypothèse sera le fondement d'une imposition de statut de la première vers la seconde. Or, les infirmières n'ont pas toutes la même histoire avec le cabinet dans lequel elles travaillent. Certaines sont les fondatrices ou les repreneuses d'un cabinet qui représente pour elles un projet professionnel qu'elles ont matérialisé. Celui-ci est alors investi d'une attente de résultats, compris dans le sens de retours financiers permettant de vivre, mais aussi de satisfaction personnelle. Les fondatrices ont donné à leur cabinet une forme (fonctionnement, choix de patientèle, ...) qui leur conviennent et qu'elles ont choisi, quelquefois seules. Elles entendent y évoluer en assumant les conséquences de leurs choix : par exemple peu de revenus parce que l'activité est souhaitée réduite en comparaison d'autres cabinets, ou encore peu de temps passé avec chaque patient parce que le choix a été fait de répondre à toutes les demandes de soins, ... Pour d'autres infirmières, arrivées plus tard dans l'histoire du cabinet, travailler à cet endroit peut ne représenter qu'une opportunité (le cabinet est voisin de leur nouvelle adresse personnelle par exemple), opportunité de travail qui a été choisie parmi d'autres. Les motivations peuvent ne pas être les mêmes. La

connaissance de ces motivations (ou l'hypothèse de la connaissance de ces motivations) régule les interactions entre infirmières, y compris en cas de discordes (Campagne, Ville Centre).

FACTEUR DE RÉGULATION 5 : DES INTÉRÊTS DIVERGENTS QUI ÉVOLUENT AVEC LE TEMPS

Si chacune des infirmières d'un même cabinet n'a pas la même représentation du cabinet dans lequel elle travaille, elle n'y poursuit pas non plus les mêmes objectifs. Pour les unes ce sera avant tout une source de revenus, au sein d'une organisation plastique qui permet de faire varier leurs revenus au gré des envies ou des besoins. Pour d'autres le fait de travailler en libéral sera justement la possibilité de choisir la qualité de son propre travail. Les intérêts divergents concernent aussi les situations personnelles ou familiales qui sont des situations en évolution : les enfants grandissent, des maladies surviennent. Ces intérêts divergents sont source de tensions permanentes car les besoins financiers ou les besoins de disponibilité peuvent évoluer dans le temps pour chacune des protagonistes et ce critère peut prendre plus ou moins de poids dans l'équilibre nature/quantité du travail. C'est donc dans un environnement que les infirmières maintiennent en perpétuelle redéfinition qu'elles évoluent. En racontant l'historique des cabinets, ou celui de certains événements (arrêt maladie par exemple), les infirmières font nettement ressortir que l'équilibre trouvé à un moment est toujours fragile et qu'une partie du travail infirmier libéral est de se repositionner de façon quotidienne face aux autres et à leurs décisions.

3.2.3 Régulation des individualités et un *souci de soi collectif*

En guise de conclusion, nous pouvons dire que le « travailler ensemble » à l'intérieur d'un cabinet d'infirmières libérales est le résultat d'un travail d'organisation qui actualise des logiques organisationnelles autodéterminées par les membres d'un même cabinet. Ce travail d'organisation découle de la nature même des soins qui imposent partage et consensus. Mais le « travailler ensemble », c'est aussi un travail de régulation de la « dissymétrie des ressources individuelles » qui passe par les interactions entre infirmières. En allant vers le libéral, les infirmières espéraient pouvoir laisser exprimer leurs individualités. Elles sont allées vers un système de singularité, dans lequel « *chacun ou chacune est pareillement unique* » (Rosanvallon, 2011). À l'intérieur d'un cadre juridique, elles s'entendent sur la manière dont leurs singularités vont pouvoir s'exprimer mais il arrive que ces singularités s'affrontent et que le lien entre elles soit tumultueux. Ce travail de régulation est dynamique dans le sens où il s'inscrit dans la durée. Ce temps long peut entraîner un sentiment d'inconfort,

notamment lorsque les décisions à prendre doivent intégrer des paramètres liés aux individualités des associées, au risque de malmenager les relations entre les infirmières. C'est ainsi que Sylvie (infirmière Centre à Ville) nous avouera : « *Des fois je me dis que ce serait bien d'avoir un chef qui tranche* ». Nous entendons dans cette phrase tout l'inconfort que cette infirmière ressent à gérer cette recherche perpétuelle d'un équilibre jamais longtemps trouvé. Mais en même temps, la ténuité de ce point d'équilibre semble inhérente au choix fait par les infirmières libérales de s'autogouverner.

En se donnant les moyens de réguler leurs individualités, le collectif infirmier (le cabinet) secrète une forme de *souci de soi collectif*, néologisme qui n'a d'autre valeur que d'insister sur le caractère unitaire d'un cabinet infirmier lorsqu'il se pense dans son rapport à la cité. En effet, en cherchant un point d'équilibre, un cabinet infirmier entretient un « *rapport vertueux à soi, qui seul peut procurer pouvoir (sur soi) et liberté, [et] se comprend en effet comme une « raison pratique* » qui permet à chacun de déterminer, comme l'indique Aristote dans l'*Éthique à Nicomaque* : « *ce qu'on doit, comme on le doit, quand on le doit* » (Mozère, 2004). Chaque cabinet agit alors comme une unité, intègre, qui se positionne dans l'espace du système de santé.

Après avoir décrit comment se construit l'unité que représente un cabinet infirmier libéral, revenons à la liberté décrite par les infirmières libérales et intéressons-nous maintenant à une forme de liberté, celle de donner un profil à sa propre activité.

3.3 Choisir son activité ou la liberté de donner un profil à son métier

Par « choisir son activité », nous entendons le fait que les infirmières libérales se donnent la possibilité de ne pas accepter une demande de soins qui leur serait faite. Nous avons vu avec l'obligation de continuité de soins que lorsque les infirmières prennent un premier rendez-vous, elles s'engagent jusqu'à la fin de la prescription ou la guérison, ou encore jusqu'à ce qu'un évènement survienne et stoppe les soins (hospitalisation, décès, ...). Il existe des possibilités de mettre fin à des soins en dehors de ces cas de figures, mais c'est au prix de démarches écrites, protocoles rarement mobilisés par les infirmières. C'est pourquoi accepter un nouveau soin, répondre par l'affirmative à une nouvelle sollicitation est un engagement de leur part. Cet engagement est argumenté car il faudra, dans un deuxième temps, trouver les moyens matériels et temporels de faire face à ce soin et à ses contraintes. De plus, s'engager dans une série de soins, c'est engager toute l'équipe d'infirmières (du fait d'un emploi du temps par roulement). Accepter un nouveau soin se fait donc en fonction d'un

consensus préalablement établi entre les infirmières d'un même cabinet (sauf dans les cabinets organisés sur le mode entrepreneurial comme le cabinet Sud où Jean-Bernard est le seul à décider). Dans l'ensemble des cabinets rencontrés, le principe de base est de ne pas refuser de soins a priori, pour la raison que les soins effectués sont la principale source de revenus et qu'il faut continuer à effectuer ces soins pour continuer à percevoir des revenus. Le refus n'est donc pas fréquent. Toutefois, ce n'est pas pour autant que les infirmières acceptent tout et répondent à toutes les sollicitations. Opérer des choix est en soi une pratique liée à l'organisation du travail infirmier.

Comme nous l'a déjà montré Françoise Bouchayer, les infirmières libérales, pour supporter leur métier, élaborent des « systèmes de préférences », processus permettant la « *constitution orientée de la patientèle, de l'organisation du travail et de la délivrance et réalisation des soins* » (2008a : 114)¹¹⁰. Nous avons, pour notre part, relevé ces différents procédés et identifié les critères permettant aux infirmières d'orienter leur activité. Nous les présentons ici en deux temps : le premier temps est consacré à la sélection des personnes bénéficiaires des soins infirmiers, le second s'intéresse à la sélection des soins.

3.3.1 La sélection des bénéficiaires de soins :

Lorsqu'une infirmière reçoit une demande de soins ou de démarche, elle est dans la situation de la professionnelle de santé choisie. En effet, ce sont, le plus souvent, les personnes elles-mêmes ou leur famille qui font la démarche de demander aux infirmières d'effectuer les soins prescrits par les médecins. Jusque-là, nous pouvons considérer que nous sommes dans le respect de la loi permettant à l'utilisateur de choisir son praticien. Mais les faits montrent que si le malade (pour reprendre le terme du texte juridique¹¹¹) a le droit de choisir son praticien, celui-ci se laisse la liberté de satisfaire, ou non, cette sollicitation. C'est ainsi que les infirmières libérales, au moment de répondre, vont prendre en considération plusieurs éléments qui leur seront délivrés dès les premiers mots de la communication téléphonique. Ces éléments répondent aux questions suivantes : qui sera la personne bénéficiaire des soins ? (L'infirmière la connaît-elle ? Fait-elle partie de sa patientèle ? Ou est-ce une nouvelle personne ?) ;

¹¹⁰ Françoise Bouchayer (2008 a) montre qu'il en est de même chez les kinésithérapeutes et médecins généralistes libéraux

¹¹¹ Article L1110-8 du Code de la santé publique, Partie législative, Première partie : Protection générale de la santé, Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé, Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé, Chapitre préliminaire : Droits de la personne : «Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. »

Quelle est son adresse ? (Il faut la situer géographiquement) ; Quelle est la personne qui exprime la demande (Est-ce la personne elle-même ? Un membre de sa famille ? Dans ce cas, quel membre ? Quelles relations de soutien entre ces deux personnes laissent supposer l'appel téléphonique ?). Cet appel peut renseigner sur un éventuel adressage par un médecin, un voisin, un pharmacien. Ces quelques éléments, saisis très tôt dans la conversation, vont permettre à l'infirmière répondant à l'appel de comprendre rapidement qui est demandeur et dans quelle configuration sociale il se trouve. Comme nous l'avons signalé, la majorité des appels est suivie d'une réponse positive. La question se pose alors de savoir pourquoi une infirmière décide de ne pas accepter un patient, de ne pas retenir sa demande de soins. Nous avons identifié trois éléments qui participent à la décision.

Nous débutons cette liste par l'argument le plus solide, celui qui va peser lourdement dans la décision : le fait de connaître cette personne (ou sa famille). S'il s'agit d'un ancien patient, la sélection a déjà eu lieu par le passé, il n'est alors plus besoin de réfléchir une nouvelle fois à son propos : la demande sera honorée. Les infirmières nous ont indiqué à plusieurs reprises que les patients les recontactent par fidélité et qu'il ne faut pas les décevoir. En fait, chaque soin ou série de soins est un événement dans une histoire relationnelle qui se déroule entre infirmière et bénéficiaire de soins, et qui peut se déployer sur plusieurs années.

S'il ne s'agit pas d'un ancien patient, mais que cette personne (ou sa famille) est connue des infirmières pour d'autres raisons, comme c'est le cas à Campagne, dans un petit village où (presque) tout le monde se connaît, refuser de s'occuper d'une personne sera très vite rendu public et cette décision peut alors être délétère aux relations que les infirmières entretiennent avec une partie de la population. Les infirmières de Campagne disent elles-mêmes ne pas avoir trop le choix. L'interconnaissance les contraint à accepter. Mais à Ville, les infirmières refusent plus facilement qu'à Campagne un nouveau patient qu'elles ne connaissent pas et trouvent les arguments pour le refuser : elles n'ont pas de place dans leur tournée, ou encore la personne n'habite pas sur leur secteur géographique.

En effet, et c'est là le second argument, les infirmières ont une idée précise du secteur géographique sur lequel elles interviennent et de ses limites : éléments géologiques à Campagne (une rivière, l'extrémité d'un plateau), ou éléments urbanistiques à Ville (un canal, un boulevard). L'argument géographique est très utilisé par les infirmières pour refuser des demandes. La chose est à nuancer lorsque le cabinet en est à ses balbutiements car, bien qu'un secteur géographique ait été imaginé comme secteur « idéal » des activités à venir, il faut trouver un équilibre entre l'activité en cours

(qui ne permet pas encore les revenus envisagés) et la volonté d'implantation dans un secteur déterminé. Jean Bernard (du Cabinet Sud) acceptera ainsi d'aller faire des soins en dehors du secteur envisagé lors de son installation.

Le troisième argument qui permette aux infirmières de décider d'accepter ou de refuser un patient est la « complexité » de sa situation. Par situation « complexe », les infirmières décrivent une situation où se mêlent des soins qui demandent du temps, rallongés par le fait que l'habitat n'est pas facilitant (par exemple une salle de bains située à l'étage, difficile d'accès pour la personne), sur lesquels peut se greffer une situation sociale difficile (indifféremment : des relations tendues entre époux, peu de revenus, une famille « trop ou trop peu » présente). De telles situations nous sont présentées comme ne pouvant aller qu'en se compliquant alors que « *on peut pas pallier à tous les problèmes sociaux* » (entretien avec Pauline, à propos de Jean, Campagne). La majorité des cabinets rencontrés tentent de trouver une solution par téléphone, en dirigeant la demande vers une autre structure : services de soins infirmiers à domicile ou centre de soins. Le cabinet Est, lui, répondra favorablement à ce genre de demande. En effet, ce n'est que dans un deuxième temps qu'Huguette, infirmière dans ce cabinet et par ailleurs administratrice d'un service de soins infirmiers à domicile, trouvera une solution pour une personne demandeuse de soins en organisant autour d'elle la mise en place d'autres partenaires et en se positionnant en conservant ce qu'elle considère être de son ressort : les soins infirmiers techniques.

La sélection des bénéficiaires de soins infirmiers se fait donc en priorité en fonction de l'existence d'une histoire relationnelle, de la géographie, puis ensuite en fonction de la connaissance des partenaires existant dans l'environnement et de la possibilité à leur recours. À l'image de ce que Nicolas Dodier (1993) montre lors de l'admission à l'hôpital, la sélection des patients en libéral relève de plusieurs ordres de jugement, en l'occurrence sociaux et géographiques.

3.3.2 La sélection des soins :

Nous venons de voir que la demande d'un soin se traduisait d'abord par la demande de prendre en soin une personne. Ce n'est que dans un deuxième temps que les infirmières libérales examineront la demande de soin. Étudier comment s'opère la sélection des soins et dresser la liste des critères de sélection permet de situer les priorités que les infirmières libérales ont défini au sein de leur groupe. Cette sélection permet de les situer dans leurs relations avec les patients, les familles, et les autres professionnels.

LA NATURE TECHNIQUE DU SOIN

Au moment de la sélection des patients, l'idée première est plutôt d'accepter toute personne demandeuse. De la même façon, pour la sélection des soins, il existe un mot d'ordre, unanimement exprimé dans les cabinets enquêtés : ne jamais refuser un soin technique, c'est-à-dire un soin côté en AMI (acte médical infirmier). Il s'agit des actes prescrits par les médecins, demandant une connaissance pratique, technique, voire une dextérité pour leur exécution. Ce sont par exemple des injections, des pansements, des cathétérismes. Ces actes, souvent invasifs, sont valorisés par les infirmières : ils ne peuvent être pratiqués que par elles ou par leurs prescripteurs, c'est-à-dire les médecins. Ces gestes permettent de souligner la proximité professionnelle entre infirmières et médecins. Or ces derniers ne pratiquent qu'exceptionnellement de tels actes au domicile des patients. Et même s'il s'agit de soins longs, qui nécessitent des conditions rigoureuses d'asepsie, qui exposent donc les infirmières à des risques de fautes professionnelles, ces soins seront toujours valorisés et, de ce fait, acceptés. Par certaines infirmières, ils seront présentés comme le cœur de leur métier. De façon générale, les infirmières libérales ne refusent pas les soins techniques¹¹².

LE VOLUME DE L'ACTIVITÉ DE SOINS

Le volume de l'activité visé par une équipe infirmière est une autre raison d'accepter ou de refuser un nouveau soin. En la matière, nous avons observé deux stratégies. Certaines équipes d'infirmières cherchent à maintenir l'équilibre qu'elles ont trouvé dans leur activité. Chacune des infirmières du cabinet sait qu'elle ne veut pas travailler plus que ce qu'elle fait déjà car le rapport du volume de jours travaillés sur le volume de revenus lui convient. Il faudra donc à ces infirmières doser entre les nouvelles propositions de soins et les fins de soins programmées de façon à maintenir une activité constante (c'est le cas des cabinets Centre et Fleuve). D'autres infirmières pensent qu'il leur faut répondre à toutes les demandes et qu'il est de leur ressort de trouver l'organisation qui permettra de répondre à ces demandes : en travaillant chacune plus de jours, ou bien en faisant des journées plus longues, ou encore en multipliant le nombre de collègues dans le cabinet (cas des Cabinets Nord, Sud, Est). Le cabinet Campagne est à une place intermédiaire entre ces deux stratégies. Les infirmières qui y travaillent tiennent un discours proche des cabinets Centre et Fleuve, visant au maintien

¹¹² Nous avons par ailleurs connaissance de situations de refus de soins techniques au prétexte que ces soins demandaient un apprentissage que les infirmières ne possédaient pas toutes en sortant de leur formation initiale, et que ces soins imposaient des horaires stricts, qui plus est sur une amplitude horaire importante, ce qui représentait, dans ce cas, des contraintes fortes pour ces infirmières. De telles situations n'ont pas été rencontrées sur le terrain de l'enquête.

d'un équilibre. Mais elles savent que devant une affluence de demandes, elles ne pourront pas décliner faute d'autres cabinets susceptible d'absorber cette demande sur leur secteur. De plus, elles sont tenues par leur réputation, comme nous l'avons vu précédemment. Ces infirmières rurales savent donc qu'elles doivent par moments accélérer leur cadence de travail et fournir plus d'efforts en attendant le retour à des périodes plus calmes (comme dans les cabinets Nord, Sud et Est). La fluctuation de leur activité n'est pas le fait de leur choix : les infirmières de Campagne sont plus tributaires de la demande que les infirmières des cabinets urbains. C'est par la balance (indépendante de leur volonté) entre des périodes de forte demande et des périodes de faible demande qu'elles trouvent l'équilibre moyen qu'elles visent. Les fluctuations peuvent quelquefois s'étaler sur une période de temps longue. Si cette période s'étire trop, les infirmières trouvent alors des solutions internes au cabinet en échangeant des jours de travail et des jours de repos entre elles pour, individuellement, se rapprocher des objectifs d'activité et de revenus de chacune. Ces arrangements interindividuels, que les infirmières libérales apprécient, sont des pratiques organisationnelles dans le sens où ils permettent aux infirmières de respecter la logique avec laquelle elles organisent leur activité de groupe.

LA POSSIBILITÉ D'INSCRIRE LE SOIN DANS LE TEMPS DE LA TOURNÉE PRÉEXISTANTE

Après la nature du soin et le volume de l'activité du cabinet, un troisième critère permet aux infirmières libérales de sélectionner un soin : il s'agit de savoir si ce soin pourra s'inscrire dans la tournée. C'est-à-dire lui trouver une place. Accepter un soin, c'est prendre rendez-vous. C'est donc l'inscrire dans une tournée déjà établie, au milieu d'autres rendez-vous. Si ce soin est prévu pour être dispensé au long cours, il s'agit de lui trouver une place dans la journée qui convienne d'un côté à la personne bénéficiaire, et d'un autre côté au déroulement de la tournée. Une tournée est une succession de temps prévus (les rendez-vous) dans un espace donné (le territoire). Le nouveau soin doit pouvoir s'inscrire dans cette tournée sans en perturber les principes : les rendez-vous déjà donnés et le déroulement géographiquement logique.

La construction d'une tournée obéit à quelques règles de base qui relèvent du bon sens. Certains soins seront prévus à heures imposées, sinon par la pathologie elle-même, du moins par la thérapeutique¹¹³. Ces soins, quotidiens, donnent un premier squelette à une tournée. Ils sont immuables et leurs situations géographiques vont dicter

¹¹³ Par exemple les injections d'insuline aux personnes diabétiques se font à heures fixes. La pose ou le change de poches de dialysat dans le cas de dialyse péritonéale des personnes porteuses d'insuffisance rénale chronique se font plusieurs fois par jour.

l'inscription des autres soins dans la tournée. À cela se rajoute des soins occasionnels qui demandent tout de même des horaires particuliers : les prises de sang à jeun par exemple. Leur inscription dans la tournée dépendra des soins à horaires fixes déjà programmés, et de leur localisation géographique. Enfin, les infirmières programment les soins sans horaires fixes : un pansement peut être fait, *a priori*, à 9 heures comme à 11, de la même façon qu'un soin d'hygiène. Mais c'est sans compter les demandes des patients ou des familles qui peuvent avoir des préférences, voire des exigences. Ce sera par exemple la demande de Mme Résidence que les soins d'hygiène à son mari soient faits au moment où elle s'absente elle-même du domicile pour aller à son cours de yoga. Cette solution présente trois avantages : elle permet à Mr Résidence d'avoir une présence de façon quasi continue, elle autorise Mme Résidence à vaquer à ses occupations l'esprit plus libre, et elle favorise une relation exclusive entre les infirmières et Mr Résidence, relation qui ne sera pas parasitée par la présence de Mme Résidence¹¹⁴. Dans la construction d'une tournée, il y a des obligations liées aux soins et des préférences exprimées par les bénéficiaires ou leur famille. Mais il y a aussi d'autres éléments qui ne tiennent ni aux soins ni aux personnes, mais bien plutôt aux professionnels et plus particulièrement à leur confort. Par confort, nous entendons les commodités dont une professionnelle peut agrémenter son travail. Les heures de rendez-vous des soins mobiles peuvent être données en fonction de l'adresse personnelle de l'infirmière : elle commencera le matin par les patients les plus proches de chez elle. Par ailleurs, elle s'arrangera pour ne pas avoir de temps morts dans sa tournée, pour que les rendez-vous s'enchaînent sans interruption, ou au contraire elle se prévoira un temps personnel pour effectuer une course ou s'arrêter boire un café. Ces petits arrangements personnels sont appréciés par les infirmières. Ils restent invisibles aux patients. Là encore, ces pratiques individuelles s'inscrivent dans la logique organisationnelle du cabinet et répondent au double objectif du fonctionnement du cabinet (dans le sens où les soins sont faits), et de la satisfaction de la professionnelle (dans le sens où elle fait vivre son sentiment de liberté et de maîtrise de son temps).

LA NATURE DU SOIN VERSUS SON RAPPORT FINANCIER

Certains types de soins, avant d'être acceptés par les infirmières, seront systématiquement passés à la balance décisionnelle des avantages et des inconvénients car ils peuvent cumuler plusieurs inconvénients. Ce sont les soins qui, d'une part, s'envisagent sur le long terme (il faudra par conséquent leur trouver une place durable dans la tournée) et qui, d'autre part, ne présentent pas un caractère technique valorisant.

¹¹⁴ C'est ainsi que les infirmières concernées ont qualifié la présence de Mme Résidence.

Les soins d'hygiène en sont l'exemple type. Les différents cabinets enquêtés affichent clairement que ce type de soins est nécessaire de façon à assurer un revenu minimum, régulier, sur lequel le cabinet peut compter souvent au long cours (« *En sachant qu'il faut quand même qu'on ait des soins comme ça pour continuer à vivre* » nous dira Pauline lors d'un entretien à propos de Gustave). Ces mêmes cabinets hésitent toutefois à intégrer des soins d'hygiène dans leurs tournées. À cela plusieurs raisons sont invoquées. La première d'entre elles est que ces soins peuvent être faits par d'autres professionnelles (les aides-soignantes, voire les auxiliaires de vie sociale). De ce fait, il s'agit de soins qui ne sont pas valorisants pour les infirmières. Et c'est là le quatrième critère de sélection des soins.

LA VALEUR SYMBOLIQUE DU SOIN

Les soins d'hygiène sont considérés comme le *sale boulot* (Hughes, 1996a) qui peut être délégué, voire relégué (Arborio, 1995). Certaines infirmières valorisent toutefois l'expertise nécessaire à la surveillance de l'évolution de l'état de la personne nécessitant ce type de soins. L'aspect relationnel, qui est inclus dans ces soins au long cours, est lui aussi valorisé. Mais ces arguments ne suffisent pas toujours à fédérer des associées d'un même cabinet vers la décision d'intégrer de façon durable une toilette à leur tournée. La pénibilité du geste (il faut se plier, se pencher, quelquefois se contorsionner, éventuellement déplacer la personne, porter du poids), les contraintes de l'environnement (l'exiguïté d'une salle de bains, l'étage qu'il faut monter en suivant un patient aux déplacements lents et incertains) sont autant d'arguments qui pèseront dans la décision d'accepter un soin qui revêt des caractéristiques dévalorisantes.

LA POSSIBILITÉ DE NÉGOCIER AVEC LE BÉNÉFICIAIRE

C'est alors qu'intervient le cinquième critère de sélection des soins : la possibilité de négociation. En effet, un horaire de passage ou encore le contenu d'un soin peuvent être négociés. Nous avons pu observer que des infirmières s'apprêtaient à refuser de s'occuper d'un coucher au double motif que d'autres professionnelles pouvaient le faire (en l'occurrence des auxiliaires de vie sociale présentes en fin de journée chez cette personne), et que ce coucher n'était pas médicalisé (ce qui peut signifier qu'il n'y a pas d'incontinence, ni de technique de mobilisation particulière). Mais au final, les infirmières ont accepté d'effectuer ce coucher. C'est en les faisant expliciter cet exemple que nous obtenons les détails de la transaction : les infirmières viendront coucher cette personne (c'est-à-dire l'installer au lit pour la nuit) à la condition que ce coucher se fasse à un horaire avancé, avant 19 heures. Les infirmières prendront en

charge ce soin (comme le souhaite la personne demandeuse) en contrepartie d'un horaire précoce (comme le souhaitent les infirmières). Les arguments infirmiers furent les suivants : soit il s'agit d'un « coucher infirmier », alors la personne est fatiguée et accepte d'aller au lit de bonne heure, soit la personne souhaite se coucher plus tard, elle n'est pas fatiguée, et ce n'est donc pas un « coucher infirmier ». Pour les infirmières, il est hors de question de faire des soins uniquement pour le confort des patients, surtout lorsque ce confort vient heurter le leur qui est de terminer leur journée de travail de façon à avoir une vie de famille en soirée. C'est ainsi que « *les professionnels ont une définition normative des besoins, qu'ils définissent eux-mêmes en fonction de la réponse qu'ils veulent ou peuvent ou non apporter* » (Henrard et Ankri, 2003 : 108). Cette définition normative des besoins pèse de tout son poids dans le cadre de négociations. Un soin sera d'autant plus facilement accepté que les infirmières auront entrevu, dès le premier contact téléphonique, la possibilité de négociations.

Si ces cinq premiers critères de sélection des soins trouvent leur ancrage dans la nature des soins, dans les priorités portées par les infirmières, dans l'organisation qu'elles font des soins, et enfin dans les possibilités de négociations entre les personnes qualifiées de dépendantes ou les patients et les infirmières, il existe d'autres critères qui permettent de choisir de prendre en charge un soin ou pas, critères liés à l'environnement plus large du travail des infirmières, à savoir les autres professionnels intervenant autour des patients ou personnes qualifiées de dépendantes.

LA RELATION AUX AUTRES PROFESSIONNELLES ET LA TENABILITÉ DU MÉTIER

Un sixième critère de sélection des soins est la relation directe que les infirmières peuvent avoir, et souhaitent avoir, avec les auxiliaires de vie sociale. Voici un exemple illustratif : les auxiliaires de vie sociale doivent attendre une heure dans leur voiture entre deux interventions, la deuxième consistant à aider une personne qualifiée de dépendante à s'installer à table. Elles restent dans leur voiture parce que leurs logements personnels sont éloignés de celui de cette personne, et leurs déplacements ne sont pas pris en charge par leur employeur dans ce cadre-là. Les infirmières, informées de cette situation, font la proposition d'aider elles-mêmes la personne à s'installer à table au moment où elles viennent surveiller la glycémie et faire l'insuline à cette personne, à savoir à l'heure du repas. Cet arrangement entre infirmières et auxiliaires de vie sociale ne peut exister qu'avec l'accord de l'employeur des auxiliaires qui devra distribuer différemment les heures d'aide allouées à cette personne. En proposant cette solution qui libère les auxiliaires de vie sociale d'une contrainte (attendre une heure dans leurs voitures), les infirmières montrent leur sensibilité à la situation personnelle des

auxiliaires de vie sociale. En contrepartie, les auxiliaires se verront demander par les infirmières de les dépanner, à l'occasion, en distribuant des comprimés qu'elles auraient elles-mêmes préparés, chez une autre personne chez qui elles n'auraient pas le temps de passer un jour, par exemple. Cet échange, ce don / contre-don est présenté par les infirmières comme une « bonne entente » existant entre professionnels différents et promouvant la « tenabilité » d'un travail sur autrui « difficile et qui ne va pas de soi » (Bouchayer, 2008a : 8).

En guise de conclusion, nous pouvons dire que le fait de choisir son activité, pour une infirmière libérale, est le résultat d'une combinaison d'éléments discutés avec ses collègues au sein du cabinet (volume d'activité visé, types de soins préférés, etc.). Choisir son activité, c'est suivre ses goûts, c'est faire vivre son « système de préférences » (Bouchayer, 2008a), mais c'est aussi tenir compte de la plasticité de l'environnement (dans le sens de la possibilité de négociations avec les personnes qualifiées de dépendantes, les familles, les autres professionnels). Choisir son activité c'est aussi inscrire une pratique organisationnelle dans la durée et tenir compte de la longévité de la relation entre infirmière et personne vivant à domicile, comme de la longévité professionnelle de l'infirmière qui se doit « *d'assurer la tenabilité, la supportabilité et la durabilité de (son) métier* » (Bouchayer, 2008a : 114)

Nous pouvons rajouter que l'étude du choix de l'activité permet de mettre en évidence le caractère dynamique d'un cabinet infirmier, dans lequel s'élaborent des « styles professionnels personnalisés » (Bouchayer, 2008a : 114) qui actualisent la notion de libre-choix avec laquelle les infirmières libérales se définissent.

3.4 Conclusion du chapitre 3

Un cabinet d'infirmières libérales fonctionne sur le mode de l'ordre négocié, même si les négociations sont quelquefois implicites. « Travailler ensemble » dans un cabinet d'infirmières libérales implique un travail d'organisation et un travail de régulation de la « dissymétrie des ressources individuelles » qui passe par les interactions entre infirmières. L'importance accordée par les infirmières à l'image de leur cabinet exposé au regard extérieur souligne l'inscription de ce cabinet dans un environnement relationnel qui peut voir s'épanouir des relations personnalisées entre infirmières et personnes soignées. L'organisation interne de ces cabinets, et les décisions qui y sont prises, montrent enfin l'importance que les infirmières accordent à

leurs propres préférences, donnant ainsi une direction à leur cabinet qui convienne à leurs choix personnels.

Ces choix personnels sont à comprendre comme un souci de soi, c'est-à-dire une volonté, pour ces infirmières libérales, d'être appréhendées dans leurs individualités, dans leurs singularités, ou comme le dirait Hervé Marchal, « *d'importer dans le monde du « nous » (du statut, des règles impersonnelles, du temps collectivement organisé) son « je »* (2014 : 334)».

Mais chez les infirmières libérales, le concept de « souci de soi » s'inscrit dans un plan à deux dimensions, spatiale et temporelle. D'un côté, le « souci de soi » change d'échelle et devient l'objet des pratiques du collectif-cabinet et non plus celui des seules pratiques individuelles. D'un autre côté, le métier d'infirmière étant régulièrement cité dans les études portant sur le « souci des autres » (Paperman et Laugier, 2011), l'exercer avec un statut libéral reviendrait à pratiquer un métier dans lequel le souci de soi précéderait le souci des autres. « Être sujet de sa pratique » (Ravon, 2008 : 49) devancerait le fait de se soucier de l'objet de cette même pratique.

En nous intéressant au fonctionnement d'un groupe de travail en libéral à travers leurs pratiques inhérentes au choix de l'activité (leur *ethos* de liberté, dirait Foucault, 1994), nous avons régulièrement croisé la notion du temps : il a été question d'inscrire un soin dans une tournée et de lui trouver son espace temporel ; nous avons également évoqué les retards légendaires de Marie-Pierre, la durée de la relation infirmière/personne qualifiée de dépendante, la longévité de la carrière infirmière. Nous avons par ailleurs rencontré divers supports matériels à des écrits professionnels avec lesquels les infirmières libérales s'accordent des libertés d'usage. Une analyse de l'activité infirmière libérale par les facteurs temporels et scripturaux est proposée dans le chapitre suivant. Elle illustre que les choix personnels sont pris en tenant compte d'éléments structurant l'activité professionnelle, mais que les infirmières s'arrangent pour garder la main sur ces éléments structurants.

Chapitre 4 : Le travail infirmier libéral en autorégulation continue

La liberté de choisir le profil de son activité d'infirmière libérale, celle d'entreprendre, ou encore de réguler les individualités au sein du groupe d'infirmières, s'accompagne d'un travail continu d'autorégulation et d'un souci de soi qui émane du collectif. Mais les interactions ne sont pas les seuls éléments structurants de leur activité : des éléments extérieurs peuvent y contribuer. L'analyse de l'activité infirmière libérale par les facteurs temporels (4.1), ou encore par des éléments scripturaux (4.2), permet d'illustrer cette autorégulation en montrant comment les infirmières libérales gardent la main sur ces éléments extérieurs. Et illustre une forme de liberté.

4.1 Ce que les ancrages temporels nous apprennent de l'exercice infirmier libéral

L'inscription des soins dans le temps est centrale dans la démonstration et l'analyse que nous pouvons faire des activités infirmières libérales. Le temps apparaît comme un cadre cognitif structurant l'action infirmière libérale alors que les pratiques professionnelles façonnent à leur tour le cadre temporel (Datchary et Gaglio, 2014). Cette co-construction prend forme à deux niveaux d'échelle : le niveau collectif (les infirmières organisées en collectif de travail) et au niveau individuel (une infirmière seule).

La notion de temps est présente dans tous les discours des infirmières libérales sur leur travail, à la fois lorsqu'elles évoquent la succession des temps, le fait que le temps passe, ou qu'elles parlent du temps comme des moments particuliers avec lesquels il faut composer, dans le cadre desquels il faut agir, saisissant l'opportunité qu'offre ce moment. Ces deux sens se retrouvent dans les concepts étymologiques forgeant le terme : *Chronos* (durée du temps) et *Kairos* (moment opportun, occasion).

La définition du temps est complexe et multiple. Le langage courant parle du temps ordinaire comme réunissant le temps physique, le temps vécu et le temps social (Dubar, 2014 : 4). Le temps est également considéré par certains auteurs comme une « *dimension centrale du fonctionnement de nos sociétés post-modernes marquées par l'accélération* » (Wierink, 2009 : 4 ; Rosa, 2013), et par d'autres auteurs comme n'existant pas dans l'absolu puisqu'il y aurait « des » temps, c'est-à-dire différents rapports au temps (Bouffartigue, 2005). Ces temps relèvent de plusieurs indicateurs : les durées, les rythmes, la prévisibilité et l'imprévisibilité, la maîtrise ou non du temps qui passe, mais relèvent aussi d'outils, matériels ou immatériels, dont se dotent les infirmières pour travailler avec ce temps (les horaires, le découpage du temps en séquences de soins qui sont autant de rendez-vous chronométrés, les plannings de travail, l'emploi du temps ...).

À partir des pratiques observées, et des discours tenus en relation avec cette notion de temps, deux temporalités émergent, qui s'inscrivent différemment dans la durée. Une première temporalité pointe : elle est courte, elle est celle de l'action située, celle des soins. Puis, derrière elle, apparaît une seconde temporalité, plus longue, dont la durée varie selon la nature de l'action planifiée, et fait ainsi apparaître des temporalités gigognes : la planification du travail infirmier s'inscrit dans la durée de la relation de soins qui elle-même s'inscrit dans le temps d'une carrière professionnelle.

À travers le fait que les activités de soins sont inscrites dans des horaires, et que les deux se co-structurent, ce sont différentes dimensions du travail infirmier qui se donnent à voir, tant au niveau des pratiques collectives, au sein d'un cabinet (4.1.), qu'au niveau des pratiques ou considérations individuelles d'une seule infirmière (4.2.). Les interactions avec les patients ou les personnes qualifiées de dépendantes, seront, elles aussi, composées de facteurs temporels (4.3.). C'est ainsi qu'une analyse de l'activité infirmière libérale par le facteur temporel permet d'articuler le « faire ensemble » (Becker, 1986) avec l'organisation quotidienne subjective, et montre comment ces deux éléments sont pris dans un tissu relationnel plus large.

4.1.1 Les pratiques collectives du travail infirmier libéral et le temps

4.1.1.1 Le cadre temporel façonne les pratiques collectives

Nous n'avons plus à montrer que le cadre temporel façonne les pratiques sociales : cela est largement présent dans la littérature, surtout anthropologique (Datchary et Gaglio, 2014 : 2). Mais dans le cadre de cette recherche, ce serait alors ne pas tenir compte de la parole des enquêtés qui, tant de fois, sont revenus sur un aspect ou l'autre du facteur Temps. C'est ainsi que nous proposons de reprendre les différents points montrant combien le cadre temporel façonne les pratiques collectives au sein d'un cabinet infirmier libéral.

Les actes infirmiers se partagent entre des actes cotés pour certains en fonction de leur nature et d'autres en fonction de leur temps d'exécution. Les premiers relèvent d'un paiement à la tâche : il s'agit des actes de nature médicale (AMI). Les seconds sont payés au temps consacré à leur déroulement (les AIS sont partagés entre des séances de moins ou de plus d'une demi-heure). Le temps (dans le sens de durée) devient ici un indicateur de la valeur de l'acte. La notion de temps précède l'acte, elle apparaît dès la conception de la gestion de l'activité de soins par le tiers gestionnaire qu'est l'Assurance Maladie.

Dans les pratiques infirmières libérales, connaître le temps passé à effectuer tous les soins (AIS¹¹⁵ comme AMI) est la norme. Norme qui s'acquiert dès le début de l'installation en libéral, et se transmet entre infirmières lors de l'intégration d'une nouvelle associée ou remplaçante. Interrogées sur la construction de la tournée, les infirmières disent savoir que pour une prise de sang, par exemple, il faut compter un quart d'heure à Ville Centre (se rendre au domicile, effectuer le prélèvement, et remplir les documents permettant la traçabilité de leur acte). Mais il faut également tenir compte de la faisabilité du geste dans ce temps standard, savoir si cette personne « a des veines » ou pas, c'est-à-dire si le geste sera facilité par l'état de la veine à ponctionner. En cas de difficulté à réaliser l'acte, le temps peut être doublé. De la même façon, la norme peut varier avec la saison : un habillage en hiver prendra plus de temps qu'en été (le nombre d'habits n'est pas le même, et leur pouvoir recouvrant - donc leur difficulté d'enfilage - non plus). Ces deux exemples illustrent que le découpage du temps est précis, à quelques minutes près. L'agencement de la tournée de soins se fait en fonction

¹¹⁵ AIS : Acte de Soins Infirmier AMI : Actes Médico-infirmier

de la connaissance de ces durées : l'organisation du travail est façonnée par le cadre temporel.

Un chronomètre donne l'indication du temps passé à faire le soin. Ce mesureur du temps se matérialise dans une montre-bracelet, dans la pendule de la voiture ou celle du téléphone portable, ou encore dans l'horloge murale sur laquelle l'infirmière jette un coup d'œil au domicile des personnes qualifiées de dépendantes. Le temps qui passe est régulièrement évalué au cours de la tournée. Sa mesure permet de connaître le temps restant jusqu'au prochain rendez-vous, ce qui dictera à l'infirmière qu'elle doit accélérer son rythme si elle veut respecter le programme qu'elle s'est fixée, ou au contraire qu'elle peut ralentir, prendre un peu plus de temps auprès de certaines des personnes qui restent sur sa liste (ou encore profiter de ce temps libéré pour faire une course, effectuer une démarche personnelle, s'arrêter boire un café, ...). Là encore, c'est le temps qui va façonner la pratique en lui dictant son allure.

Cette gestion du temps s'inscrit, au sein d'un cabinet infirmier, dans une pratique collective d'organisation de la succession des rendez-vous. Il s'agit d'une temporalité séquentielle communément appelée « tournée ». L'organisation de la tournée correspond à une ligne de conduite qui a fait l'objet d'accords internes au cabinet. Le principal accord porte sur l'architecture de la tournée ancrée dans les rendez-vous à heures fixes qui bâtissent l'armature de la tournée sur laquelle d'autres soins, moins « horaire-dépendants » viendront se greffer en tenant compte d'autres paramètres que nous avons déjà évoqués lors de l'explicitation de la sélection des soins opérée par les infirmières libérales. Nous n'y revenons ici que pour souligner le caractère fondateur de ce facteur temporel à la construction de la tournée et insister sur le fait que le cadre temporel façonne la pratique.

S'entendre sur les horaires, entre infirmières libérales, c'est donner l'image d'un groupe homogène, mais c'est aussi s'autoriser à ne pas accepter toutes les demandes qui leur sont adressées, ou à les accepter sous conditions. C'est ainsi que les infirmières libérales se permettent d'imposer des horaires de passage, de la même façon qu'elles se permettent de refuser d'effectuer leur passage à certains horaires. Par cette attitude s'opère une sélection des soins déjà évoquée : il y a des soins que les infirmières refuseront de faire parce qu'elles refuseront de les faire à l'horaire demandé, comme de coucher des personnes après 19 heures.

En refusant d'accéder à la demande horaire, les infirmières donnent les limites de l'amplitude horaire à l'intérieur de laquelle elles sont prêtes à travailler. Ce sont elles qui tiennent le métronome (Datchary et Gaglio, 2014). Elles endossent en cela les caractéristiques des professionnels indépendants qui choisissent leurs horaires et sont

moins que les salariés employés et surtout ouvriers, soumis à des horaires socialement qualifiés d'atypiques, les horaires de nuit par exemple (Hamon-Cholet, 1998). Mais la particularité des infirmières libérales par rapport aux autres professions indépendantes qui choisissent leurs horaires tient à la nature même de leur travail. Certains soins imposent des horaires atypiques (tôt le matin, tard le soir, soins quotidiens y compris le dimanche). En choisissant leur activité (sélection des soins), les infirmières libérales conservent le métronome en main. Les infirmières rencontrées tentent de contenir l'amplitude horaire de leur journée dans un espace qu'elles jugent compatible avec une vie de famille, ce qui est souvent traduit par une présence au moment du repas du soir, temps fort de la vie familiale (Bouffartigue et Bouteiller, 2006). En cela, leur statut prévaut sur leur métier qui voudrait, en situation de salariat, de ne pas choisir (aussi librement) ses propres horaires.

De la même façon, leur statut prévaut sur leur métier lorsque les infirmières libérales déclarent moins que les infirmières salariées être interrompues dans leur activité. Il est vrai que l'organisation même des soins à domicile (une infirmière, seule, face à une personne à la fois, dans un environnement privé) est un facteur d'intégrité du temps des soins. La raison la plus fréquente de la fragmentation du temps est constituée par les appels téléphoniques reçus sur le téléphone mobile, mais même ces appels peuvent être reportés aux temps interstitiels entre deux patients grâce à l'usage des messageries téléphoniques.

A contrario, le rythme de travail imposé par la nature des soins, c'est-à-dire les horaires coupés (pause de plusieurs heures l'après-midi), et les jours de repos en semaine pour récupérer des jours travaillés en week-end imposés par l'obligation de continuité des soins rapprochent les infirmières libérales de la logique de leur métier et les éloignent de celle du statut de travailleur indépendant (Hamon-Cholet, 1998 : 118).

Le temps est un angle d'analyse du travail des infirmières libérales qui permet de mettre en évidence la coexistence de caractéristiques de statut (travailleur indépendant) et de métier (infirmière). Il s'agit d'une coexistence d'opportunités (autonomie décisionnelle) et de contraintes (obligations professionnelles).

Il est un autre domaine dans lequel le cadre temporel façonne les pratiques : celui des soins relevant du rôle propre. Les infirmières libérales acceptent ce type de soins comme variable d'ajustement à leur activité (Vilbrod, 2012 : 223) mais aussi parce que par ces soins, elles peuvent « jouer » avec le cadre temporel. Les soins relevant du rôle propre sont cotés en fonction du temps passé à effectuer ces soins : moins de trente minutes, ou plus de trente minutes. Or ces séances de soins ne comportent pas tous les jours le même contenu. Il arrive que des soins d'hygiène soient découpés en plusieurs

séances : le lundi sera le jour de la douche complète, le mardi celui de la toilette intime seulement, le mercredi verra s'ajouter à cette toilette intime le lavage du dos et des pieds, et ainsi de suite. Nous savons par ailleurs que le contenu de ces séances de soins infirmiers est une porte d'entrée à d'autres prestations non cotées¹¹⁶. C'est pourquoi les infirmières n'hésitent pas à facturer des séances comme si elles duraient plus d'une demi-heure, même si le soin en AIS dure en lui-même moins que ce temps. L'activité réelle de soins se traduit en temps (en durée), alors même que le soin principal ne dure pas le temps facturé. À travers cet usage de la facturation, les infirmières utilisent le facteur « temps » comme le moyen de faire valoir leur travail effectif.

4.1.1.2 Les pratiques collectives façonnent le cadre temporel

Si, comme nous venons de le montrer, le cadre temporel façonne les pratiques, nous pouvons également illustrer le fait que les pratiques façonnent à leur tour ce cadre temporel. Cela donne à voir que les infirmières libérales gardent la main sur leur activité, même lorsqu'un facteur structurant intervient.

L'obligation de continuité de soins faite aux infirmières libérales impose une organisation temporelle de façon à ce que les soins puissent être prodigués tous les jours de l'année. Au niveau d'un cabinet infirmier, cela se déclinera par une entente entre infirmières sur un planning où alternent jours travaillés et jours de récupération pour chacune d'entre elles. Ces plannings sont le résultat d'accords entre les différents membres concernés sur le nombre de jours travaillés par mois ou par an. Cela aura pour conséquence, au niveau individuel, un emploi du temps personnel aménagé par ce planning.

Cette organisation du temps induit des temporalités alternées entre les infirmières d'un même cabinet. Les unes travaillent, pendant que les autres se reposent. Cela aura à son tour des conséquences sur les pratiques professionnelles : d'une part dans la transmission des informations nécessaires à la poursuite de l'activité, et d'autre part dans l'organisation de temps de travail commun en présence, comme des réunions. Le moment des transmissions d'informations est classique dans les soins infirmiers. Appelé la « relève », ou « les transmissions » en milieu hospitalier, il s'agit de ce moment où

¹¹⁶ Deux tiers des séances cumulent au moins un acte technique, un soin de prévention et un soin d'hygiène. (Source : CNAMTS/DDGOS/DOS/DPROF, Avril 2011 : « Résultats de l'enquête sur le contenu des actes AIS menée auprès des infirmiers libéraux ». Enquête menée en 2010 auprès de 1264 infirmières libérales). Ainsi, les soins techniques (habituellement cotés en AMI) effectués dans le cadre de ces séances ne sont pas cotés séparément, la séance cotée en AIS est un forfait pour l'ensemble des soins qui y sont effectués.

une équipe de soignants en relève une autre. Les informations se transmettent en présence des deux équipes, dans une unité de temps et de lieux. En libéral, la relève est individualisée, et se fait entre deux personnes, souvent par téléphone (pas d'unité de lieux), quelquefois par voie électronique (pas d'unité de temps). Si le cabinet a organisé son activité autour de plusieurs tournées, les informations sont souvent centralisées, en fin de tournée du matin, sur une infirmière. Il faut donc que des temps soient aménagés pour que l'information nécessaire à la poursuite de l'activité (évolution de l'état d'une personne, évolution des soins, modifications de protocoles, ...) circule.

Des soins nécessitent absolument d'être faits en début de journée (les prélèvements sanguins à jeun par exemple). Tous les soins qui ont trait à l'entretien de la continuité de la vie sont préférentiellement effectués le matin aussi (les toilettes faites le matin permettent à la personne d'avoir ensuite une vie sociale, son aspect physique lui permettant de sortir de chez elle, d'avoir des relations sociales). Enfin, les soins médicaux qui sont prescrits une fois par jour sont préférentiellement effectués le matin. Lorsque des soins sont prescrits deux fois par jour, il faut généralement laisser assez de temps entre les deux soins (celui du matin et celui du soir), ce qui induit que la deuxième partie de la journée de travail se fait préférentiellement en fin d'après-midi, voire en soirée. La majorité des cabinets étudiés ont ainsi une plage horaire sans soins en début d'après-midi. Sans soins ne signifie pas sans activité professionnelle puisque ce moment va justement être investi pour effectuer les transmissions quand elles sont téléphoniques, ou pour effectuer les démarches administratives de facturation des soins et de relation avec les caisses d'Assurance Maladie, ou encore pour réunir l'équipe autour d'une question commune. Les réunions d'équipe sont évoquées dans tous les cabinets étudiés. Leur fréquence varie (hebdomadaire, mensuelle, à la demande). Réunir en une unité de temps et de lieu l'ensemble des membres d'une équipe induit que certaines amputent leur temps de repos pour venir à la réunion : les pratiques façonnent bien le cadre temporel. La règle observée le plus fréquemment est que ces réunions soient prévues de façon à établir un tour de rôle et que les désagréments soient distribués. La notion d'équité est souvent évoquée dans l'établissement des emplois du temps et la programmation des réunions.

L'imprévisibilité de certains soins, comme l'obligation de continuité des soins, est une contrainte extérieure liée au temporel. Imprévisibilité de la survenue des soins (une urgence) comme imprévisibilité de leur durée (un incident en cours de soins peut en modifier la durée). La nature même de l'activité infirmière contient cette imprévisibilité et entraîne une irrégularité des horaires de soins. Face à cette incertitude, les infirmières libérales doivent faire preuve de discernement et de jugement, de façon à prendre une

décision apportant la réponse à la situation. C'est ainsi que la notion de *Kairos* intervient :

« Le bon moment (kairos) pour agir n'est pas tant programmé à l'avance (autosuffisant comme dans le chronos) que le fruit d'un jugement en situation prenant en compte les protagonistes, les normes et les valeurs qui y sont engagées, mais aussi les conséquences que l'action implique, à tous les niveaux » (Bessin, 2014 : 4).

En cas d'évènements imprévisibles (*kairos*), les infirmières libérales veillent à minimiser les éventuelles perturbations sur le reste du travail qui a été organisé de manière anticipée : la tournée et les horaires des rendez-vous fixés (*chronos*). Respecter la tournée telle qu'elle a été prévue permet aux infirmières de tenir leurs engagements pris auprès des personnes qualifiées de dépendantes, mais aussi de retrouver au plus tôt, le rythme de la routine.

En effet, le déroulement de la tournée peut avoir un aspect routinier. Des soins se répètent de façon quotidienne, faisant faiblement varier les possibilités d'y inscrire de nouveaux soins. La routine peut alors apparaître comme péjorative, contraignante et désincarnant l'activité de son sens. Mais il est aussi possible de considérer que cette routine n'est pas une « *conduite somnambulique, stéréotypée et inexpressive* » (Breviglieri, 2006 : 132). En effet, comme nous y invite Strauss (1994), le concept de routine doit être rehaussé « *au niveau de l'action innovante* » dans laquelle elle serait le résultat d'adaptations à des situations passées. La routine est le résultat d'un processus. Il faut ici la comprendre comme une « *manière ingénieuse de bricoler un monde* » (Breviglieri, 2006 : 139). En organisant la tournée à partir de la routine, chaque infirmière libérale se délivre d'une partie de la charge mentale qu'est l'organisation de son travail. Cette routine autorise les infirmières à dégager du temps, de l'énergie, des ressources organisationnelles, psychiques, et cognitives qui pourront être mobilisés dans la gestion de l'imprévisibilité¹¹⁷.

Dans le cadre de l'activité d'un cabinet d'infirmières libérales, la routine devient la somme d'acquisitions individuelles dont la transmission est collective. Chaque nouvelle arrivante recevra en héritage le fruit de l'expérience de ses collègues. Il lui sera par exemple indiqué qu'il est préférable de programmer tel soin entre 8 heures et 10 heures du matin parce que si un problème se pose, c'est la tranche horaire pendant laquelle le médecin prescripteur de ce soin peut être contacté. Ou bien qu'il est

¹¹⁷ Cette vision de la routine vient en complément de ce que disait Freidson (1984 : 171) lorsqu'il parlait de la pratique médicale et du caractère rituel de beaucoup de pratiques quotidiennes qui sont la nature du travail médical.

préférable de programmer deux soins dans un ordre précis parce qu'une petite rue à sens unique, peu empruntée, permet un raccourci entre les deux bénéficiaires, astuce qui fait gagner du temps et qui n'est plus valable si les soins sont programmés dans l'ordre inverse.

L'aspect collectif de la routine donne à la personne qualifiée de dépendante (ou autre bénéficiaire) le sentiment que les différentes infirmières s'entendent entre elles, forment un collectif homogène, en respectant les mêmes horaires de passage par exemple. Or les infirmières cherchent à donner cette image de cohésion, nous l'avons illustré précédemment.

Mais elles savent aussi s'imposer des contraintes de pratiques qui auront un impact sur les horaires de leurs soins. Ainsi, dans tous les cabinets étudiés, nous avons entendu parler des « périodes calmes » et de « périodes chargées ». Parce qu'une partie de l'activité infirmière libérale est dépendante de prescriptions médicales, en l'absence de ces prescriptions, l'activité diminue. Parce qu'une autre partie de l'activité est liée à l'état de santé des personnes, il se peut que l'activité baisse du fait d'hospitalisations, voire de décès. Et c'est bien parce qu'il y a ces périodes « calmes », qui sont appréciées tant qu'elles ne durent pas, que les infirmières acceptent à d'autres moments de « charger » leur activité, et acceptent d'effectuer des soins tout en sachant qu'il sera difficile d'honorer les promesses de rendez-vous. L'autodétermination du volume de leur activité et l'acceptation de ses fluctuations s'accompagnent d'une irrégularité des horaires de soins.

Ces différents exemples, illustrant le double façonnage des pratiques et du cadre temporel, prennent racines dans des pratiques collectives convenues au sein d'un même cabinet. Ces conventions internes ont valeur de normes auto prescrites qui nous montrent combien les infirmières libérales gardent la main sur la production de leur travail.

Le temps, notamment celui qui s'écoule (*Chronos*), a une expression individuelle, pour chacune des infirmières. À l'intérieur d'un même cabinet, nous avons pu observer des pratiques différentes, directement liées au rapport de chacune au temps.

4.1.2 Les considérations individuelles du travail infirmier libéral et le temps

Si le *Kairos* a une dimension subjective (Bessin, 2014) que nous pourrions nous attendre à retrouver ici, c'est bien plutôt sous l'aspect du *Chronos* (la durée des soins, l'organisation de la tournée, le planning, les moments de communication avec les collègues) que nous examinerons comment le temps se manifeste dans les

considérations individuelles du travail infirmier libéral. Dans un premier temps (4.1.2.1.) nous montrons que le cadre temporel façonne les pratiques individuelles mais ce qui nous intéresse avant tout dans ce travail, est ce que les infirmières libérales font individuellement de ce facteur structurant qu'est le cadre temporel (4.1.2.2.). Nos conclusions renforcent les résultats du chapitre précédent montrant le poids des individualités dans ce métier.

4.1.2.1 Le cadre temporel façonne les pratiques individuelles

Commençons par nous intéresser à la durée des soins. Le minutage précis des soins pourrait être vécu comme une contrainte, mais en fait, les infirmières le présentent comme une « prise pour agir » (Datchary et Gaglio, 2014 : 9). En effet, ce minutage s'accompagne de stratégies que les unes ou les autres peuvent mettre en place de façon à optimiser leur temps de présence dans un domicile. C'est ainsi que Sheila (Ville, Nord) demandera à certaines personnes qualifiées de dépendantes, ou à leur famille, de préparer la veille au soir l'ensemble des habits et linge nécessaires à la toilette et à l'habillage du lendemain. Ce choix rationnel vise à organiser la pratique, et dans cette situation à raccourcir le temps de présence de l'infirmière au domicile.

Par ailleurs, ce minutage précis des soins favorise l'expérience sensible du temps qui passe. Certaines infirmières disent avoir une « horloge dans la tête » et expriment ainsi leur conscience sensible du temps qui s'écoule. L'exercice répété de se chronométrer a permis à certaines d'entre elles de développer une capacité à se repérer dans des temps très courts. Il s'agit d'une expérience individuelle. C'est ainsi que l'une d'entre elles rapportait le fait qu'elle se surprenait à tenter de deviner l'heure qu'il était durant ses jours de repos, dans le cadre d'activités privées. Le développement d'une telle compétence, qui rapproche le temps vécu (biologique, physiologique, psychique) du temps physique (succession d'instants) n'a d'autre intérêt, en ce qui concerne les infirmières libérales, que de faciliter l'autocontrôle temporel mobilisé dans le cadre de l'activité professionnelle.

Le cadre temporel a bien un impact sur les pratiques individuelles de travail.

4.1.2.2 Les pratiques individuelles façonnent le cadre temporel

L'organisation de la tournée, si elle fait l'objet de conventions entre collègues et se structure autour d'une architecture répondant à des principes (heures fixes de certains soins par exemple) n'en reste pas moins l'œuvre personnelle de chaque infirmière, au

moment d'organiser sa propre journée de travail. C'est ainsi que chacune va considérer des éléments personnels pour programmer la succession des rendez-vous.

« Parce qu'on a toutes soit des enfants, soit une vie privée à côté qui font que bon, on n'a pas envie de passer notre vie non plus au travail »

(Sheila, Cabinet Ville Nord)

Ces éléments personnels vont de la situation géographique du domicile de l'infirmière par rapport à celles des personnes chez qui elle doit se rendre à sa volonté de décider de ses horaires (certaines préfèrent commencer plus tôt parce qu'elles aiment se lever tôt, d'autres finir leurs soins du matin de façon à être libres au moment de la pause méridionale de leurs enfants qu'elles iront récupérer à l'école pour partager le déjeuner). En prenant en considération des éléments de sa vie personnelle au moment de la construction de sa tournée de travail, chaque infirmière libérale incarne la norme temporelle flexible « autonome » (Bouffartigue et Bouteiller, 2012 : 88).

Il s'agit bien aussi de tenir compte de ces éléments individuels lorsque les infirmières disent entre elles qu'il faut « s'entendre » sur les horaires. C'est à la fois être d'accord sur comment un nouveau soin va s'inscrire parmi les autres, mais c'est aussi tenir compte des préférences de chacune en matière d'horaires. Par exemple, le fait de ne pas vouloir terminer la journée de travail trop tard (la valeur de « tard » varie d'un cabinet à l'autre) peut paraître être un élément de confort, mais il forme consensus et est un argument acceptable par les autres infirmières, sans être forcément partagé. Il est collectivement admis que les particularités individuelles sont à considérer dans la décision finale prise collectivement de convenir d'un horaire pour un nouveau soin.

Ces particularités individuelles relèvent souvent du statut maternel des infirmières concernées. Les infirmières mères de jeunes enfants seront fréquemment écoutées à ce titre dans leurs demandes. Mais cela n'est pas toujours le cas. L'infirmière du cabinet Est auprès de qui nous avons enquêté considère qu'en tant qu'ancienne (elle est en fin de carrière), elle a fait beaucoup d'efforts d'abnégation par le passé et que les jeunes avec lesquels elle travaille doivent maintenant faire cet effort, de façon à ce qu'elle puisse elle-même diminuer son activité compte tenu de sa résistance physique qui faiblit. Elle est la seule infirmière à nous avoir tenu ce discours. Nous avons plus fréquemment entendu les infirmières libérales exprimer leur recherche d'un maximum de temps familial partagé. C'est d'ailleurs cet idéal d'une conciliation entre travail et vie de famille que les infirmières libérales ont livré à Florence Douguet et Alain Vilbrod (2007 : 113). Les arguments de la famille (rôle maternel plutôt que conjugal) ou de la santé (fatigabilité) font référence à des normes sociales mieux acceptées que les arguments du type « prendre du temps pour soi », ou « se donner des temps de loisirs »

que nous n'avons jamais entendu, y compris chez une des infirmières pratiquant de longues heures de sport qu'elle présente comme un défouloir, un élément de santé mentale et physique, mais jamais comme un temps pour elle. Et par là, les infirmières libérales nous donnent à voir une « *mise en conformité avec des normes sociales mobilisant des repères dominants de la distribution des temps et des tâches sociales qui sont des impensés des rapports sociaux impliquant (...) des inégalités de genre (...).* » (Sinigaglia-Amadio *et al.*, 2015 : 195). Les infirmières libérales interrogées rejoignent en cela les « jongleuses en blouse blanche » qui disent limiter voire annuler les temps disponibles pour soi (sports, loisirs, temps de récupération, temps de soins médicaux, temps de sociabilité amicale) pour pouvoir mieux jongler avec leurs horaires de travail, ceux de leur conjoint, et ceux de leurs enfants (Bouffartigue et Bouteiller, 2006 : 4-5).

L'importance donnée à la conception du planning illustre cette mise en conformité des normes sociales que chacune cherche à défendre. Les normes sociales liées à sa vie personnelle (conjugale, familiale) prévalent sur les normes liées à son activité professionnelle.

La même conclusion se retrouve dans l'usage du temps dédié à la transmission des informations : un moment façonné par des considérations personnelles (elles-mêmes résultantes de normes sociales familiales). Le début de l'après-midi est classiquement consacré à cette passation d'informations. Il correspond à un temps fréquemment vide de tout soin, mais aussi socialement peu occupé, contrairement au moment de la fin de la tournée qui correspond à la fin de la journée, à un temps familial ou plus généralement à un temps de récupération. L'essentiel des transmissions d'informations que nous avons observées se déroulent donc en début d'après-midi, par téléphone, chaque infirmière restant chez elle. Mais il arrive que certaines infirmières ne soient pas libres et ne se rendent pas disponibles à ce moment-là. Elles demandent alors à être appelées le soir, ce qui prolonge d'autant la journée de travail de celles qui ont déjà fait des soins depuis le matin ; et par conséquent ampute d'autant leur temps social de soirée. Il s'agit alors d'un accord, d'un compromis entre collègues. Il est basé sur la réciprocité : la demandeuse contractera une dette morale qu'elle devra rendre, sous la forme d'une réponse à une demande particulière de sa collègue, le moment venu.

Pour paraphraser Jean Mantovani et Monique Membrado (2000 : 14) qui utilisent la notion du temps à propos de l'autonomie des personnes vieillissantes, nous pourrions dire que cette « *auto régulation relativement stricte des temporalités au quotidien* » relève du modèle de l'autonomie. Chaque infirmière libérale cherche à contrôler son temps « au » travail et son temps « de » travail (Pelisse, 2011).

Le rapport individuel que les infirmières libérales ont à leurs temps professionnels est basé sur l'auto régulation, le contrôle, l'autonomie, tant que ceux-ci s'expriment dans une conformité à des normes sociales concernant leurs rôles familiaux.

Si cette autonomie est aisément envisageable lorsque l'infirmière est seule à décider, ou encore si elle décide pour elle, il semble intéressant de soumettre cette autonomie à l'épreuve de la rencontre avec des personnes extérieures au cabinet. C'est alors que nous mettons en évidence une forme d'autonomie contrainte que nous avons qualifiée de « collective ».

4.1.3 Les temporalités des infirmières libérales : la morale d'une soignante et les normes collectivement construites

Le temps dans ses différentes dimensions a aussi à voir avec les personnes dont s'occupent les infirmières : les patients et leurs familles. Là encore, les infirmières tiennent le métronome et le chronomètre, notamment au moment des soins. Ce sont elles qui décident du temps accordé pour le soin. C'est ainsi que Sheila (Cabinet Nord) nous a même parlé de « donner un cadre de soignant » à une personne dont elle s'occupait, ce qu'elle a explicité par le fait d'imposer une régularité dans les horaires de soins à cette personne. Le cadre n'est pas extérieur aux personnes en interaction : il se situe à l'intérieur de l'interaction (Maraquin, 2015) puisqu'il arrive que l'horaire du soin fasse l'objet de négociations à l'initiative de la personne concernée, ou de sa famille.

Mais la règle infirmière libérale la plus fréquemment observée est d'indiquer une fourchette horaire à l'intérieur de laquelle le soin sera effectué. Donner un intervalle de temps, c'est limiter l'engagement du collectif (qui s'est entendu sur les limites de cet intervalle), mais c'est aussi laisser à chaque infirmière la liberté individuelle de naviguer dans cet empan temporel. En effet, chacune a sa propre conception du soin, mais aussi de ce qu'est une relation, ou encore de ses obligations envers les personnes dont elle s'occupe. Le temps consacré à un même soin peut varier d'une infirmière à l'autre. C'est ainsi que les retards légendaires de Marie-Pierre (Cabinet Campagne) sont acceptés par les patients car ils reconnaissent, et apprécient, que Marie-Pierre prenne du temps pour dialoguer, une fois le soin technique terminé¹¹⁸. Et si elle a donné du temps à une autre personne, ce qui explique son retard de ce jour, il se pourrait qu'elle leur

¹¹⁸ Cette observation rejoint les résultats de l'enquête qualitative sur la « satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins » menée par Stéphanie Guillaume et Zeynep Or (2016) qui nous informent que les personnes âgées acceptent d'attendre, même un temps long (par exemple un rendez-vous médical à long terme) à partir du moment où elles en sont informées. La répétition des retards de Marie-Pierre agit comme une routine, une habitude et ses retards ne sont globalement pas sources d'insatisfactions.

donne du temps à leur tour un autre jour. Il s'agit d'une négociation implicite (Strauss, 1992a). En acceptant les retards de Marie-Pierre, les patients acceptent que ce soit l'infirmière qui détienne métronome et chronomètre : elle décide du moment de sa venue et du temps qu'elle consacrerait au soin. Par conséquent, les patients montrent qu'ils admettent que toutes les infirmières ne travaillent pas de la même façon, et que les soins et la relation qui les accompagne en seront individualisés.

À l'horaire « flottant » des soins se rajoute la notion du temps consacré au soin. Cette durée est le résultat de la confrontation de deux temporalités : celle des infirmières et celle des patients. On retrouve là l'opposition entre temporalités des clients et temporalités des employés décrites par Sophie Bernard (2012) dans les commerces de grande distribution, ou plus près de notre sujet, celle décrite par François Aubry (2012) entre aides-soignantes et résidents d'organisations gériatriques publiques ou encore par Stéphanie Guillaume et Zeynep Or (2016) entre personnes âgées/patients et professionnels de santé. Ces oppositions de temporalités, à domicile comme en institution, donnent lieu à des stratégies de la part des professionnels : faire la sourde oreille à une question posée, invitation à poursuivre la discussion le lendemain, par exemple. Le soutien apporté par le collectif dans de telles circonstances dans les institutions étudiées par François Aubry (2012 : 6 et suivantes)¹¹⁹ est quasi-inexistant en libéral. La particularité du domicile est que cette régulation est individuelle. Parce que l'infirmière libérale est seule professionnelle au moment des interactions, elle dosera seule ce qu'elle pense avoir à faire (en matière d'actes techniques mais aussi de disponibilité donc de temps offert ou non à la personne dont elle s'occupe). Il arrive que les stratégies individuelles fassent l'objet de discussion entre collègues, au moment de réunions où sont partagées et discutées les pratiques de chacune. Mais nous avons vu que ces réunions ne sont pas courantes.

Chacune assume alors seule les conséquences personnelles de ses choix, qui peuvent être vécues différemment : culpabilité, sentiment de ne pas avoir été à la hauteur de la demande, sentiment d'avoir imposé un choix personnel à une personne en demande (en raccourcissant un temps de relation avec la personne), mais aussi absence d'états d'âme. Ces sentiments naissent en écho à la morale que chacune possède. Dans un article éponyme, Philippe Bataille et Louise Virolle (2013) montrent que « la morale du soignant devient l'éthique du soin ». Les auteurs y expliquent que sans parler des lois auxquelles les infirmières sont soumises et qui placent la personne au centre du soin, c'est aussi une obligation morale qu'elles se donnent en rentrant dans le métier que de

¹¹⁹ Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France et Centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec.

bien servir le patient. Or, dans les services hospitaliers d'assistance médicale à la procréation ou de soins palliatifs étudiés par ces auteurs, services dont la particularité est d'intervenir aux seuils de la vie, et donc d'interroger cette notion de vie, la transgression de l'obligation morale peut arriver au nom de la norme professionnelle. Cette norme se construit collectivement, ou individuellement. C'est le cas en libéral. La norme de ce qu'est « bien servir le patient » varie d'une infirmière à l'autre. En faisant valoir son chronomètre, chaque infirmière libérale décide des limites de ses propres normes, normes qui concernent la durée, mais aussi le contenu des soins. Le manque de temps peut être invoqué par les infirmières libérales pour justifier qu'elles fassent un geste « à la place de » la personne (laver un visage par exemple) alors même que leurs discours soulignent l'importance qu'elles accordent au fait de favoriser l'indépendance des personnes dans leurs gestes. La morale d'une infirmière devient la norme professionnelle de cette infirmière. Si son attitude n'engage qu'elle dans l'immédiat, elle expose l'ensemble de son équipe si l'on considère un temps plus long. En effet, si le patient n'est pas bien servi¹²⁰, il peut interrompre la relation de soins et s'adresser à d'autres professionnelles au nom de son droit du libre choix du praticien. Le reste de l'équipe a généralement intérêt à ce que la relation de soin dure, car l'enjeu en est la continuation du travail. La morale d'une infirmière libérale trouvera sa limite dans la pression du collectif avec lequel elle travaille et au sein duquel se construira une norme professionnelle propre à ce groupe.

La conclusion de ce paragraphe sur l'ancrage temporel des pratiques infirmières libérales est que la notion de temps permet de donner un éclairage sur l'inscription des relations interindividuelles (entre infirmière et patient, mais aussi entre infirmières) dans un ensemble plus vaste de relations qui les contraignent et les limitent. L'autonomie et l'autocontrôle que l'on peut concéder aux infirmières libérales lorsqu'elles se dictent leurs propres horaires et maîtrisent les temps passés en soins relèvent d'une forme d'« autonomie collective » dans lesquelles les normes individuelles s'expriment (de façon contraintes et limitées, mais s'expriment tout de même) dans le cadre de normes collectivement construites et de normes socialement acceptées. Nous retrouvons ici, comme nous l'avons déjà vu, la forme collective du souci de soi en tant qu'acceptation de contraintes comme forme de liberté raisonnée.

¹²⁰ Pour reprendre l'expression de Bataille et Virolle (2013).

4.2 Ce que les écrits professionnels nous apprennent de l'exercice infirmier libéral

Écrire dans le sens de laisser une trace du travail effectué est une obligation pour les infirmières libérales¹²¹ et en cela structure une partie de leur activité. Mais les écrits prennent différentes formes qui ne sont pas toutes destinées à témoigner de l'activité professionnelle. Certains d'entre eux sont en effet au service de la gestion de l'activité, ou viennent en support des relations verbales existantes entre les partenaires de soins. Cependant, ce n'est pas à travers leurs finalités premières que nous étudions ici les écrits infirmiers libéraux. Nous souhaitons plutôt présenter, d'une part, en quoi certains écrits peuvent nous permettre de caractériser le travail libéral (4.2.1.), avant d'examiner d'autre part comment l'analyse de ces écrits met en évidence des formes de rationalisation du travail infirmier libéral (4.2.2.). Ce deuxième point montre l'appropriation toute personnelle que font des infirmières libérales d'outils censés structurer leur activité. Enfin, nous nous intéresserons à ce que l'analyse de ces documents et de leurs usages peuvent nous apprendre du travail infirmier libéral et des relations entre acteurs, dans la perspective d'augmenter notre connaissance sur le « travailler ensemble » chez les infirmières libérales (4.2.3.).

Michèle Grosjean et Michèle Lacoste, nous apprennent que les écrits infirmiers en milieu hospitalier sont « constituants du travail de soin » (1998 : 443). Les auteures rajoutent que « *c'est sur le fond de cette intrication entre la forme physique des outils, leurs potentialités informationnelles, leurs caractéristiques sémiotiques, les formes de l'organisation du travail et d'autres dimensions locales des pratiques, que l'écriture prend son sens* » (*ibid.* : 447). Il nous a paru intéressant d'étudier, à domicile, la pertinence d'un constat opéré par Grosjean et Lacoste en milieu hospitalier, et notamment cette intrication dont les auteures parlent entre objets et activités sociales. Les supports matériels utilisés dans ces travaux d'écriture peuvent-ils nous apporter des connaissances sur les relations qu'entretiennent les professionnelles entre elles ? Chez les infirmières qui « *ont une forte composante communicative de leur travail* » (Lacoste, 2005 : 329), les supports écrits deviennent une arène pour observer d'éventuelles interactions scripturales, et par conséquent les rapports sociaux qui sous-tendent ces interactions.

¹²¹ Notamment par l'obligation de mettre en place un dossier de soins infirmiers (Article R4311-3 du Code de Santé Publique) qui permettra de conserver une trace des soins effectués.

4.2.1 Les écrits de travail des infirmières libérales et les caractéristiques du métier

Exercer les soins infirmiers en libéral, c'est évoluer au milieu de multiples écrits dont certains sont spécifiques de l'exercice de travailleur indépendant, d'autres d'un exercice en interaction avec plusieurs acteurs, d'autres encore d'un travail multi situé nécessitant des déplacements. Nos données permettent d'illustrer chacun de ces aspects dans ce paragraphe descriptif.

4.2.1.1 Les écrits spécifiques à l'exercice de travailleur indépendant

Les travaux de facturation et comptabilité (Alain Vilbrod les avait déjà relevés comme étant ce que les infirmières appellent les « papiers », même si ces tâches sont informatisées dans bien des cabinets¹²²), nous rappellent que l'activité de soins infirmiers en libéral est une activité économique dans laquelle les producteurs de service sont les gestionnaires de leur activité, caractéristique des travailleurs indépendants. Les infirmières libérales utilisent également des agendas qui reprennent, au jour le jour, la liste de tous les noms de bénéficiaires des soins, avec les tarifications appliquées ce jour-là. Ce document fait foi en cas de contrôle fiscal : les infirmières libérales peuvent justifier leurs revenus en le fournissant aux services fiscaux.

4.2.1.2 Les écrits spécifiques à l'activité de soins

Un premier écrit, dématérialisé, nous a été donné à voir dans deux cabinets. Il s'agit de la liste électronique des patients actuellement en soins. Cette liste, parce qu'elle est envoyée à toutes les infirmières du groupe, celles qui travaillent et celles qui ne travaillent pas ce jour-là, permet à celles qui le souhaitent d'être informées de ce qui se passe au cabinet pendant leurs jours de repos. Elles sont alors au travail sans y être. C'est pourquoi cette liste est un document que l'on aurait pu placer dans la catégorie des écrits liés à l'exercice en tant que travailleur indépendant. En effet, être au travail sans y être est une caractéristique des travailleurs indépendants de manière générale, mais des travaux sociologiques (Pochic et Guillaume, 2009) montrent que le travail dématérialisé et désynchronisé est également utilisé par certains travailleurs salariés et leur fait adopter cette particularité d'être au travail sans y être. Nous avons donc classé la liste

¹²² Bien que la plupart des tâches comptables ou administratives d'un cabinet soient informatisées, les infirmières continuent à appeler ce travail « les papiers » en référence aux nombreuses feuilles de soins que les plus anciennes d'entre elles devaient remplir à la main avant de les présenter aux patients ou les envoyer aux différentes caisses Assurance Maladie pour paiement.

électronique des patients et des soins dans les écrits liés à l'activité de soins car cette liste est le reflet de l'activité du cabinet en matière de charge de travail, d'organisation des soins, de planification, d'anticipation du travail à venir, plus qu'en termes de caractéristiques d'un travail de travailleur indépendant.

Plus fréquent que la liste électronique est le dossier de soins. La tenue d'un tel dossier est une obligation qui figure dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels¹²³. Nous l'avons trouvé, sous une forme ou une autre, dans tous les cabinets étudiés sauf un. Il existe une obligation d'établir et d'instruire un dossier de soins. Ce dossier répond à des critères réglementaires¹²⁴, dont celui d'être composé d'une liste des pièces constitutives telles qu'une fiche d'identification du patient, sa signature acceptant l'usage professionnel de ce dossier, les coordonnées des professionnels de santé qui interviennent auprès de cette personne, le traitement médical qui lui est prescrit, les examens biologiques et radiologiques qu'il subit, les résultats de ces examens, etc. Ce document doit suivre le patient dans ses déplacements, par exemple hospitaliers. Dans ce dossier de soins, il existe une ou plusieurs fiches consacrées aux infirmières dans lesquelles elles tracent leurs activités (en toutes lettres ou en cochant des cases). Obligation leur est donnée de le mettre en place et de le remplir. En cela, le travail de soins à domicile rejoint le travail de soins hospitalier.

La démarche de soins infirmiers (ou DSI) est un document Cerfa, c'est-à-dire un formulaire administratif réglementé. Complété par les infirmières au moment où elles effectuent l'analyse d'une situation (analyse prescrite par un médecin), la démarche de soins infirmiers concerne le rôle propre de l'infirmière pour lequel elles proposent au médecin une prescription infirmière de leur propre travail¹²⁵. Ce document reste au cabinet infirmier et y est archivé (sous forme de papier, mais plus couramment sous forme électronique).

Le dossier de soins, comme la Démarche de Soins Infirmiers, illustrent comment la formalisation du travail infirmier est sortie de l'hôpital pour s'épanouir jusque dans les domiciles des patients, soulignant par-là les relations entre les infirmières libérales et le tiers gestionnaire qu'est l'assurance maladie.

¹²³ Les séances de soins infirmiers cotés en AIS comprennent l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle. (Source : Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie du 11 mars 2005)

¹²⁴ Art. R1112-3 du Code de la Santé Publique

¹²⁵ Voir Annexe 5

Enfin, il existe un autre support écrit lié à l'activité de soins : la prescription infirmière de matériel. En dehors de toute obligation, les infirmières peuvent prescrire du matériel pour certains soins (pansement, perfusion, sondage). Ces prescriptions sont médicalement encadrées et chaque infirmière est libre de les rédiger ou de continuer à faire appel aux médecins pour prescrire ce matériel. Il s'agit bien d'une activité scripturale liée aux soins, qui là encore, les met en relation avec l'assurance maladie.

4.2.1.3 Les écrits spécifiques au fait que les infirmières libérales se déplacent et aient un lieu de travail multi-situé

Parce qu'elles se déplacent, les infirmières confectionnent, au moment des « transmissions » (moment de relève entre deux équipes ou deux infirmières), une liste sur un papier qui les suivra dans leurs déplacements entre les domiciles. Cette liste permet de planifier la tournée à partir de la liste initiale des bénéficiaires de soins et des horaires de rendez-vous (reçue en version électronique ou par téléphone).

Pour pouvoir travailler dans les domiciles, l'usage de moyens de communication écrits nous a été présenté comme indispensable du fait que l'information doit circuler entre les différentes professionnelles qui interviennent en ces lieux et qui relèvent quelquefois de structures différentes, le domicile étant pour elles le seul lieu partagé. En effet, le travail à domicile s'exerce dans un lieu de travail multi-situé pour chacune des professionnelles, sur lequel elles ne se croisent pas systématiquement. Les temporalités de ces professionnelles sont différentes, et de surcroît, elles se remplacent entre elles pour maintenir une offre permanente de service. Se transmettre des informations sur un support écrit qui reste sur le lieu commun d'exercice est le moyen trouvé par toutes pour communiquer entre elles. De plus, faire face aux situations d'incertitude inhérentes au travail de soins, avec les initiatives que les unes ou les autres peuvent prendre, les engage à faire connaître toute nouvelle information.

Ces trois caractéristiques, prises indépendamment, appartiennent également à d'autres métiers (les travailleurs indépendants non infirmiers, les professionnels de soins non infirmiers, les professionnels du domicile non infirmiers). Aucune, seule, ne permet de définir les infirmières : la somme des trois est nécessaire à leur caractérisation.

Même l'usage de certains écrits (y compris ceux spécifiques à l'activité infirmière libérale comme la liste des patients du jour qui les accompagne dans leur voiture) montre une forme de travailler rationalisée exportée de l'hôpital et « bricolée », adaptée au travail à domicile.

4.2.2 Les écrits des infirmières libérales rendent visibles une rationalisation « particulière » de leur travail

Il est difficile de parler de pratiques professionnelles sans parler de rationalisation de ces pratiques. La vision managériale et procédurale du travail infiltre même les lieux dans lesquels ne sont pas retrouvés les emplois de cadres gestionnaires, comme dans les cabinets de professionnels libéraux, par exemple. La traçabilité est un outillage de la rationalisation du travail relationnel (Demailly, 2008). Les infirmières libérales font une traduction très « personnelle » de leurs obligations de traçabilité.

4.2.2.1 Se simplifier le travail quotidien : réduire le volume des supports et leur usage

Il nous a été donné d'observer une « manière de faire » dont le but est de simplifier et d'alléger le travail infirmier. Cette « manière de faire » consiste à simplifier le support des écrits de façon à raccourcir le temps d'écriture. Dans un dossier de soins infirmiers, cocher des cases dans un diagramme de soins¹²⁶ est souvent préféré à écrire en toutes lettres. Cette simplification est professionnellement convenue, voire organisée et attendue. Une simplification individuelle consiste en un détournement de support créé par ailleurs. Les infirmières agissant de la sorte ont été rencontrées à Ville, où elles achètent un dossier de soins vierge, et que certaines jugent « trop gros, trop complet » (Huguette, infirmière libérale de Ville, Est) : le remplir devient une contrainte supplémentaire. Elles vont donc le simplifier en éliminant les feuilles qu'elles jugent inutiles, elles l'allègent ; en bref, elles l'adaptent à ce qu'elles jugent nécessaire à leur pratique. C'est ainsi que chez une personne que nous avons visitée, seules les feuilles couramment utilisées persistent. Les autres ont disparu du dossier. Ailleurs, chez un couple de patients, le même classeur est utilisé pour les deux personnes du couple : chaque dossier figure d'un côté du classeur qu'il faut retourner pour passer d'un dossier à l'autre. La recherche de simplification de remplissage, qui gouverne les concepteurs de tels dossiers est visible dans la création de diagrammes de soins, et amplifiée par l'usage des utilisatrices. Cet usage montre que certaines infirmières ont le souci de simplifier leurs tâches scripturales dans le but de ne pas perdre de temps.

Une autre forme de simplification réside dans la fréquence de remplissage des dossiers. Si une même infirmière intervient plusieurs jours d'affilée, elle choisira quelquefois de ne remplir le dossier qu'à la fin de sa série de jours travaillés. Nous avons observé cette pratique à Campagne comme à Ville (notamment Cabinet Centre).

¹²⁶ Voir Annexe 6

Le but de remplir le dossier est alors de transmettre de l'information plus que de tracer au jour le jour.

L'usage de dossiers incomplets et la fréquence irrégulière d'instruction de ces dossiers souligne l'aspect routinier des écrits et illustre une forme de rationalisation du travail en le simplifiant et l'allégeant.

4.2.2.2 La culture hospitalière revisitée pour une gestion du temps et de la charge de travail : la liste de la tournée

La liste de tournée est confectionnée par chaque infirmière au moment de la transmission d'informations entre deux infirmières. Cette liste de patients devient un support à l'action. Les seuls noms des personnes signifient pour l'infirmière ce qu'elle a à faire chez cette personne. Elle peut rajouter, à côté du nom et de l'horaire, une annotation si elle doit absolument retenir cette information pour le soin à venir. Il arrive que les infirmières intercalent, entre les noms des personnes, des actes à poser comme appeler un laboratoire d'analyses médicales pour obtenir un résultat d'examen biologique, ou rappeler un médecin. Ce bout de papier devient alors un organisateur du travail infirmier.

Avant de commencer sa tournée, l'infirmière effectue une évaluation de la charge de travail de la journée, d'un seul coup d'œil, à la seule vue de la longueur de la liste. La liste devient un évaluateur de la charge de travail à effectuer.

En cours de tournée, lorsque les infirmières libérales se déplacent en voiture, la liste est placée de façon à pouvoir être lue depuis le siège du conducteur. Elle est régulièrement consultée par l'infirmière car elle permet, en cours de tournée, d'évaluer si elle est dans les temps prévus ou si elle est en retard. La liste va alors agir comme un chronomètre du travail de l'infirmière.

Enfin, toujours pendant la tournée, la liste peut recevoir de nouvelles informations que l'infirmière note au fur et à mesure de façon à penser à les transmettre à sa collègue. Elle devient alors un support à la transmission d'informations. Une liste sans annotation signifie une tournée routinière, sans événement.

Cet objet informel nous révèle que pour travailler à domicile, les infirmières libérales « bricolent » un objet qui permet de rationaliser plusieurs aspects de leur travail. Cet objet (la liste de la tournée) reprend les fonctions des tableaux muraux en vigueur dans les hôpitaux (Grosjean et Lacoste, 2005 : 445). Cet outil permet, comme à

l'hôpital, d'évaluer, d'organiser, de chronométrer le travail, mais aussi de recueillir, pour les transmettre, des informations sur leur travail : la culture hospitalière s'exporte dans la pratique infirmière libérale et s'accompagne de « bricolage », soulignant une adaptabilité et une créativité déjà signalées dans des réflexions sur les soins (Mol, 2009).

Si l'étude des écrits professionnels permettent de relever des caractéristiques du travail infirmier libéral et une forme personnelle de rationalisation de ce travail, elle nous permet également de rendre visibles des relations entre les acteurs, aux premières desquelles siègent les relations entre infirmières au sein d'un même cabinet.

4.2.3 Les relations extérieures aux domiciles que les écrits rendent visibles

Les infirmières libérales entretiennent des relations avec trois types de personnes : leurs collègues infirmières, les patients, et des personnes extérieures à l'interaction infirmière-patient (à savoir les familles ou d'autres professionnels extérieurs aux domiciles). Nous nous intéresserons dans un premier temps aux relations extérieures à l'interaction infirmière-patient (c'est-à-dire celle qui ont lieu entre collègues et à celles destinées aux personnes extérieures aux domiciles), pour ne traiter qu'ultérieurement à la relation au patient.

4.2.3.1 Les relations entre collègues d'un même cabinet

4.2.3.1.1 Quand les écrits rendent visibles les prescriptions silencieuses et mutuelles (entre infirmières) du travail qui reste à faire

Les infirmières écrivent les informations permettant de rendre compte de leur activité. Mais les lecteurs de ces écrits doivent à leur tour faire un travail de tri des informations qui les intéressent. Cet effort de tri est opéré par les infirmières. Il peut même s'agir d'un travail de traduction. En effet, les infirmières libérales livrent quelquefois des « informations en négatif » : c'est-à-dire qu'en notant ce qu'elles ont fait, elles indiquent implicitement ce qu'elles n'ont pas fait et qui restera à faire. Ces messages sont à l'intention de leurs collègues infirmières qui savent, parce que cela a été décidé par ailleurs (au sein du cabinet infirmier par exemple) que tel soin n'a pas été fait. La toilette complète, soin chronophage, est prévue à jour fixe, lorsqu'elle n'est pas quotidienne. Cette toilette complète est systématiquement indiquée en clair sur les documents écrits, lorsqu'elle a été effectuée. Mais si elle devait être faite un jour, et que

l'infirmière en ait été empêchée, celle-ci notera plus volontiers ce qu'elle a fait et informera par oral sa collègue de ce qu'elle n'a pas fait. Le travail qui aurait dû être fait mais qui ne l'a pas été est rendu invisible. Cette pratique peut être mise en relation avec l'obligation de tracer l'activité : on ne note que ce qui est fait. Mais ces non-informations, qui sont en fait des informations, surtout lorsqu'elles sont doublées d'une précision orale, agissent comme un outil d'articulation opérationnelle du travail entre infirmières (Grosjean et Lacoste, 1999 : 167). Là où le lecteur peu averti ne verrait qu'une trace du travail fait, le lecteur initié y verra une information sur ce qui n'a pas été fait (et une forme de prescription de ce qui reste à faire).

Les écrits rendent visible le travail en traçant, mais transmettent aussi un ordre silencieux, une prescription sourde entre collègues averties.

4.2.3.1.2 Quand les écrits rendent visible la contestation des « manières de faire » au sein d'un même cabinet

L'analyse des usages des écrits professionnels met en évidence des « manières de faire contestées » (Morrissette, 2011 : 18). Les écrits professionnels, surtout ceux reposant sur des supports formels, sont soumis à contraintes. Le dossier de soins infirmiers, par exemple, doit comporter un certain nombre d'indications que nous avons inventoriées plus haut. Nous rappellerons juste que chaque feuille rajoutée au fil du temps dans ce dossier doit¹²⁷ comporter le nom et la date de naissance de la personne qualifiée de dépendante, la date de sa mise en place dans le dossier, et la pagination pour la situer dans le dossier. C'est ainsi qu'au quotidien, les infirmières doivent veiller à transcrire leurs actes dans le dossier, y apporter toute information qui leur semble représenter un intérêt pour la personne, mais elles doivent également respecter le formalisme du document. Ces obligations, décrites par certaines infirmières comme relevant d'un travail administratif, ne sont pas toujours remplies. Faire parler les infirmières libérales sur l'usage du dossier de soins infirmiers, ou les observer dans leurs pratiques, nous a permis de mettre en évidence deux types d'infirmières : les adhérentes et les réfractaires.

Les adhérentes sont celles qui conçoivent leur métier comme possédant une part de travail administratif, qui a valeur légale par ailleurs. Elles expriment exercer un métier réglementé, avec des droits, mais aussi des devoirs. Remplir le dossier de soins infirmiers, jusque dans ces détails de numérotation des pages, fait partie de ces

¹²⁷ Au sens du droit : il s'agit d'une obligation légale

obligations qui ne les heurtent pas. Même si elles sont conscientes de la charge de travail que cela représente au jour le jour :

« Remplir le cahier, c'est contraignant, on fait toujours un peu les mêmes choses, mais enfin, moi j'estime que ça fait partie du boulot »
(Sylvie, infirmière libérale, Ville Centre)

Les réfractaires sont celles qui refusent de se plier à ces exigences du « tout remplir » : elles estiment qu'écrire leur activité et les informations permettant une continuité des soins doit suffire. Le reste n'est « qu'emballage, pour lequel (elles n'ont) pas le temps » (Sheila, infirmière libérale Ville Nord).

Si nous parlons de « manières de faire contestées », c'est que ces deux postures, observées dans plusieurs cabinets, sont sources de tensions entre les infirmières lorsqu'elles coexistent dans un même cabinet, et que certaines infirmières peuvent contester les pratiques de leurs collègues. Des différences de conception du travail (ici en matière d'écrit professionnel) sont fréquemment soulevées dans les entretiens. Si nous faisons référence aux « manières de faire contestées » de Morrissette (*ibid.*), c'est que, malgré des discussions, chaque infirmière reste sur sa position, en connaissant celle de l'autre. Les pratiques restent inchangées. Sylvie (infirmière libérale, Ville, Centre) que nous venons de rapidement citer, nous dit avoir vécu des moments difficiles au sein de son cabinet quand elle a voulu demander à ses trois collègues de faire comme elle, c'est-à-dire remplir tous les documents du dossier de soins infirmiers avec toutes les informations qu'ils doivent comporter :

Sylvie : « (...) Remplir le cahier, c'est du travail en plus, voilà, ça fait partie d'un travail, d'un bon travail, je dirais (rires), remplir le cahier, c'est contraignant, on fait toujours un peu les mêmes choses, mais enfin, moi j'estime que ça fait partie du boulot quoi.

Question : Oui, parce que dans les actes cotés, il y a les gestes techniques, mais aussi tous ces à-côtés.

Sylvie : Oui alors la collègue qui ne les fait pas, c'est plus cool. Mais moi j'ai appris, C'est vrai que ça a amené des fois des conflits, quand c'est toujours la même qui archive, qui met des feuilles dans des classeurs, moi j'en ai toujours sur moi [en effet, nous l'avons observé lors de la tournée du matin qui a précédé cet entretien] mais bon avec les années, j'ai appris à faire les choses pour moi et pas pour les autres quoi, ça c'est une richesse de la maturité ou de l'expérience, parce que sinon on serait tout le temps en conflit, parce que sinon on vit plus quoi. Les autres ils peuvent pas fonctionner comme nous quoi. Donc autant apprendre à fonctionner pour nous-mêmes, et pour être bien et voilà, Par exemple mes collègues elles remplissent la fiche du classeur, elles mettent jamais la date de

naissance, bon moi ce matin je l'ai vu, j'ai rempli la date de naissance, elles mettent nom-prénom, c'est tout, bon ben pfff.... C'est comme ça.

Question : (...) Elles ne vous le reprochent pas ?

Sylvie : Non, non... De toute manière, elles savent que je suis rigoureuse, que c'est mon fonctionnement, après on a eu beaucoup de conflits au sein du cabinet donc moi à un moment donné, j'ai dit « moi je suis comme ça, et si ça va pas, on se sépare », moi je vais pas non plus ... j'ai fait beaucoup d'efforts, parce qu'elles m'ont reproché plein de trucs au départ, (...), et maintenant il n'est pas question que je trav J'estime que le travail que je fais c'est ce que je dois faire quoi, ... voilà. »

À travers ces « manières de faire contestées » dans le domaine des écrits professionnels, c'est une « manière de travailler ensemble » au sein d'un cabinet infirmier libéral qui nous apparaît. Des différences de conception du travail s'expriment et ne trouvent de terrain d'entente qu'à la condition que les infirmières, en tant qu'individus, adoptent des stratégies personnelles d'adaptation à la tension du collectif. Pour Sylvie, cette stratégie a consisté à lâcher prise sur certaines choses en restant fidèle à ce qu'elle pense devoir faire sur d'autres choses, sans pour cela exiger de ses collègues la même chose. Se positionner en réfractaire peut être une stratégie adoptée par d'autres infirmières.

En rendant visibles les relations entre les collègues, les écrits, censés structurer l'activité professionnelle, montrent l'importance des individualités dans le fonctionnement interne d'un cabinet infirmier libéral et confirment la présence, au sein d'un même cabinet de différences de conception du travail.

Mais le « travailler ensemble », c'est aussi, nous l'avons vu, donner une image cohérente de l'équipe à l'extérieur. Or, tant que certains éléments d'une équipe feront le travail (ici d'écriture) que les autres ne font pas, ce non-travail ne sera pas rendu visible à l'extérieur de l'équipe et le « travailler ensemble » sous la forme d'une équipe uniforme persistera.

4.2.3.2 Les relations avec les autres professionnelles et avec les familles.

Dans le travail infirmier libéral quotidien, les relations les plus fréquentes sont celles entretenues avec les patients et avec les collègues. Mais certaines situations de soins comprennent d'autres interlocuteurs. L'étude des écrits permet de rappeler la présence de cet entourage, familial et professionnel.

4.2.3.2.1 Quand les écrits rendent public le travail des infirmières à leur insu

Lorsque des intervenants de différents statuts (travailleuses du social, professionnels du soin) interviennent dans les mêmes foyers, un cahier commun peut être mis en place pour communiquer. Ce cahier, au-delà de la facilitation de l'accès à l'information, facilite également la publicisation du travail infirmier dans le cercle restreint des lecteurs, qui sont censés n'être que des professionnels. Mais ces documents restant au domicile, leur lecture échappe au contrôle des professionnels. Il est alors possible, comme nous l'avons vu à plusieurs reprises dans le cadre de l'enquête, que le cahier soit accessible à des lecteurs profanes qui prennent alors connaissance des annotations des professionnelles. Ce cahier devient alors la vitrine du travail effectué. En y inscrivant leurs actions et observations, les infirmières rendent visible un travail qui ne l'est pas toujours du fait de son lieu de déroulement : l'intimité des foyers. Communiquer sur son travail, c'est accepter qu'un contrôle soit effectué par d'autres sur ce travail.

4.2.3.2.2 Quand les écrits permettent aux infirmières de faire connaître leur travail : velléité d'émancipation ou division du travail médical ?

Il existe d'autres documents dont la vocation première est justement de faire connaître le travail infirmier en communiquant avec des partenaires extérieurs au domicile. C'est le cas des prescriptions de séances de soins (issus de la démarche de soins) mais aussi celui des prescriptions infirmières de matériel.

Dans le cas de la démarche de soins, le document initial (formulaire Cerfa) reste au cabinet des infirmières, tandis que son résumé, édité en double exemplaire, est adressé au médecin et au tiers gestionnaire (Assurance Maladie). En sortant du cabinet infirmier, ce document véhicule ce que les syndicats infirmiers libéraux identifient comme un rôle « émancipateur » des infirmières : celles-ci informent des interlocuteurs (médecins, Assurance Maladie) de leur décision d'effectuer ou non un soin. Par ailleurs, l'acte d'effectuer une démarche de soins infirmiers est un acte rémunéré (il figure dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et est donc reconnu.

Ce même rôle émancipateur est attendu, par certaines infirmières, de la prescription infirmière de matériel. Mais l'usage de ce type de prescription infirmière nécessite commentaires. En effet, il existe d'une part des comportements individuels très différents au sein d'un même cabinet face à la possibilité qui est donnée aux

infirmières de prescrire. Et d'autre part, la question se pose d'interpréter cette possibilité de prescrire en termes d'émancipation infirmière ou de division du travail médical.

L'exemple du cabinet Ville Centre est illustratif. Sylvie y considère que prescrire offre le double avantage de ne pas perdre de temps à dicter aux médecins le matériel dont les infirmières ont besoin pour travailler, puis à aller récupérer les ordonnances chez ces médecins, avant de les déposer à la pharmacie (ou de le faire faire à un membre de la famille ou une aide à domicile par exemple). Prescrire elle-même lui fait gagner du temps, sans compter qu'elle est sûre du matériel demandé. Par ailleurs le fait de prescrire nous a à plusieurs reprises été décrit comme un pas vers une forme d'autonomie professionnelle, même s'il s'agit d'une prescription encadrée, limitée à une liste précise de produits qu'un médecin aura déjà prescrits une première fois. Sylvie prescrit le matériel alors que certaines de ses collègues refusent de le faire au titre que la prescription n'est pas un acte rémunéré. Il s'agit d'un débat de postures, basées sur des conceptions différentes de ce qu'est le métier d'infirmière libérale. Pour les unes, les prescriptions infirmières de matériel permettent de voir leur territoire professionnel s'étendre, leurs responsabilités s'accroître, leur place dans l'échiquier des professions de santé s'imposer. Pour les autres, ces prescriptions infirmières sont l'occasion pour l'Assurance Maladie de faire des économies « sur le dos » des infirmières puisqu'auparavant, c'étaient les médecins qui rédigeaient les ordonnances du matériel nécessaire aux soins infirmiers : le tiers gestionnaire transférerait donc la charge de travail médical aux infirmières, sans contrepartie. Eliot Freidson, en explicitant le cas des psychologues cliniciens américains, nous donne les clés pour analyser ces réactions (1984 : 63) : le droit de prescrire accordé aux infirmières n'est pas tant un accès à l'autonomie qu'une forme de division du travail médical. Les unes l'interprètent comme un pas vers l'autonomie, les autres comme une façon désavantageuse pour elles de distribuer le travail médical.

Quand les deux postures coexistent au sein d'un même cabinet, la distribution du travail de prescription infirmière ne se fait pas sur le mode d'un consensus mais plutôt sur le mode de l'acceptation des idées, des conceptions, des pensées de sa ou de ses collègue(s). Et l'acceptation des actes qui vont avec. Ce qui permet que le travail se fasse tout en respectant les différences individuelles.

4.2.3.2.3 *Quand les écrits permettent de faire connaître le travail infirmier : responsabilité d'acteur de santé ou contrôle du tiers gestionnaire ?*

La démarche de soins implique que l'infirmière fasse une analyse de la situation d'une personne et décide qui, d'elle ou d'une travailleuse du social, va intervenir chez cette personne, selon, *a priori*, la nature des actes à y poser. Cette analyse est faite de façon à apporter la meilleure réponse possible tout en demandant aux infirmières libérales de tenir compte des financeurs engagés dans la solution qu'elles préconisent : ce sera soit le secteur social, soit l'Assurance Maladie qui fera la dépense. Cette décision fait de l'infirmière libérale un acteur de santé responsable de dépenses collectives. De la même façon, les prescriptions infirmières engagent des dépenses. Les infirmières sont des actrices à part entière de dépenses effectuées par l'assurance maladie. À ce titre, elles pourraient être considérées par les médecins ou les pouvoirs publics comme des acteurs responsables de dépenses (ou de moindre dépenses) publiques de santé.

Or, pour les deux types de prescription, des documents écrits arrivent sur les bureaux des agents des caisses d'Assurance Maladie et aux cabinets des médecins. Ce peut être le résumé de la DSI¹²⁸ qui prescrit des soins ou le double de la prescription infirmière de matériel. Pour la délivrance du matériel, l'autonomie des infirmières est limitée puisque le droit de prescription est encadré : les infirmières ne peuvent prescrire du matériel que pour un soin qui a été lui-même initialement prescrit par un médecin, et à condition que la prescription infirmière reprenne l'ordonnance initiale de matériel que le médecin a effectué auparavant. En définitive, la prescription infirmière de matériel n'est pas reconnue par les autorités comme une prescription résultant d'un jugement (qui a été auparavant effectué par le médecin), mais est identifiée comme un renouvellement d'ordonnance. Cette nuance motive le discours des infirmières réfractaires aux prescriptions pour qui prescrire permet aux Assurances Maladies de dépenser moins puisqu'une prescription infirmière se fait à l'occasion d'un soin et n'est pas rémunérée (il n'existe pas de cotation pour l'établissement d'une ordonnance), ce qui coûte moins cher qu'une prescription médicale qui n'est pas plus cotée mais qui s'établit généralement dans le cadre d'une consultation médicale qui elle, est facturée. En ne reconnaissant pas aux infirmières le droit de consultation durant laquelle les besoins seraient estimés, les autorités de tutelle maintiennent bien la distinction entre les médecins qui font un travail de jugement (profession consultante) et les infirmières qui font un travail de gestion de stock. La reconnaissance dont parle Sylvie n'est pas partagée par l'ensemble des infirmières libérales. Les infirmières réfractaires expriment

¹²⁸ DSI : Démarche de Soins Infirmiers

clairement qu'elles refusent de travailler davantage pour ne pas gagner plus. Prescrire du matériel de façon responsable demande aux prescriptrices une évaluation des stocks, une estimation des besoins et donc du temps. Comme le reconnaît Sylvie, déjà citée : « *Il faut faire le point, c'est du travail en plus à chaque fois* ». C'est pourquoi elle nous parle de « posture politique » en matière de prescription infirmière : les prescriptrices adhèrent aux conventions passées avec l'Assurance Maladie, les réfractaires les refusent, comme nous le montre un extrait d'entretien suivant avec Sylvie :

Sylvie : « c'est un choix politique (rires), et Christine ... Au début j'étais la seule à faire les ordonnances, c'est dur aussi parce que moi je trouvais que c'était bien de faire les ordonnances parce que j'en avais marre de faire des mots au médecin en disant tout ce qu'il fallait, donc je préférais faire des ordonnances, et au début elles étaient pas d'accord, donc des fois c'est pas facile dans les équipes quoi

Question : Donc pour vous c'était par simplicité ?

Sylvie : Par simplicité, et par reconnaissance, je trouvais que c'est bien de faire les ordonnances (...) »

Ces postures sont adoptées en dehors de tout contrôle effectif de la part de l'Assurance Maladie ou des médecins. Elles ne sont dictées que par les idéologies qui sous-tendent les actions infirmières et, pour certaines, par la crainte de contrôles administratifs. L'analyse de ces écrits nous a alors permis de montrer dans quelle ambivalence se placent les infirmières libérales : entre quête de reconnaissance d'être des acteurs de santé responsables pour certaines, et crainte de contrôle et d'être considérées comme une variable d'ajustement du travail médical pour d'autres.

Nous pouvons donc conclure que les écrits professionnels, étudiés comme moyens relationnels, mettent en évidence différentes natures de relations entre infirmières. Ces désaccords, contestation, ou au contraire tolérance sont liés à une variété de conceptions du métier d'infirmière libérale et aux postures idéologiques qui les accompagnent. L'étude des usages de l'écrit montre que ce qui devrait être un élément structurant de l'activité est source d'expressions d'individualités.

4.2.4 Les relations avec les patients étudiées par les écrits

4.2.4.1 Quand les écrits rendent visibles une personnalisation de la relation avec des patients

De manière plus informelle que les écrits inventoriés précédemment (dossier de soins, Démarche de Soins Infirmiers), il existe des mots volants qu'une infirmière peut

établir de façon à s'adresser directement à une personne. Nous en voulons pour exemple le cas de Sylvie (infirmière libérale, Cabinet Centre) qui a toujours dans sa sacoche un calepin de petites dimensions et un rouleau de scotch de manière à laisser aux domiciles des personnes chez qui elles passent, et qui ne sont pas au rendez-vous, un petit message. Sylvie aime laisser ces petits mots sur une feuille de son calepin, qu'elle scotche à la porte d'entrée des maisons ou des appartements vides. Elle nous dit que cela montre à la personne que l'infirmière a respecté son engagement de venir, alors que la personne n'a pas respecté le sien d'être à son domicile. La formulation écrite choisie par Sylvie n'est jamais agressive : elle est juste informative. Et cela donne à la personne absente l'occasion de rappeler Sylvie pour convenir d'un nouveau rendez-vous. En agissant ainsi, Sylvie « oblige » la personne, elle la met en dette morale d'une réponse à ce mot, elle l'engage à maintenir la communication momentanément rompue par l'absence de la personne de son domicile.

Cette infirmière provoque, d'une part, le maintien du lien ; et d'autre part, en signant le message de son nom, Sylvie s'engage, en tant que personne, dans la relation : elle personnalise la relation.

4.2.4.2 Quand les écrits rendent visible une inscription dans le long terme de la relation de soins

L'étude des écrits permet également de mettre en évidence le long terme de la relation de soins, quand il a lieu. Nous prenons pour exemple le fait que Marie-Pierre (infirmière libérale à Campagne) fera appel à la nièce de son patient Jean en lui demandant s'il lui reste du matériel à pansement datant de l'époque où les infirmières de son cabinet intervenaient auprès de la mère de la nièce de Jean, matériel qui pourrait maintenant servir à son oncle. Même si cet écrit n'est pas directement adressé à Jean (incapable de lire), il nous permet d'illustrer comment rentrer dans la gestion du stock du matériel familial relève d'une connaissance de l'histoire des soins d'un groupe familial, résultat d'une relation au long terme.

Ces deux dernières illustrations de l'usage d'écrits nous autorisent à caractériser la relation qui s'établit entre infirmière libérale et patient : il s'agirait (entre autre) d'une relation personnalisée au long cours.

4.3 Conclusion du chapitre 4

L'examen attentif de deux facteurs externes que sont le Temps et les écrits professionnels, censés structurer l'activité des infirmières libérales, nous a révélé deux choses.

La première est que la définition de ce métier passe plus par une coalescence de caractéristiques empruntées à d'autres métiers ou formes de travail que par l'identification d'un noyau qui siègerait au centre de l'activité infirmière libérale.

La seconde est que ces professionnelles ne subissent pas passivement l'effet de ces facteurs. S'en emparant, elles en ont des usages individuels et collectifs. Individuellement, les infirmières libérales répondent en fait à des normes sociales liées à leurs vies personnelles (conjugale, familiale) qui prévalent sur les normes liées à leur activité professionnelle. Collectivement, elles construisent des normes qui autorisent la poursuite d'expression de leurs singularités.

Cela nous donne à voir un travail interne de régulation des différences (de conception du travail, de pratiques, de sensibilité) qui existent entre elles. La caractéristique majeure de leur activité est qu'elles gardent la main, collectivement, sur des facteurs externes censés les structurer.

Chapitre 5 : Les relations avec les patients et les médecins : une question d'argent ou de personnes ?

À partir de la construction collective qu'est un cabinet d'infirmières libérales, des relations personnelles peuvent s'épanouir vers l'extérieur, comme certains écrits professionnels précédemment étudiés en portent la trace. Ce chapitre propose maintenant d'étudier plus précisément la nature des relations que les infirmières libérales entretiennent régulièrement avec deux types de personnes : les patients d'un côté (5.1.), les médecins de l'autre (5.2.). Nous verrons comment des relations interpersonnelles, voire personnalisées, se mettent en place au sein d'un cadre qui laisse une place à l'argent sans que celui-ci soit au centre des relations.

5.1 Relations infirmière libérale – patient : de quelles relations parle-t-on ?

Les termes de patient, malade, client ou bénéficiaire impliquent ontologiquement des types de relations différentes. Nous avons jusqu'ici utilisé le terme de patient repris comme catégorie émiqque des infirmières enquêtées. Parler de relation au « client » est un peu provocateur car sous-entend une relation marchande qui n'a pas été évoquée jusque-là. C'est pourquoi, à partir du terrain d'enquête et de la littérature sociologique, nous proposons de nous arrêter un instant sur la nature de cette relation¹²⁹. Dans ce but, nous partons de prémisses sociologiques qui donnent un fondement à notre interrogation.

¹²⁹ En dehors de toute discussion sur le terme désignant la personne sur/avec/pour et peut-être quelquefois contre laquelle l'infirmière va intervenir, nous continuerons, dans cette première partie de la thèse, et plus précisément dans ce paragraphe, à parler de patient.

Pour commencer, considérant avec Howard Becker que chacun a un idéal de ce que doit être un professionnel (2006 : 139), nous comprendrons que les patients ont des attentes en relation avec cet idéal. Everett Hughes (1996b) reprend cette idée dans le drame social du travail et insiste sur la « *différence fondamentale entre la situation de ceux qui demandent un service et la situation de ceux qui le fournissent* ». L'urgence pour l'un, la routine pour l'autre, vont donner lieu à des tensions qui se négocieront dans les interactions. Ces tensions ont été montrées par Everett Hughes dans les interactions entre médecins et consultants. Nous les retrouvons entre patients et infirmières libérales : chaque patient tient à être considéré dans la singularité de sa demande.

De plus nous savons qu'à travers ces interactions vont être imposés des statuts (Strauss, 1992b) à chacun des acteurs par l'autre acteur. C'est ainsi que les infirmières libérales enquêtées parlent tantôt de malades, de patients (le plus souvent), ou encore de clients. Jamais d'usagers. Chacune des appellations fait référence à un statut et à un rôle attendu, rôle connu des consultants de médecins eux-mêmes, comme le précise Jean Peneff (2005 : 355-356). De la même façon que les attentes des usagers ou les exigences des clients (Boussard *et al.*, 2010) façonnent les réponses apportées par les professionnels, les attentes des professionnels façonnent les attitudes des clients/usagers/malades au sein des interactions. Les interactions sont structurées par un contexte d'attentes réciproques.

Singularité de la demande, attentes réciproques, idéal de ce qu'est un professionnel gouverneraient ensemble les interactions entre infirmières libérales et patients. Ces interactions se dérouleraient dans le cadre d'une relation qui peut revêtir un caractère personnel, comme l'étude des écrits professionnels nous l'a montré dans le chapitre précédent.

Nous proposons ici de poursuivre l'analyse de cette relation en explorant le fait que cette relation s'exprime dans le cadre d'une activité professionnelle et s'accompagne donc d'une circulation d'argent. Nous nous interrogerons donc sur le caractère marchand de la relation entre infirmière et patient (5.1.1.). Nous tenterons ensuite de clarifier en quoi la relation de soins entre infirmière libérale et patient peut être qualifiée de personnalisée (5.1.2.), ce qui est autre chose qu'une relation individualisée à laquelle la relation marchande peut prétendre. Et en quoi cette relation personnalisée est le résultat d'attentes mutuelles entre patients et professionnelles.

5.1.1 La relation marchande et la question de l'argent

La question de l'argent et des revenus est une question qu'il est légitime de poser à des professionnels libéraux dont les revenus dépassent la moyenne nationale¹³⁰. La question se pose alors de savoir si la relation de soins infirmiers libéraux est une relation marchande ou une relation d'une autre nature. Les entretiens avec les infirmières libérales révèlent une variété de rapports à l'argent. Les aspects économiques d'entrepreneur individuel évoqués dans un précédent chapitre (Chapitre 3) font consensus entre les infirmières mais s'accompagnent toutefois d'une variété de rapports à l'argent exprimée par ces mêmes infirmières. De celle qui a choisi ce statut parce qu'il lui permettait de gagner « beaucoup » d'argent et qu'elle était prête à « beaucoup » travailler pour cela, à celle qui est allée vers le libéral parce que ce statut lui permettait d'envisager de varier son volume de travail en fonction de ses projets personnels (familiaux bien souvent), le rapport à l'argent diffère et la recherche de gains importants n'est pas permanente. La règle communément partagée est plutôt celle de la liberté décrite précédemment, même lorsque celle-ci s'obtient au prix de contraintes liées au statut d'entrepreneur individuel. Mais les questions d'argent restent des questions que les infirmières libérales décrivent comme étant nécessaires d'aborder. Il s'agit essentiellement de discuter entre elles de comment se répartiront les bénéfices au sein du groupe que forme un cabinet. Il s'agira, dès le début de l'activité professionnelle commune, de convenir de la façon dont les entrées d'argent, mais aussi les sorties (règlement de factures telle que les frais téléphoniques ou l'achat de fournitures : sacoches, seringues, ...) se répartissent¹³¹. Cette répartition varie avec le statut d'association que les infirmières choisissent : cela peut aller d'une comptabilité tout à

¹³⁰ Le montant moyen net des recettes des professionnels libéraux était de 73760 € pour l'année 2012 (Source : Union nationale des associations agréées, étude portant sur l'ensemble des professions libérales faisant appel à des associations agréées, professions réglementées ou pas, de santé ou non). La même année, le montant moyen des revenus des salariés du secteur privé et des entreprises publiques était de 25 848 € (Source : Insee)

¹³¹ Les infirmières libérales facturent les actes posés à leurs patients. Ces factures peuvent être directement adressées aux caisses d'Assurance Maladie qui assurent ces patients. Sur la facture (appelée feuille de soins), les actes posés sont traduits en lettres-clés affectées d'un coefficient qui permettent d'en donner le prix (la valeur unitaire de l'AMI = 3,15 €, de l'AIS = 2,65 €, de la DI = 15 pour la première, 10 € pour les suivantes). De plus les infirmières peuvent majorer ces actes dans plusieurs situations : en cas de déplacement à domicile (indemnité forfaitaire de déplacement : IFD = 2,50 + une indemnité par kilomètre parcouru, tarif variable selon que le cabinet est implanté dans une région de plaine ou de montagne : IK = 0,35 à 0,50), en cas de moment particulier des soins (majoration de nuit : MN = 9, 15 à 18,30 € selon l'horaire du soin, majoration de dimanche : MD = 8 € de jours fériés : MF = 8 €), s'il s'agit d'un acte unique (majoration acte unique : MAU, d'une valeur de 1,35 €) ou dans le cadre de prise en charge de personnes nécessitant des pansements complexes ou en situation de soins palliatifs, pour lesquels il leur est demandé un travail de coordination, c'est-à-dire d'évaluation, de réajustements et d'information (majoration de coordination infirmière : MCI d'une valeur unitaire de 5 €)

fait individuelle à une mise en commun des masses d'argent, réparties ensuite en fonction du nombre de jours travaillés par chacune, en passant par une solution intermédiaire qui consiste à percevoir individuellement les revenus et à partager certains frais. Les cas de figure sont multiples. Ce qu'il faut en retenir est que le modèle de répartition de l'argent fait l'objet de conventions au sein du groupe infirmier, conventions le plus souvent écrites du fait du statut de l'association (statut qui peut d'ailleurs être déposé chez un notaire, ce qui en souligne le formalisme), mais ces conventions peuvent aussi être orales. Les professionnels de la comptabilité (experts comptables ou associations de gestion), qui s'octroient le rôle de conseiller, incitent les infirmières à s'associer avec le formalisme le plus transparent au prétexte de faciliter les démarches en cas de rupture d'association. Cette dernière information nous précise qu'en effet, les efforts de régulation interne au groupe peuvent échouer et se terminer par une séparation des associées.

Parler ouvertement des questions d'argent entre infirmières libérales est la règle, une base incontournable pour une activité partagée.

Le fait que parler de ces questions d'argent soit un sujet inévitable et fréquent pour les infirmières libérales, rajouté au fait qu'elles ont la possibilité de gagner beaucoup d'argent pourrait donner d'elles l'image de professionnelles ayant le goût de l'argent. Certaines de nos enquêtées s'en sont revendiquées et ont tenu un discours très libéral (au sens économique) en assurant qu'elles n'avaient pas de complexes à bien gagner leur vie (tant qu'elles fournissaient le travail qui justifiait ces revenus). D'autres nous ont parlé de la spirale à laquelle l'activité libérale les exposait : celle de pouvoir gagner de l'argent sans que cela soit la raison qui les a amenées vers le libéral. En effet, Sheila (Cabinet Ville Nord) nous informe qu'elle percevait un salaire de 1 600 € à l'hôpital, et que dès les premiers mois en libéral, elle a eu jusqu'à 7 000 € sur son compte professionnel. Elle savait que plus de la moitié de cette somme ne lui appartenait pas et devait repartir sous formes de cotisations sociales, paiement de factures, et autres dépenses professionnelles, mais elle avoue que ça a pu lui donner le tournis parce qu'au final, elle gagnait plus qu'à l'hôpital et avait la possibilité de gagner encore plus si elle travaillait davantage. D'autres infirmières nous ont confié qu'être en libéral leur permettait de travailler au plus juste de ce qu'elles souhaitaient gagner comme revenu, et que cette liberté importait plus que la possibilité de gagner davantage d'argent (Irène à Campagne, Huguette à Ville). Cette liberté exprimée par ces infirmières rejoint l'articulation que mettent en évidence Flora Bajard et Marc Perrenoud entre un revenu pécuniaire et d'autres types de bénéfices liés au travail, notamment la qualité de vie liée aux temps de travail choisis (2013 :93).

Au-delà du rapport à l'argent que nourrit un des membres de l'échange (ici l'infirmière), la relation marchande implique d'autres types de pré-requis et d'autres types de conséquences. En effet, la relation infirmière-patient, comme la relation médecin-malade, subissent « l'offensive marchande » dans le secteur de la santé (Batifoulier, 2011 : 198). Offensive qui, d'après cet auteur, utilise les moyens législatifs pour modifier les pratiques des patients comme des professionnels. En donnant davantage de pouvoirs au patient (Loi de 2002¹³²), l'équipement législatif est en place pour que ce patient puisse contester les décisions professionnelles. Et c'est une possibilité dont les patients ou leurs familles usent (nous l'avons observé) et qui agit sur le comportement des professionnels. Nous avons relevé la peur de voir partir un patient dans un cabinet concurrent dans le Cabinet de Campagne. Les infirmières de ce cabinet avaient inscrit un patient avec un soin de pansement dans leur tournée à un horaire décidé par elles. Or il a fallu changer cet horaire parce que le médecin prescripteur a insisté pour que la priorité soit donnée à la kinésithérapie, comme nous l'explique Marie-Pierre, infirmière à Campagne :

« eh ben je suis chez B.Ph., il s'est pris une cartouche dans la main, et le kiné il a ordre de lui travailler les doigts avant le pansement, alors le kiné dit « je viens à 11 heures, je viens à midi » et nous on vient après parce que il faut pas que la plaie elle reste trop à l'air, et la famille elle dit « et ben le kiné il a dit qu'il faut que vous veniez après , le médecin des urgences de Toulouse à la Clinique de la Main, il a dit que ce qui primait, c'était pas la plaie, c'était de récupérer les tendons, tant pis si les points pétaient mais il fallait que le kiné travaille et que vous veniez après faire le pansement »

(Marie-Pierre, infirmière à Campagne)

Instruite d'informations délivrées par les professionnels hospitaliers, la famille de ce patient pouvait argumenter sa demande et « dicter » sa conduite aux infirmières qui souhaitaient continuer à travailler chez cette personne. Pour Philippe Batifoulier, le patient est « *coaché pour le faire accéder à un statut de consommateur* » (*ibid.* : 203). Mais la comparaison de nos résultats auprès des infirmières avec la médecine, à laquelle est consacré l'article de cet auteur, s'arrête là car si l'arsenal législatif concernant les malades (tels qu'ils sont nommés dans la Loi de 2002) intéresse l'ensemble des professionnels de santé, les autres mesures considérées par l'auteur (tarification à la performance par exemple) s'adressent aux médecins ou aux établissements de santé mais pas aux infirmières libérales. En effet la façon qu'ont les infirmières libérales de faire varier de manière significative leurs revenus est de jouer sur la sélection des soins (en choisissant les plus lucratifs par exemple) et sur le volume de leur activité (en

¹³² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

travaillant davantage), mais pas en intervenant sur la tarification¹³³. Car les revenus des infirmières libérales dépendent en partie des prescriptions médicales mais aussi de la confiance que les personnes soignées placent en elles ; or surfacturer serait un « *acte opportuniste (qui) signifierait un effondrement de la confiance et donc de la spécificité de la relation* » (Rebérioux et Bien, 2002 : 192).

Mais enfin, et peut-être surtout, la relation entre infirmières libérales et patients maintient une distance au commerce (on parle d'honoraires et pas de prix) du fait que les infirmières libérales (par l'intermédiaire de leurs syndicats) ont signé des accords avec l'Assurance Maladie de façon à pratiquer le tiers payant pour une grande majorité d'actes et de patients : cela éloigne encore plus la référence à la transaction et à l'argent puisque peu de patients paient *cash*. On peut alors suivre Lise Demailly (2008 : 129) et parler de la relation entre infirmière libérale et patient comme s'inscrivant dans le cadre symbolique du « *marchand euphémisé* », (celui des) « *honoraires, des relations longues et impliquantes quant à la coopération entre le professionnel et le destinataire, où la circulation de l'argent a valeur symbolique d'affirmation de la confiance* ».

Cette euphémisation du cadre marchand nous amène à conclure que la relation entre infirmières libérales et patients est davantage une relation à potentiel lucratif qu'une relation marchande, même si les infirmières enquêtées par Alain Vilbrod et Florence Douguet soulignent le caractère de plus en plus exigeant des demandes émanant de personnes se plaçant dans un rôle de consommateurs de soins (2007 : 186).

Si cette relation qui échange « service » contre argent n'est pas une relation marchande au sens strict, elle n'en est pas moins basée sur la confiance¹³⁴, notamment lorsque la relation s'installe dans le temps. Nous avons déjà dit que l'anonymat lié au financement ainsi que la relation monétaire médiée (par l'Assurance Maladie) donnent sa singularité au malade et à la maladie (Petitat, 1989¹³⁵). Et c'est ainsi que la relation entre patients et infirmières libérales peut prendre un caractère personnel.

¹³³ Même si les infirmières libérales ont la possibilité de pratiquer des honoraires libres et ne pas être conventionnées, ce choix reste très marginal, voire anecdotique.

¹³⁴ Sur l'importance de la confiance pour la régulation des pratiques au sens de l'observance et de la qualité de la prise en charge, citons quelques travaux parmi de nombreux autres : Béatrice Jacques, 2006, « La construction de la relation de confiance entre l'obstétricien hospitalier et la femme enceinte », *Archives Aquitaines de Recherche Sociale*, n° Spécial ; Sylvie Fainzang, 2006, *La Relation médecins/malades : information et mensonge*, Paris, Presses universitaires de France.

¹³⁵ Chapitre 1

5.1.2 La relation personnalisée comme relation interpersonnelle

Dans le travail social, la relation personnalisée est une relation qui a pour but de produire de la confiance, ce qui demande de connaître la personne bénéficiaire du service et les différents aspects de sa vie. Cela exige également que la personne comprenne et trouve l'intérêt de l'intervention sociale (ou de la relation qu'elle implique), et que les actes professionnels soient posés en fonction de la personne considérée comme support de cette relation. Il y a engagement de la personne bénéficiaire dans la relation et dans l'action (Astier, 2007).

Dans les soins infirmiers libéraux tels qu'il nous a été donné de les observer et de les analyser, la relation personnalisée comprend cette connaissance des différents aspects de la vie de la personne soignée par l'infirmière. Elle est toutefois moins exigeante en matière d'engagement (au sens de l'*empowerment*) que la relation personnalisée promue dans le travail social : elle admet l'asymétrie de l'information et de la relation, mais elle a le mérite de faire apparaître l'infirmière libérale comme une personne, et pas seulement comme une professionnelle. Par relation personnalisée, nous désignons une relation qui tient à la fois compte du destinataire des soins en tant que personne, de l'infirmière libérale en tant que personne (il s'agit donc d'une relation inter-personnelle) et de la nature (qualité) de cette relation (Zelizer, 2001 ; Gagnon et Saillant : 2001). Nous proposons d'examiner ici comment il nous est apparu que les infirmières libérales tiennent compte de leur personne dans leur relation aux patients.

5.1.2.1 La question du confort au travail ou comment se soucier de soi

C'est ainsi qu'en faisant parler les infirmières libérales sur les activités que nous avons observées, le terme de confort (de travail) a été plusieurs fois utilisé par des infirmières libérales. Ce terme recouvre l'ensemble des stratégies que les infirmières libérales vont mettre en œuvre pour diminuer l'incertitude inhérente à leur activité. Il peut s'agir de s'assurer de la présence d'une autre professionnelle (aide à domicile par exemple) pour aider l'infirmière au moment de manutentions délicates des personnes qualifiées de dépendantes. Il peut s'agir aussi d'imposer ses horaires de façon à rentrer chez elle à midi pour manger. Les deux cas montrent la volonté de réduire les incertitudes mais ne se situent pas sur le même registre. Dans le premier cas, le confort est recherché au nom d'une sécurité du soin difficilement critiquable. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un désir personnel qui, quand il est recherché par les infirmières, est occulté aux autres personnes. Il nous a même été demandé de ne pas en parler dans ce travail de restitution des données, car ce confort s'accompagne d'une forme de profit personnel que les infirmières libérales avouent difficilement. Nous avons tout de même

choisi de le faire figurer dans nos résultats car il prend sens auprès des autres caractéristiques du travail infirmier libéral telles que les infirmières les délivrent elles-mêmes¹³⁶. La recherche d'un profit personnel existe (nous l'avons vu avec la liberté de choix recherchée) mais ce profit entre en tension avec d'autres aspects du métier : la sécurité du patient (qu'il faut assurer), l'autonomie des personnes qualifiées de dépendantes (quand les infirmières laissent un homme se raser seul au nom de l'autonomie qu'il doit conserver, elles ne « perdent pas de temps » à le raser et s'assurent ainsi un confort). Le confort recherché pour le simple profit personnel se fait au nom d'avantages que les infirmières s'octroient. Cette notion du confort des professionnels avait déjà été repérée par Erving Goffman :

« Une partie de la routine hospitalière repose toujours, en effet, non sur des considérations médicales, mais sur des facteurs d'un ordre tout différent, les règlements relatifs à l'encadrement des malades, entre autres, étant établis pour la commodité et le confort du personnel ». (Goffman, 1968 : 400).

En libéral, ces avantages permettent aux infirmières de trouver un intérêt à poursuivre leur activité professionnelle qu'elles décrivent comme fatigante (ce qui peut expliquer la recherche de confort), et à continuer à mener une relation professionnelle (Bouchayer, 2008a : 8).

La volonté d'occulter cette quête de confort aux yeux des lecteurs de ce texte illustre la conscience que les infirmières ont que leur métier est une activité de gestion de tensions et d'intérêts divergents en équilibre, gestion menée au sein de relations asymétriques que les infirmières ne souhaitent pas laisser apparaître comme étant à leur avantage. Cette pudeur à avouer la quête d'un bien-être pour soi dans le travail s'explique par la lecture que Foucault nous propose du « souci de soi » conçu, à l'époque marquée par le christianisme, comme une chose condamnable parce qu'alors compris comme contraire à l'intérêt qu'il faut porter aux autres (Foucault, 1994). Les infirmières libérales revendiquent un souci de soi lorsqu'il est porté par le groupe (syndicat par exemple) et s'inscrit dans une perspective économique voire politique (chapitre 2) mais ne souhaitent pas que soit reconnu un souci de soi qui serait plus individualisé.

¹³⁶ Voir précédemment les caractéristiques du travail infirmier libéral : Choisir la nature et le volume de cette activité, endosser un statut d'entrepreneur.

5.1.2.2 La question de l'imbrication de la vie personnelle et de la vie professionnelle ou comment se prendre soi-même en considération

La distinction entre les sphères publiques et privées est une construction historique et idéologique qu'il ne faut pas, d'après Geneviève Cresson, utiliser comme outil conceptuel, mais considérer comme objet d'analyse (1995 : 62). Cette distinction entre privé et professionnel est le résultat d'une recherche ayant eu pour objet le mouvement de coordination infirmière de la fin des années 1980 dans lequel, pour Danièle Kergoat, les revendications collectives d'identité professionnelle ne sont rien d'autre qu'une volonté de clivage vie privée/vie professionnelle et une reconnaissance dans la sphère professionnelle de qualifications (qui ne sont pas seulement des qualités féminines exprimées dans la vie privée). L'auteure voit dans la dissociation vie privée/vie professionnelle comme un « *préalable nécessaire à l'entrée dans le rapport salarial* » (1992 : 78). Sans prétendre alimenter cette réflexion, nous pouvons tout de même la prendre comme appui pour étudier ce qu'il en est en libéral. Nous prenons donc la distinction entre sphère professionnelle et sphère privée comme objet d'observation et confirmons que, dans le cadre de l'exercice libéral d'une activité professionnelle infirmière (qui n'est donc pas dans un rapport salarial) les deux espaces ne sont pas distincts mais imbriqués. Nous illustrons ces propos à partir de quatre situations qui concernent le lieu de résidence personnelle de l'infirmière, l'infiltration de considérations personnelles dans la relation professionnelle de soin, l'imbrication des mémoires privées et professionnelles et l'échange de services personnels entre infirmières libérales et patients.

LE LIEU DE RÉSIDENCE PERSONNELLE DE L'INFIRMIÈRE LIBÉRALE

La concordance d'un lieu de résidence avec un lieu de travail montre des niveaux différents d'acceptation, par les infirmières libérales, des sociabilités inhérentes à leur lieu de résidence. Nous distinguons alors trois types de réactions : le libre choix de lier les sociabilités personnelles et professionnelles, l'acceptation des contraintes inhérentes à cette simultanéité de sociabilités, et le refus de ces contraintes.

En effet, le choix peut être librement fait par les infirmières de concilier les sociabilités personnelles et professionnelles. Ce cas se rencontre plutôt en début de carrière libérale, soit parce que les infirmières ont fait le choix de s'installer professionnellement dans un endroit qu'elles habitaient au préalable (et dont elles connaissaient bien souvent des habitants à titre personnel avant qu'ils ne deviennent de potentiels patients comme ce fut le cas pour Huguette du Cabinet Ville Est, de Sylvie, Cabinet Ville Centre ou encore de Marie-Pierre du Cabinet Campagne), soit parce

qu'elles ont fait la démarche de venir habiter le quartier après avoir « acheté » la patientèle dans le but de s'inscrire visiblement dans un espace géographique qu'elles veulent professionnellement investir autour du lieu d'implantation de leur cabinet (cas de Jean Bernard du Cabinet Ville Sud).

Dans un deuxième cas, les sociabilités croisées entre vie personnelle et vie professionnelle sont vécues comme des contraintes, et acceptées comme telles, comme nous l'exprimera Sabine :

« Quand on les rencontre dans la rue on est obligé de leur parler. »

(Sabine, infirmière à Campagne)

Sabine est mariée à un exploitant agricole, dont l'exploitation et la maison familiale sont à proximité immédiate du village dans lequel est situé le cabinet de Sabine. Sabine s'est d'abord mariée (choix personnel) avant de s'installer dans ce cabinet (choix professionnel). Elle parle maintenant de sociabilités « obligatoires » du fait de cette proximité de lieux.

Enfin, il y a celles qui refusent les contraintes liées au fait d'habiter sur le lieu de travail. Après des années d'exercice dans leur quartier de résidence, lassées de voir s'imbriquer leur vie privée et leur vie professionnelle, elles ont décidé de déménager et de mettre de la distance géographique entre ces deux lieux. Nous avons observé cela pour des infirmières installées à Ville¹³⁷. Il se trouve que pour les deux infirmières de Ville qui se trouvaient dans ce cas, cela correspondait aussi à un moment de l'évolution de leurs cabinets pour lesquels la clientèle était stable, les revenus qui en découlaient aussi, et que ce niveau de revenus leur a permis de changer de quartier pour des quartiers proposant un immobilier plus onéreux. Déménager est le résultat d'une concomitance d'un sentiment de réplétion de relations professionnelles et d'une mobilité sociale exprimée par une mobilité résidentielle.

Ces exemples pourraient faire penser à une différence entre rural et urbain avec un monde rural où les contraintes de double sociabilité (privée et professionnelle) sont acceptées, et un monde urbain dans lequel ces contraintes sont refusées. Or, d'autres éléments observés durant l'enquête relativisent cette conclusion. En effet, nous avons observé en milieu urbain que des formes de double sociabilité privée et professionnelle pouvaient exister, alors même que l'infirmière concernée par ces observations est une de celle qui a quitté son quartier de travail pour aller vivre ailleurs. Cette sociabilité de « voisin » prend la forme d'un patient qui passe à son cabinet dans l'unique but

¹³⁷ La seule infirmière de Campagne qui a mis de la distance entre son domicile et le village de son cabinet l'a fait pour suivre son mari dans une promotion professionnelle.

d'apprendre aux infirmières qu'il est grand-père depuis la veille. Il ne vient pas annoncer la nouvelle à l'infirmière, mais à la personne qui est derrière cette fonction. C'est aussi le fait de croiser un patient dans ses déplacements personnels dans le quartier, ce qui permet de favoriser l'interconnaissance : du côté de l'infirmière, cette rencontre l'a fait se dévoiler dans sa vie personnelle en même temps qu'elle lui permet de glaner des informations concernant les capacités de mobilité de cette personne ou ses habitudes de vie (aller manger tous les midis dans un restaurant du quartier par exemple).

Le choix du lieu de résidence personnelle de l'infirmière est un indicateur de la distance que l'infirmière souhaite mettre ou non entre sa vie privée et sa vie professionnelle, mais n'est pas un élément suffisant pour déclarer la volonté de séparer ces deux sphères, comme nous allons le voir.

L'INFILTRATION DE CONSIDÉRATIONS PERSONNELLES DANS LA RELATION PROFESSIONNELLE DE SOIN

Le travail infirmier comprend entre autres un travail de transmission de messages de prévention¹³⁸ qui reprennent les connaissances du moment sur un sujet, et l'infirmière se doit d'informer et conseiller en accord avec cette actualité. Or, nous avons pu observer qu'Irène (infirmière à Campagne) traduit les discours de santé publique dans le domaine de l'hygiène alimentaire à partir de ses expériences personnelles. C'est ainsi qu'à un patient qu'elle voit souvent, et pour lequel il est médicalement demandé de surveiller l'alimentation, elle accorde le droit de « mal » se nourrir (en rapport avec la norme académique) parce qu'elle ne se sent pas en droit de lui tenir un discours normatif dans la mesure, explique-t-elle, où sa propre mère ne se nourrit pas mieux que ce patient (en l'occurrence les deux prennent un café au lait en guise de dîner). Irène se sert d'un argument personnel pour se retirer de l'obligation que lui donne son métier. Elle personnalise son travail à partir de la conception qu'elle en a, comme les infirmières et aides-soignantes de pédiatrie étudiées par Pascale Molinier qui nous dit :

« Celles-ci tendent à construire les accords normatifs sur ce qu'elles considèrent être un bon travail en référence à ce qu'elles souhaiteraient voir mis en œuvre pour les proches. C'est dire qu'elles situent leur travail et leur vie personnelle sur le même plan de vie, dans un continuum psychique où le jeu des identifications crée une perméabilité entre les différents types d'expériences et d'investissements » (Molinier, 2009 : 5).

¹³⁸ Code de Santé Publique, Article L4311-1.

Tenir compte de soi et de ce que l'on pense en tant que personne se retrouve dans la relation de soin observée entre infirmière libérale et patient.

L'IMBRICATION DES MÉMOIRES PRIVÉES ET PROFESSIONNELLES.

La vie privée des infirmières, appréhendée par le prisme des événements familiaux, rythme et quelquefois dicte la vie professionnelle. Les reconfigurations des cabinets (association avec de nouvelles collègues par exemple) se font souvent à l'occasion d'événements de vie personnelle, comme la naissance d'enfants (Cabinet Ville Centre). C'est ainsi que ces événements personnels de la vie des infirmières permettent de se souvenir de la date des soins, comme nous l'exprime Sylvie, de Ville Centre : « *il me semble que ma fille était petite, elle devait avoir un an ou deux, donc ce serait en 1997 ou 1998* » (et en effet, l'événement de santé d'un patient, évoqué dans l'entretien, a eu lieu en 1998). La mémoire met en correspondance les événements familiaux et les événements professionnels.

LES ÉCHANGES DE SERVICES PERSONNELS

L'imbrication entre vie personnelle et vie professionnelle s'observe également dans des services personnels que se rendent mutuellement les infirmières libérales et leurs patients : ce peut être, pour les infirmières, l'accès à un verre d'eau ou aux toilettes dans les domiciles des patients, et pour les patients la possibilité de faire faire une course (un achat, une lettre postée, ...) par les infirmières.

La relation aux patients se déroule dans une forme euphémisée d'un cadre marchand qui offre aux infirmières une source de liberté : elles peuvent accorder à leurs propres attentes une attention particulière (confort de travail ou distance/imbrication entre leurs vies personnelle et professionnelle). L'étude de la relation aux patients permet de déplacer la notion de souci de soi d'un niveau collectif à un niveau individuel, ce qui va donner l'occasion à l'infirmière de se positionner dans l'interaction à partir de ce qu'elle est en tant que personne. Dans le contexte d'attentes réciproques évoqué au début de ce chapitre, les interactions entre infirmières et patients deviennent alors des relations interpersonnelles qui font passer la question de l'argent au second plan.

5.2 La relation au médecin

« *L'une des erreurs les plus communes dans l'étude du travail est d'occulter une partie du système d'interactions* » (Hughes, 1996a : 66).

Or les médecins n'ont pas été interrogés dans cette enquête. À cela trois raisons. La première est que notre posture était de nous laisser porter par les observations faites sur le terrain et de rencontrer, pour les interviewer, les intervenants réguliers qui se partagent le travail de soins et de service de façon quotidienne au domicile des personnes qualifiées de dépendantes. Les médecins ne trouvent pas leur place dans cette approche dans la mesure où leurs interventions sont ponctuelles et non quotidiennes. La seconde raison est que notre perspective est d'étudier le travail par les scènes dans lesquelles il se déroule. Or, les médecins ne participant pas au partage des tâches quotidiennes qui se mènent aux domiciles, ils constituent « *une forme de présence qu'il est moins urgent et permanent de gérer* » (Ughetto, 2013). Ne pas les interroger n'était pas les oublier : il s'agissait de voir comment ils s'invitent dans le travail des infirmières libérales. La troisième raison est que les infirmières nous ont très peu parlé des médecins dans les entretiens, même lorsqu'il s'agissait de décrire leur quotidien. Les données mobilisées ici sont essentiellement issues d'entretiens informels, d'observations et d'analyses des échanges écrits entre infirmières libérales et médecins. Cette forme de « présence absente » des médecins dans le quotidien des infirmières libérales nous livre des informations sur l'autonomie avec laquelle elles sont amenées à travailler.

À domicile, les relations entre infirmières et médecins libéraux se font directement de personne à personne. Il n'y a aucun intermédiaire hiérarchique, contrairement à ce que les uns et les autres ont pu connaître à l'hôpital, lieu commun des formations initiales de ces deux métiers. À ce mode de communication direct s'ajoute un ensemble de moyens indirects pour communiquer : mots écrits par le médecin dans le cahier de transmissions restant chez la personne (lorsqu'il en existe un), ordonnances laissées en évidence sur la table après le passage du médecin, sans compter le rôle des intermédiaires humains : patient lui-même ou membres de sa famille. L'analyse des échanges entre infirmières libérales et médecins reflète la relation hiérarchique de contrôle que les médecins exercent sur les infirmières (Freidson, 1984 : 58). Mais en libéral, cette relation hiérarchique (dans laquelle le médecin ordonne à l'infirmière ce qu'elle doit faire) se double d'une relation d'échanges de services illustrant la volonté de travailler ensemble et de maintenir le lien. C'est ainsi qu'en différents moments de la vie professionnelle des infirmières, les médecins sont considérés comme des ressources. Cette relation d'échanges de services change la

nature hiérarchique de la relation en l'atténuant mais ne l'abolit pas. En nous inspirant du travail de Françoise Bouchayer qui s'interroge sur le rôle du tiers gestionnaire qu'est l'Assurance Maladie dans la relation soignant-patient (2011), nous examinons le rôle de ce tiers gestionnaire entre soignants, et plus particulièrement entre médecins libéraux et infirmières libérales. Nous arrivons à la conclusion que le tiers gestionnaire renforce cette relation hiérarchique médecins-infirmières en l'amenant sur un terrain où ce type de relation n'a pas lieu d'être : le rôle propre infirmier, qui par définition est spécifique aux infirmières. C'est alors que les infirmières mettent en place des tactiques face à cette relation hiérarchique de façon à continuer à faire vivre leur « souci de soi ».

5.2.1 Des médecins ressources

Les médecins ont pu être évoqués, au fil des entretiens avec les infirmières libérales, comme des alliés voire des ressources.

5.2.1.1 Au moment de la constitution de la clientèle

Au moment de l'installation d'une infirmière en libéral, surtout s'il s'agit de la création d'un cabinet, comme cela a été le cas pour la plupart des infirmières rencontrées dans ce travail de recherche, le médecin est un allié dans la mesure où il a la possibilité d'adresser ses patients vers l'un ou l'autre des cabinets infirmiers qu'il connaît. Sylvie, infirmière à Ville Centre, nous l'évoque :

Sylvie : « Donc l'histoire du cabinet. C'est moi qui l'ai créé en 1985, j'étais toute seule au départ et j'ai commencé en faisant des remplacements et puis en démarchant les médecins du quartier en leur disant que j'allais m'installer, voilà.»

Plus tard dans l'entretien, elle confirme :

« Question : et les médecins, j'ai l'impression que vous avez une relation forte avec le cabinet de médecins.

Sylvie : oui, Dandy, Bourges et Musso, c'est un gros cabinet, après y'en a un autre mais ... moins quoi...

Question : « moins » ça veut dire que vous travaillez moins avec lui ou que c'est un cabinet plus petit ?

Sylvie : on a des contacts avec lui parce que on a des patientes à lui, alors qu'eux [le premier cabinet évoqué], ils nous envoient du monde quoi. »

(Sylvie, infirmière à Ville Centre)

Les médecins « envoient du monde » : ils sont dans une logique d'adressage.

5.2.1.2 Des médecins ressources dans le maintien d'une activité « spécialisée ».

Ce choix que font les médecins d'adresser des patients vers des cabinets infirmiers peut aussi être lié à la nature des soins prescrits. En effet, des médecins spécialistes peuvent envisager des soins spécifiques qui nécessiteront des compétences que certaines infirmières auront développées à l'occasion de leurs expériences passées ou dans le cadre de formations professionnelles, diplômantes ou pas. Sheila, infirmière à Ville Nord nous le confirme :

« Question : Vous me parliez de consultation Plaies et Cicatrisation. Je sais qu'il existe des réseaux.

Sheila : Oui, il me semble mais moi, je ne suis pas là-dedans. J'en fais pas du tout, mais globalement ce qui se passe, c'est que dans le cabinet d'angiologie, les médecins reçoivent certains patients qui ont certaines pathologies, des ulcères, par exemple, et qu'il faut donc traiter avec un certain protocole, pour le coup, hein, de type de pansements, etc.... donc c'est Denis, ou une de mes deux autres collègues qui sont parties, elle avait aussi fait un diplôme en Plaies et Cicatrisation, qui s'en occupaient. »

(Sheila, infirmière à Ville-Nord)

La même chose se passe pour Jean Bernard, qui, au moment de son retour dans la région, a travaillé à l'hôpital spécialisé en psychiatrie de la ville. Il connaît de ce fait beaucoup de psychiatres installés en ville. Ce réseau est présenté par Jean-Bernard comme « *une ressource, plus que comme des partenaires avec qui il pourrait partager le travail* ». [Journal de terrain, 7 décembre 2012, tournée avec Jean-Bernard, infirmier, Ville Sud].

5.2.1.3 Le médecin comme caution morale.

Par ailleurs, les infirmières libérales pourront compter sur ce médecin comme appui dans des situations délicates. Par exemple, des infirmières du cabinet Ville Centre demanderont au médecin de les aider à convaincre une intervenante professionnelle (en l'occurrence une aide à domicile travaillant en gré à gré) dans le but que celle-ci modifie ses pratiques et pose des actes qui paraissent plus appropriés aux infirmières (et au médecin). Un entretien avec Sylvie, infirmière dans ce cabinet, illustre comment les infirmières sollicitent un médecin comme une ressource :

« Sylvie : (...). Alors pour lui faire comprendre ! [à l'aide à domicile] ... c'est comme le Forlax, pour qu'elle comprenne qu'il fallait lui donner tous les jours, elle voulait qu'on lui mette un suppo, mais pour lui faire comprendre qu'il valait mieux ne pas mettre de suppo ...

Question : elle a compris maintenant ?

Sylvie : oui, on l'a dit au médecin, le médecin lui a dit et elle lui donne maintenant.
»

(Sylvie, infirmière à Ville-Centre)

Le fait que cette personne travaille de gré à gré signifie que son employeur est la personne bénéficiaire de ses services. Cette aide à domicile n'a pas de supérieure hiérarchique professionnelle à laquelle les infirmières pourraient s'adresser pour faire changer le comportement de l'aide à domicile. Elles sont dans une relation directe, et leur (manque d') autorité ne suffit pas à modifier l'attitude de l'aide à domicile. Le médecin intervient ici comme caution de la parole infirmière. De la même façon, il sera utile aux infirmières de trouver le médecin pour signaler l'absence à son domicile d'une personne qu'elles visitent pour des soins. Le médecin offrira une caution morale. Les infirmières, en signalant au médecin une absence de personne de son domicile, suivent la procédure qui leur permet de se dédouaner de leurs responsabilités dans le cas d'un soin qui n'a pas été fait.

5.2.1.4. : Des ressources entretenues par un « travail diplomatique ».

Les médecins sont une ressource parce qu'ils prescrivent les soins, parce qu'il leur arrive d'adresser les patients aux cabinets infirmiers et parce qu'ils constituent une caution morale. Pour continuer à bénéficier de cette ressource, les infirmières maintiennent des relations de type diplomatique : elles feront preuve d'humilité lorsqu'il s'agira de demander une prescription (de soins ou de traitement médicamenteux) au médecin et accepteront de se déplacer au cabinet du médecin pour récupérer une ordonnance. C'est ce que Corinne, infirmière à Ville Centre, nous confirme :

« Oui, (...) c'est nous qui la faisons (la connexion entre le patient et le médecin), qui appelons le médecin, qui gérons son traitement, qui demandons au médecin de passer ou non, qui allons parfois chercher des prescriptions chez le médecin, je l'ai fait hier. Avec ce médecin on fonctionne comme ça, elle nous laisse les prescriptions au secrétariat quand on en a besoin, voilà y'avait des renouvellements à faire. »

(Corinne, infirmière à Ville Centre)

Dans ce dernier exemple, la relation entre les deux cabinets infirmier et médical dure depuis plus de vingt-cinq ans. Toutes¹³⁹ les protagonistes se connaissent, s'identifient. Elles travaillent sur le même quartier, auprès de la même population. Cette proximité a permis que se construise, avec le temps, une relation d'arrangements mutuels : les infirmières se déplacent, évitant au médecin de le faire.

¹³⁹ Dans ce cas, le médecin est une femme, ce qui explique l'emploi du féminin.

Tenir le lien avec un médecin s'explique par le fait que celui-ci constitue une ressource qu'il est intéressant (pour les infirmières) de préserver, mais peut-être aussi parce qu'il existe une relation hiérarchique entre médecins et infirmières. Or cette relation hiérarchique, en libéral, n'est pas exclusivement directe, comme nous aurions pu le penser *a priori*. Elle fait également intervenir un intermédiaire, qui n'est pas ici un cadre de santé comme à l'hôpital, mais un tiers gestionnaire, à savoir l'Assurance Maladie. Ce tiers gestionnaire, en faisant appliquer la loi, maintient la relation hiérarchique, et par ailleurs, en crée une là où il n'en n'existait pas.

5.2.2 La relation entre infirmières libérales et médecins médiée par l'assurance maladie au rôle assujettissant

Dans ce paragraphe, nous tenterons d'évaluer les incidences des « *modalités d'encadrement des soins sur l'activité des professionnels de santé* » sous l'angle des relations entre professionnels, en nous inspirant des travaux de Françoise Bouchayer (2011). Dans un chapitre précédent, nous nous sommes interrogée sur le fait que les prescriptions infirmières pouvaient être interprétées comme un accès à une autonomie professionnelle des infirmières autant que comme une forme de division du travail médical.

En quoi ces prescriptions infirmières, alors qu'elles ont pu être présentées aux infirmières libérales et même attendues par celles-ci comme des outils soutenant leur autonomie professionnelle, peuvent illustrer le maintien de la relation hiérarchique entre médecins et infirmières libérales ? Partons de ce que nous avons déjà montré : la divergence de postures entre infirmières à propos des prescriptions de matériel. Une infirmière ne peut prescrire du matériel que pour effectuer des soins cotés en AMI¹⁴⁰, c'est-à-dire des actes médicaux infirmiers, ou encore pour le dire autrement, des actes infirmiers qui ont fait l'objet d'une prescription médicale (ce sera le cas de pansements ou de pose de sondes par exemple). Reprenons un extrait d'entretien avec Sylvie, infirmière à Ville Centre :

Sylvie : « c'est un choix politique (rires), et Christine ... Au début j'étais la seule à faire les ordonnances, c'est dur aussi parce que moi je trouvais que c'était bien de faire les ordonnances parce que j'en avais marre de faire des mots au médecin en disant tout ce qu'il fallait, donc je préférais faire des ordonnances, et au début elles étaient pas d'accord, donc des fois c'est pas facile dans les équipes quoi.

Question : Donc pour vous c'était par simplicité ?

¹⁴⁰ AMI : Actes Médico-infirmier

Sylvie : Par simplicité, et par reconnaissance, je trouvais que c'est bien de faire les ordonnances (...) »

(Sylvie, infirmière à Ville Centre)

Sylvie nous donne à voir qu'elle n'est pas indifférente à une reconnaissance de ses capacités à évaluer des besoins de matériel pour faire des soins¹⁴¹. En exerçant ses capacités d'évaluation des besoins, l'infirmière libérale exerce une forme d'autonomie. Mais cette autonomie est limitée puisque le droit de prescription est encadré : les infirmières ne peuvent prescrire du matériel que pour un soin qui a initialement été prescrit par un médecin, et à condition que la prescription infirmière reprenne l'ordonnance initiale de matériel que le médecin a effectué auparavant. En définitive, la prescription infirmière n'est pas reconnue par les autorités comme une prescription résultant d'un jugement (qui est effectué par le médecin), mais est reconnue comme un renouvellement d'ordonnance. Cette nuance motive le discours des infirmières réfractaires aux prescriptions pour qui prescrire permet aux assurances maladies de dépenser moins puisqu'une prescription infirmière se fait à l'occasion d'un soin et n'est pas rémunérée (il n'y a pas de cotation pour l'établissement d'une ordonnance), ce qui est moins onéreux qu'une prescription médicale qui n'est pas plus cotée mais qui s'établit généralement dans le cadre d'une consultation médicale qui elle, est facturée. En ne reconnaissant pas aux infirmières le droit de consultation pendant laquelle les besoins sont estimés, les autorités de tutelle maintiennent bien la distinction entre les médecins qui font un travail de jugement (profession consultante) et les infirmières qui font un travail de gestion de stock : la prescription pourrait être assimilée à une commande de matériel. Le sentiment d'être reconnue dans ce travail de prescription, exprimé par Sylvie, n'est pas partagé par l'ensemble des infirmières libérales. Les infirmières réfractaires expriment clairement qu'elles refusent de travailler davantage sans rémunération. La reconnaissance passe ici par une compensation financière. Prescrire du matériel de façon responsable demande aux infirmières prescriptrices une évaluation des stocks, une estimation des besoins et donc du temps. Comme nous le dit Sylvie déjà citée : « *Il faut faire le point, c'est du travail en plus à chaque fois* ». C'est pourquoi Sylvie nous parle de « posture politique » en matière de prescription infirmière de matériel : les prescriptrices adhèrent aux conventions passées avec l'Assurance Maladie, les réfractaires les refusent. En obligeant les infirmières à ne prescrire du matériel que s'il a été antérieurement prescrit par le médecin, ces conventions signées par les infirmières libérales avec l'Assurance Maladie font de ce tiers gestionnaire un

¹⁴¹ À propos des prescriptions, les syndicats infirmiers libéraux parlent aussi de reconnaissance mais leur discours est sous-tendu par la capacité des infirmières libérales à rationaliser les dépenses des organismes d'Assurance Maladie et à faire d'elles des actrices de santé publique responsables : cela a fait l'objet d'un développement dans un chapitre précédent.

acteur de la division du travail médical qui maintient la relation hiérarchique entre médecins et infirmières libérales.

À domicile, l'organisation du système de prise en charge financière des soins, et notamment les remboursements de ces soins, obligent tous les soins infirmiers à faire l'objet d'une prescription. Cette prescription n'est pas forcément médicale. En effet, la Démarche de Soins Infirmiers est une analyse de situation opérée par une infirmière et qui aboutit à une prescription infirmière pour « des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes ». L'infirmière « identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Elle peut donc prendre des initiatives et accomplir les soins qu'elle juge nécessaires. Elle peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative»¹⁴². L'exemple type de soins faisant l'objet d'une telle démarche est le soin d'hygiène. Mais le soin peut aussi porter sur de la relation d'aide, ou encore du soutien à la gestion d'un programme thérapeutique. Lorsque ce dispositif a été mis en place au début des années 2000, il a été l'occasion de négociations entre les syndicats professionnels infirmiers libéraux et les caisses d'Assurance Maladie. L'accord trouvé stipule que les médecins prescrivent au patient une analyse de leur situation qui sera ensuite effectuée par l'intermédiaire d'une démarche de soins infirmiers, et donc par une infirmière. Dans un deuxième temps, à l'issue du travail d'analyse de la situation, l'infirmière décidera de prescrire des séances de soins infirmiers, délivrés par elle-même, ou de l'« aide personnalisée »¹⁴³ délivrée par les travailleuses du social¹⁴⁴. Mais là ne se termine pas le travail infirmier puisque l'infirmière devra faire valider sa décision par le médecin initialement prescripteur de la DSI.

Ce trajet de validation de la DSI¹⁴⁵ (qui doit passer par deux fois entre les mains du médecin) montre comment, au cours des négociations entre syndicats infirmiers libéraux et Assurance Maladie, cette dernière a réussi à obtenir que les médecins aient un droit de regard sur une activité infirmière spécifique, créant par le fait une relation

¹⁴² Extrait de l'Article R4311-3 du Code de la Santé Publique, modifié par Décret n°2008-877 du 29 août 2008 - art. 1.

¹⁴³ C'est le terme figurant sur le document de la DSI (Annexe 5)

¹⁴⁴ Nous choisissons de parler de travailleuses du social en parlant des aides à domicile ou des auxiliaires de vie sociales pour ne pas rentrer dans le débat qui partagent les « travailleurs sociaux » : pour certains, le travailleur social est celui qui peut accéder au diplôme supérieur en travail social (cela fait référence aux institutions et aux corps professionnels), alors que pour d'autres, il s'agit du travailleur participant à l'intervention sociale (parler de travailleurs sociaux à leur encontre valoriserait leur image sociale) (Jaeger, 2007 : 271-272)

¹⁴⁵ DSI : Démarche de Soins Infirmiers

hiérarchique qui n'existait pas entre médecins et infirmières dans le cadre du rôle propre de ces dernières.

L'intervention d'un tiers gestionnaire est une particularité des soins libéraux à domicile. En étudiant les relations entre médecins et infirmières libérales, nous mettons en évidence le rôle d'intermédiaire que joue cet acteur par les procédures qu'il contribue à mettre en œuvre. Il crée ainsi de la hiérarchie là où il n'y en avait pas et la maintient là où elle existait, en inscrivant le travail infirmier dans la division du travail médical.

5.2.3 Tactiques infirmières face aux médecins

Dans le cadre de leurs relations aux médecins, les infirmières libérales mettent en place un arsenal de tactiques. Ces tactiques prennent plusieurs formes, autorisant les infirmières à s'aménager des espaces de liberté d'agir, faisant vivre leur « souci de soi ».

5.2.3.1 Ménager le médecin

Les habitudes de communications écrites entre les deux professions font dire aux infirmières que les médecins ne leur donnent pas par écrit les informations nécessaires à la prise de décision et à la mise en place de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie qu'elles peuvent elles-mêmes décider. L'exemple couramment cité est celui de la visite à domicile du médecin. Celui-ci laissera des indications sur la marche à suivre mais n'explicitera que rarement sa propre démarche, son raisonnement, ou les examens cliniques qu'il a pu pratiquer pendant sa consultation et qui ont abouti à sa conclusion médicale. Un exemple : Jean (patient du Cabinet de Campagne) présente des signes cliniques qui font penser aux infirmières qu'il pourrait s'agir de troubles digestifs sur lesquels elles peuvent intervenir par différents moyens hygiéno-diététiques et cliniques qui relèvent de leur rôle propre. Or, des signes nouveaux apparaissent (des nausées). Les infirmières soupçonnent une occlusion intestinale. La famille de Jean demande au médecin d'intervenir et à l'issue de sa visite du 4 octobre 2011, celui-ci notera dans le cahier de transmission : « *Pas de cause trouvée à ses nausées. Abdomen souple. Continuer comme d'habitude* ». Pour les infirmières, le terme « abdomen souple » suffit à écarter l'éventualité de l'occlusion. Mais qu'en est-il des autres troubles digestifs et des soupçons des infirmières qui pensent à d'autres diagnostics ? Elles ne savent pas si le médecin a effectué l'examen clinique auquel elles ont pensé. S'il l'a fait, les infirmières n'auront pas à lui demander de prescription pour le faire elles-mêmes. S'il ne l'a pas fait, est-ce parce qu'il pense qu'il ne faut pas le faire, ou est-ce parce qu'il

n'a pas pensé que les nausées pouvaient être liées à un autre diagnostic auquel les infirmières ont pensé ?

Les infirmières n'ont pas, de leur côté laissé les informations écrites permettant au médecin de savoir ce qu'elles pensent, ce qu'elles suspectent. Elles s'en expliquent en disant qu'il faut ménager les médecins, ne pas leur montrer qu'elles aussi réfléchissent et cherchent des solutions aux problèmes. Alain Vilbrod et Florence Douguet avaient déjà montré que les infirmières libérales devaient « *ne pas remettre son expertise [de médecin] en question et faire en sorte qu'il pense que les prises de décisions finales lui reviennent* » (2007 : 53). Par écrit, les infirmières ne laissent que rarement trace de leurs réflexions, de leurs questionnements. Les écrits infirmiers tracent des faits, rarement des réflexions.

Pour en revenir au cas de Jean, dans le message que le médecin a écrit, il a demandé de modifier le traitement cardiaque. Sans s'en expliquer. Les infirmières ont alors pensé que le médecin soupçonnait ce traitement comme étant à l'origine des nausées. Il a pu modifier ce traitement pour des raisons cardiaques décelées à l'examen clinique. Mais rien ne les en assure. Pour elles, que le médecin ne leur dise pas pourquoi il prend telle ou telle décision revient au fait de les négliger, de ne pas les considérer. Il les laisse dans leur ignorance, avec leurs questionnements. En fait, il les maintient dans leur rôle d'exécutante sans tenir compte des capacités de discernement des infirmières qui font pourtant partie de leur rôle professionnel. Nous assistons là à une forme de domination symbolique à laquelle les infirmières réagissent en investissant un espace de liberté qu'elles maintiennent entre elles et les médecins en posant des actes qu'elles pensent être appropriés, sans systématiquement en informer le médecin. En tout cas pas *a priori* (il arrive qu'elles l'en informent *a posteriori*)¹⁴⁶.

Si les infirmières souhaitent donner des informations aux médecins, ou leur poser des questions sur leurs raisonnements, ou encore obtenir des explications de leurs décisions, elles le feront par téléphone, directement. Mais là encore, elles s'entoureront de précautions pour ménager les médecins. Elles sélectionneront les moments d'appels de façon à les déranger le moins possible. Chaque cabinet infirmier intervient chez des personnes qui ont choisi elles-mêmes leur médecin. Il arrive donc que les infirmières soient en relation avec plusieurs médecins, quelquefois plus de trente. Il faut donc qu'elles retiennent, pour chacun d'entre eux, leurs jours de travail et les plages horaires auxquels il sera propice de les appeler au téléphone. Ou au moins faudra-t-il qu'elles s'organisent en inscrivant l'appel téléphonique dans leur agenda en fonction des

¹⁴⁶ Un tel cas sera développé dans le chapitre 6.

disponibilités du médecin visé. Ceci augmente leur charge de travail, d'autant plus que lorsqu'elles obtiendront une réponse à leurs questions, il faudra encore programmer puis mettre en œuvre des actions au moment opportun : une modification de traitement médicamenteux au moment où elles seront à nouveau chez le patient, un nouveau protocole de pansement qu'il faudra faire connaître aux collègues.

Le fait que ce soit les infirmières qui appellent et rarement, voire jamais, les médecins, et donc qu'elles en trouvent leur travail accru, est un second signe d'une forme de domination symbolique que les médecins exercent sur les infirmières libérales.

En évoquant ces précautions, ces savoir-faire, qu'acquièrent les infirmières libérales avec le temps, Alain Vilbrod et Florence Douguet parlent alors de « *tactiques* » (2007 : 53), de « *pratiques délicates* » qui « *obéissent à des règles implicites très variables d'un praticien à l'autre* ». Ces pratiques varient également d'une infirmière à l'autre, ou d'une situation à l'autre. Pour certaines infirmières, dans certaines situations, appeler les médecins revient à obtenir plus d'informations qui seront nécessaires à la prise de décisions infirmières. Cela n'implique pas une meilleure obéissance des infirmières, mais une décision infirmière prise en connaissance de causes. Cela se traduit chez les infirmières par un ajustement avec les normes juridiques qui peut aller jusqu'à prendre une décision médicale comme celle de mettre en place une perfusion de réhydratation à l'insu du médecin (Feyfant, 2014).

5.2.3.2 Garder le contact

Pour d'autres infirmières (mais quelquefois pour les mêmes), appeler le médecin dans le but d'obtenir des informations ou des explications permet de garder le contact avec lui. Or il semble important pour les infirmières de maintenir le lien avec le médecin. Pour Marie-Pierre, cela fait même partie du soin :

« Et puis le soin consiste aussi à rester en contact avec le médecin. »

(Marie-Pierre, infirmière à Campagne)

Garder le contact permet de maintenir les interactions avec les médecins, même si ces interactions sont médiées par des moyens écrits. Dans ces interactions, les infirmières ajustent en permanence leurs comportements et leurs actes : elles se positionnent de façon à tenir à distance les médecins tout en gardant les ressources qu'ils représentent à portée de main.

Ces conclusions ne sont que des lignes directrices permettant de dégager des tendances. Il existe bien évidemment une multitude d'infirmières et de médecins et une multitude de situations qui font varier les cadres de l'interaction.

5.2.3.3 Se donner le droit d'exprimer son désaccord

Se donner le droit d'exprimer leur désaccord avec des décisions de médecin est une autre tactique que les infirmières libérales mettent en place. Nous avons observé deux formes d'expression de désaccord : la première passe par les écrits, la seconde par les actes.

Dans des écrits polygraphiques¹⁴⁷ laissés chez un patient¹⁴⁸, nous avons relevé que le médecin de ce patient ne laisse, dans la majorité des cas, que des messages informatifs qui n'appellent pas de réponses. Par deux fois, les infirmières du cabinet étudié ont écrit ce qu'elles pensaient, lorsque cela différait de ce qu'exprimait le médecin. Elles l'ont écrit à la suite du message du médecin, tout de suite après le passage de celui-ci. Or le médecin ne rend visite à ce patient qu'une fois par mois et ne prend pas le temps de lire tout ce qui a été écrit depuis son dernier passage. Nous pouvons donc penser que dans ce cas, l'énoncé infirmier sert à faire savoir à tous les lecteurs (sauf justement au médecin) que l'infirmière scriptrice est en désaccord avec lui. Elle exprime publiquement son différend avec le médecin sans courir le grand risque que cela ait des conséquences sur la relation entre celle-ci et celui-là. Ce qui se joue ici est plutôt de l'ordre du « souci de soi », notion prise ici dans le double sens de se respecter (en exprimant son point de vue) et de maîtriser ses rapports avec le monde environnant (Carment, 2012 : 4). L'infirmière maintient la distance sans en passer par le conflit. N'oublions pas que par ailleurs, les infirmières libérales souhaitent (main)tenir la relation avec les médecins.

Les infirmières libérales peuvent aussi exprimer leur désaccord par des actes. Dans le cadre de leur rôle médico-délégué, ou rôle sur prescription (qui n'est donc pas le rôle propre évoqué précédemment), les infirmières sont mises dans l'obligation d'appliquer les prescriptions médicales. Le rôle médico-délégué, qui lie infirmière et médecin par un lien hiérarchique, ne fait toutefois pas de l'infirmière une simple exécutante. Elle doit au contraire faire le lien entre ses connaissances et les ordonnances rédigées par les médecins : en effet, il pourrait lui être reproché d'avoir appliqué une

¹⁴⁷ Terme emprunté à Béatrice Fraenkel (2005b) pour parler d'écrits impliquant plusieurs auteurs.

¹⁴⁸ Domicilié sur le secteur du cabinet de Campagne.

prescription incohérente. Elle doit donc faire preuve de discernement et savoir interpellier le médecin lorsqu'elle soupçonne une erreur.

Cette faculté d'analyse et de discernement se rencontre chez les infirmières libérales et permet d'argumenter le fait qu'elles aillent jusqu'à heurter les limites du territoire médical. En effet, les infirmières libérales, au nom d'une grande connaissance des patients issue de leurs fréquentations régulières, peuvent contourner les prescriptions médicales (Feyfant, 2014) et opérer un ajustement avec les règles législatives. Les infirmières se « *meuvent dans un espace-temps de contraintes et d'opportunités* » (Strauss et Corbin, 2003). Elles saisissent ces opportunités d'agir librement d'autant plus quand les médecins acceptent que les infirmières usent de cette marge de liberté qu'elles s'octroient.

« Ouais, ouais. Parce que je pense qu'avec lui, on n'avait pas une communication facile quoi. Sauf qu'après il avait dit « Oh ben de toute façon, ce qu'elles veulent, elles le disent, je le marque ». [C'est-à-dire « je le prescris »]

(Pauline, infirmière à Campagne, entretien de co-interprétation au cours duquel elle revient sur la relation entre le médecin de Jean et les infirmières de son cabinet, 21 octobre 2011).

Il s'agit bien d'un jeu interactionnel dans lequel les infirmières se donnent des libertés dans un espace où la loi ne leur en donne que très peu. Les médecins, informés de ces prises de libertés, en ne réagissant pas, en laissant faire, cautionnent et incitent au renouvellement de tels comportements.

5.2.4 Empiètements mutuels des territoires : liberté ou menace ?

Les relations entre médecins et infirmières libérales se jouent à l'intérieur de deux cadres : un gestionnaire (dans lequel l'Assurance Maladie encadre les soins) et un interprofessionnel constitué de relations directes entre les protagonistes. Lorsque le tiers gestionnaire encadre les soins, le médecin se retrouve impliqué dans un empiètement du territoire infirmier. Dans le cas où les relations entre médecins et infirmières libérales sont directes, nous observons l'opportunité que les infirmières saisissent d'empiéter sur le territoire du médecin. Cette mise en évidence d'empiètements mutuels des territoires respectifs constitue un enjeu social, celui de la différence entre le travail « prescrit » et le travail « réel ». Mais elle présente aussi un intérêt sociologique, celui de nous apprendre sur une définition de métiers par leurs marges.

Ce double enjeu social et sociologique est à relativiser par les déclinaisons possibles, sur le terrain, de ces empiètements. En effet, nous pourrions dire avec Alain Vilbrod et Florence Douguet que les relations entre infirmières libérales et médecins

sont liées à la configuration dans laquelle se trouvent les infirmières, à savoir une combinaison de « *l'âge, l'ancienneté, le volume et le contenu de leur activité, le fait de travailler seule ou en cabinet* » (2007 : 63). Nous avons mis en évidence, pour notre part, deux nouveaux éléments de la configuration des infirmières : le moment dans le cycle de vie d'un cabinet infirmier libéral auquel ces empiètements ont lieu, ainsi que la nature des soins recherchés par les infirmières (quête de soins « orientés » auprès d'une patientèle spécifique).

En n'ayant pas interrogé les médecins, nous nous privons d'une partie de données qu'il aurait été intéressant d'analyser en perspective avec celles dont nous disposons. Les discours et les pratiques des médecins sur leurs relations aux infirmières libérales auraient permis d'affiner ces résultats. Nous disposons toutefois des résultats d'une étude récente qui nous permet de concevoir comment les médecins pensent les infirmières. Il s'agit d'une recherche portant sur « *les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet* » (Agamaliyev *et al.*, 2016). Il y apparaît une différence significative d'opinion entre les médecins de jeunes générations et les autres, mais aussi des opinions différentes des médecins selon le mode de rémunération envisagé pour ces infirmiers (rémunération par l'Assurance Maladie ou directement par le cabinet médical, dans un cadre expérimental) pour cette délégation de tâches. Mais les opinions médicales diffèrent également en fonction de la nature des soins délégués. Les résultats de cette enquête montrent que les médecins ne sont majoritairement pas favorables à la délégation de tâches vers les infirmières (seul un tiers y est favorable). Et parmi la minorité des médecins favorables à la délégation de tâches vers les infirmières, deux sous-groupes se distinguent : les médecins favorables à une délégation des « *activités liées à l'accompagnement des patients et au suivi des maladies chroniques* »¹⁴⁹ selon un mode de rémunération pris en charge par l'Assurance Maladie. Et un autre sous-groupe de médecins, encore plus minoritaire en effectif, favorable à la délégation d'actes médicaux plus techniques avec une rémunération intégrale de l'infirmier sur les revenus du cabinet médical. Ce dernier groupe de médecins (plutôt de jeunes médecins installés dans les grandes villes et en périphérie urbaine) « *suggèrent l'existence d'une « approche entrepreneuriale » du cabinet libéral des médecins (...) où les infirmiers seraient salariés des cabinets médicaux et placés sous l'autorité hiérarchique du responsable du cabinet, en général un médecin.* » (Agamaliyev *et al.*, 2016 : 392).

Nous tenions à faire figurer cette enquête dans notre conclusion car, même si les deux approches ne sont pas identiques et la comparaison impossible (une enquête par

¹⁴⁹ Plus que pour déléguer des actes techniques jusqu'alors strictement médicaux.

entretiens et observations adoptée dans notre recherche et une enquête par questionnaires auprès de 5 340 généralistes dans l'enquête citée), les résultats de ces deux travaux entrent en écho. C'est ainsi que l'on peut souligner quelques grands traits qui illustrent le contexte de relations entre médecins et infirmières libérales. Le premier est que l'Assurance Maladie, en négociant les conventions avec les infirmières libérales, en arrive à transformer un rôle propre infirmier en division du travail médical¹⁵⁰. Le second est que si les médecins sont majoritairement contre la délégation d'actes médicaux vers les infirmières, ceux qui l'accepteraient le feraient soit pour des actes qui relèvent déjà du rôle propre des infirmières et n'ont, en théorie, pas à être délégués, soit pour des actes plus techniques mais ce serait dans ce cas plutôt sous le contrôle financier des médecins, avec une relation hiérarchique explicite. Ce qui corrobore la division du travail médical.

Ces résultats peuvent se prolonger sous forme de questionnement sur la professionnalité des infirmières libérales. Quid du rôle propre des infirmières ? Les négociations entre syndicats infirmiers libéraux et Assurance Maladie mènent-elles à une perte de la spécificité du métier d'infirmière que les infirmières déposent dans leur rôle propre ? Sommes-nous en présence d'une menace de la professionnalité des infirmières par l'État¹⁵¹ ? Et sommes-nous donc aux antipodes d'une protection de l'État ? En perdant sa spécificité, et en étant la cible d'une menace par l'État, le métier d'infirmière n'est décidément pas une profession au sens de la sociologie fonctionnaliste. Par contre, si nous considérons les interactions entre les professionnels des deux métiers étudiés ici, nous montrons que les médecins peuvent laisser les infirmières libérales empiéter sur leur territoire. Ces empiètements sont circonscrits à des « situations » dans lesquelles médecins et infirmières s'interconnaissent. Il s'agit donc de pratiques individuelles que l'on ne peut généraliser à du collectif (comme le texte d'Emin Agamaliyev *et al.* nous l'a montré).

¹⁵⁰ La question se pose de la pertinence de faire un parallèle entre le nouveau management public dans les institutions hospitalières, qui en cherchant à rationaliser toujours plus l'activité de soin, régule les relations entre médecins et infirmières et l'intervention de l'Assurance Maladie entre ces deux types d'acteurs lorsqu'ils relèvent d'un statut libéral.

¹⁵¹ Étant entendu que l'Assurance Maladie est un acteur d'application des politiques et lois votées par l'État.

5.3 Conclusion du chapitre 5

L'étude des relations entre infirmières libérales et patients d'une part, et entre infirmières libérales et médecins d'autre part, amène à des conclusions complémentaires quant à la liberté que ces infirmières libérales recherchent et trouvent, ou non.

Face aux patients, les infirmières sont actrices dans une relation qui n'est pas tant une relation marchande qu'une relation à potentiel lucratif. Mais cette qualité apparaît secondaire quand ce qui importe avant tout est le caractère personnalisé de la relation. En choisissant de travailler dans un cadre dans lequel les infirmières peuvent déterminer le taux d'imbrication de leur vie privée à leur vie professionnelle, elles montrent le souci qu'elles ont d'elles-mêmes en tant qu'individus libres souhaitant intervenir dans des espaces dans lesquels les rapports sociaux peuvent être maîtrisés et non subis. Nous sommes loin du dévouement longtemps prêté aux infirmières.

L'analyse des relations interpersonnelles avec les médecins montre que les deux types de professionnels trouvent un intérêt à entretenir des relations qui maintiennent des espaces de liberté à chacun. Mais lorsque ces relations ne sont plus interpersonnelles et que le tiers gestionnaire les régule, les infirmières perdent de leurs prérogatives : elles retournent à une relation hiérarchique qui n'existait pas entre médecins et infirmières dans le cadre de l'exercice du rôle propre de ces dernières. L'Assurance Maladie n'est plus seulement gestionnaire des finances, elle gère aussi les territoires professionnels.

C'est alors que infirmières libérales mettent en place des tactiques de façon à continuer à faire vivre leur « souci de soi ». En ménageant les médecins, en gardant le contact avec eux, et en se donnant quand même le droit d'exprimer leur désaccord, les infirmières participent à un jeu interactionnel qui permet de jongler entre bénéfices et pertes, entre avantages et inconvénients.

Pour conclure ce chapitre, nous pourrions répéter, s'il en était besoin, que les relations que les infirmières libérales entretiennent avec les patients comme avec les médecins se caractérisent avant tout par l'inter-personnalité (d'individu à individu), avant d'être des relations marchandes ou hiérarchiques.

CONCLUSION DE LA PARTIE 1

La première partie de la thèse permet de définir le métier d'infirmière libérale à partir de l'articulation entre trois niveaux d'action. Le niveau macrosocial de l'histoire, de la réglementation juridique, et de l'économie permet de dresser le cadre dans lequel les infirmières libérales évoluent. Ce niveau macrosocial s'imbrique avec le niveau intermédiaire des syndicats qui négocient avec l'Assurance Maladie pour mettre en œuvre les volontés politiques et respecter les projets de leurs adhérentes.

La thèse apporte un nouvel éclairage sur la manière dont, au niveau microsocial, les infirmières libérales déclinent et mettent en œuvre leur héritage historique, leur réglementation, leur place dans l'espace économique du système de santé. Ce cadre est contraignant mais aussi pourvoyeur d'une liberté dans la façon d'organiser le mode de fonctionnement des cabinets. Ce qui fait articulation entre les trois niveaux d'action sociale est le statut libéral avec lequel les infirmières travaillent.

Le statut libéral donne aux infirmières la liberté de mettre en actes la conception qu'elles ont de leur métier et de ses missions. Il leur permet d'organiser leur travail en créant collectivement, au sein de chaque cabinet, des normes et des règles. Il leur donne aussi l'occasion de garder la main sur des éléments censés structurer leur activité. Ces différentes libertés s'accompagnent d'une attention que les infirmières libérales portent aux individualités, par exemple lorsqu'elles élaborent leurs normes collectives en tenant compte des *desiderata* de chacune, ou qu'elles donnent un caractère personnel aux relations professionnelles avec les patients ou les médecins.

L'ensemble de ces éléments permet de caractériser la professionnalité des infirmières libérales par l'autodétermination de leur activité, autodétermination liée à leur statut.

Une caractérisation du travail infirmier libéral par l'autodétermination permet d'envisager la diversité des pratiques comme consubstantielle de l'unité que laisse présumer le statut. Ce qui nous permet de répondre à la question précédemment posée sur une éventuelle séparation entre unité et diversité d'un groupe professionnel.

Dans la deuxième partie de la thèse, l'exploration du métier d'infirmière libérale et de sa professionnalité se poursuit. Le travail auprès des personnes qualifiées de dépendantes à leurs domiciles y est envisagé comme une épreuve de professionnalité. L'étude de cette épreuve se fait par une analyse articulée d'activités professionnelles, et de contextes matériels et relationnels.

PARTIE 2

**CE QUE LA DÉPENDANCE FAIT AU MÉTIER
D'INFIRMIÈRE LIBÉRALE**

La seconde partie de la thèse examine en quoi le fait de travailler auprès des personnes qualifiées de dépendantes constitue une épreuve de professionnalité pour les infirmières libérales. Réfléchir à partir de la notion d'épreuve revient à interroger la part d'incertitude avec laquelle les professionnelles doivent composer pour travailler, prendre des décisions, et assumer les conséquences de ces décisions. L'épreuve est ici comprise comme un défi (Martucelli, 2006, 2015).

Le système de soins et de services variés qui se met en place à domicile autour des personnes qualifiées de dépendantes forme un espace de rencontres « obligé » (Cresson *et al*, 2003). Ces rencontres contraintes permettent d'établir des relations mais mettent également les professionnels au défi de « travailler ensemble », dans des situations variées, quelquefois sur un temps long. Elles éprouvent la professionnalité des infirmières libérales telle que nous l'avons définie dans la première partie de la thèse.

Nous étudierons comment les infirmières libérales relèvent le défi à travers les réponses qu'elles apportent, et qui seront examinées à partir de trois niveaux d'actions : des activités (pratiques professionnelles), des relations et des environnements (domicile, territoire géographique).

Le **chapitre 6** décrit les enjeux qui se cristallisent autour de la pratique de la toilette chez les personnes qualifiées de dépendantes. Il montre comment la spécificité de partager la même pratique avec des professionnelles qui relèvent d'autres métiers éprouve la professionnalité des infirmières libérales. L'analyse des ajustements que celles-ci opèrent met en évidence ce à quoi elles tiennent assez pour tenter de le conserver.

Les activités professionnelles s'inscrivent dans des contextes et environnements, sources d'incertitude. Le domicile, auquel le **chapitre 7** est consacré, est considéré comme une contingence structurante du métier d'infirmière libérale mais aussi comme un lieu d'interactions nourrissant cette incertitude.

Le **chapitre 8** aborde la pratique de l'écriture dans le travail. L'analyse des écrits professionnels produits auprès des personnes qualifiées de dépendantes rend visibles des stratégies de défense des territoires professionnels.

Le **chapitre 9** explore l'ambivalence de travailler à la fois sur un territoire géographique connu, et avec des interlocuteurs qui y sont implantés mais ne sont pas toujours bien identifiés par les infirmières. Des moyens sont collectivement mis en place pour gérer cette incertitude. L'initiative de créer un entre soi, quand elle vient de

ces interlocuteurs, dépossède les infirmières libérales de prérogatives qu'elles avaient acquises en s'installant en libéral, telles que celles de choisir.

Le **chapitre 10** sort de l'angle que nous nous étions fixé d'analyser le travail infirmier libéral auprès des personnes qualifiées de dépendantes en interaction avec d'autres professionnels puisqu'il va retracer comment la professionnalité des infirmières libérales est éprouvée par le rôle que les familles occupent. Bien qu'à côté de notre problématique, nous avons tenu à faire figurer quelques résultats sur ce sujet car ils touchent au métier d'infirmière libérale et à sa recomposition. Et montre, s'il fallait encore le faire, qu'en matière de soins et d'aide à domicile auprès des personnes qualifiées de dépendantes, les familles sont inévitables.

Chapitre 6 : **La toilette : De « tenir une posture » à « tenir une relation »**

La toilette des personnes qualifiées de dépendantes vivant à domicile est une pratique partagée par différentes professionnelles. Elle constitue donc une porte d'entrée à l'analyse du « travailler ensemble ». L'infirmière libérale a *licence et mandat* pour décider si ce travail de toilette sera distribué de façon exclusive ou partagée. L'examen de la décision infirmière, ainsi que l'analyse sociologique des pratiques nous apprend que l'infirmière mobilise des modèles de pensées, c'est-à-dire une certaine conception de l'homme qu'accompagne un cadre d'analyse permettant d'envisager des actions. Ces modèles appris lors de la professionnalisation en institut de formation en soins infirmiers sont construits à partir d'une représentation de l'être humain. Ils sont soutenus par une idéologie. Le modèle biomédical donne à voir une représentation de l'homme comme un ensemble biologique en état d'équilibre que la maladie vient perturber et sur lequel l'action médicale permettra un retour aux normes des constantes biologiques (Canguilhem, 1966). Il s'agit d'un modèle normatif. Le modèle holistique, quant à lui, considère l'être humain comme formé de différentes composantes imbriquées (biologique, psychologique, sociale, culturelle). C'est à partir de ce modèle que se sont construites les théories de soins infirmiers. Leur diversité montre qu'il est possible d'avoir une lecture différente du modèle holistique. Chaque théorie met l'accent sur un aspect ou un autre de l'être humain : ses besoins, ses capacités, sa place dans la société, ... Ces modèles théoriques vont à leur tour modeler des pratiques infirmières : les actions infirmières auront alors pour but de combler les besoins, ou de promouvoir les capacités, ou encore de favoriser un retour de la personne dans la place qu'elle occupait dans la société ...

C'est en cela que nous nous référons au concept de « posture » (*stance*) décrit par Juliet Corbin et Anselm Strauss (1993) dans un texte qui cherche à poser les jalons pour articuler mécaniques interactionnelles et travail.

Historiquement, les infirmières ont créé le modèle holistique en partant de leurs pratiques et de conceptions de l'être humain qui différaient de celles des médecins. En créant leur propre outil d'analyse de la situation d'une personne (la démarche de soins infirmiers), les infirmières se détachent de l'emprise médicale et permettent que leur soit reconnu un rôle autre que médicalement prescrit. Elles sont en marche vers une forme d'autonomie. La démarche de soins infirmiers relève du modèle holistique. Il serait envisageable de penser que les infirmières utilisent ce modèle de pensée lorsqu'elles revendiquent une autonomie.

À domicile, les infirmières libérales mobilisent l'un ou l'autre de ces modèles de pensées pour justifier leurs actes et leurs décisions.

La littérature sociologique s'est déjà intéressée à la toilette comme analyseur de la pratique infirmière libérale et en a conclu que la toilette représentait une variable d'ajustement à l'activité infirmière libérale (Vilbrod, 2012). Le fait que les infirmières libérales conservent les toilettes est lié au volume de leur activité : si les infirmières ont une forte activité, elles vont plus volontiers se concentrer sur les soins techniques de type pansements ou injections et délaisseront les soins d'entretien de la vie. Au contraire, si leur activité est faible, les infirmières accepteront plus volontiers de faire ce travail de toilette.

L'échelle de notre enquête ne nous a pas permis de corroborer ces conclusions. Mais nous arrivons à d'autres résultats éclairant la question de la professionnalité. Ce chapitre débute en précisant les raisons pour lesquelles la toilette est utilisée pour analyser la professionnalité des infirmières libérales et le « travailler ensemble » (6.1). Il se poursuit avec l'explication de l'usage des modèles de pensée comme justification de leurs actes (6.2), usage différencié selon le partenaire de travail (6.3). La toilette peut être considérée comme un *sale boulot* : cette notion sera discutée (6.4.). Nous verrons ensuite que le partage du travail n'est pas toujours explicitement précisé entre partenaires de travail (6.5), et que les modèles de pensée peuvent être abandonnés au profit d'une nouvelle façon de concevoir le métier : le métier ne se justifie plus avec les mêmes arguments (6.6). Un travail d'ajustement est alors entrepris (6.7). L'ensemble de ces modifications du regard que les infirmières portent sur leur travail, et des arguments avancés pour justifier leurs décisions constitue une recomposition de leur métier qui conduit les infirmières libérales à porter un regard particulier sur la dépendance (6.8).

6.1 Questionner le « travailler ensemble » par l'étude de la toilette

À domicile, la toilette peut être effectuée par plusieurs types de professionnelles : ce peut être les infirmières qui voient figurer cet acte sur leur Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ; les aides-soignantes qui le font par délégation du travail infirmier ; les auxiliaires de vie sociale (formées à l'aide à la toilette dans leur unité de formation 2 : ergonomie, santé et hygiène) ; et les aides à domicile formées en leur temps à l'aide à la toilette (unité de formation 1 : vie quotidienne, hygiène alimentaire et corporelle des malades, gestes d'urgence).

Un des critères ayant permis de déterminer la sélection, pour notre recherche, de personnes qualifiées de dépendantes est le fait que les infirmières cotent les actes posés chez ces personnes en AIS¹⁵². Or les actes de soins infirmiers les plus couramment pratiqués par des infirmières libérales sont des actes d'hygiène¹⁵³. La fréquence de cet acte professionnel nous invite à nous y intéresser, d'autant plus que la toilette est fréquemment rencontrée en institution¹⁵⁴, ce qui permet la comparaison.

L'acte de toilette a donc été choisi parce qu'il permet d'analyser le partage d'un travail mais aussi parce qu'il peut étendre nos connaissances sur la professionnalité des infirmières libérales.

Pour qu'une infirmière libérale soit légitime dans une intervention concernant les soins d'hygiène, il lui faut deux cadres. Le premier relève de son *mandat*¹⁵⁵ ; le second de son statut. Dans le cadre de ce *mandat*, une infirmière a toute légitimité à intervenir sur des soins d'hygiène du fait du rôle propre qui lui est conféré par les textes¹⁵⁶. Dans le cadre de son statut en libéral, l'infirmière doit, pour intervenir sur des soins d'hygiène, s'inscrire dans une démarche dite de soins infirmiers. Cette démarche se construit autour d'étapes. La première est la prescription qu'en fait le médecin à la personne qualifiée de dépendante. La seconde est la demande faite à une infirmière, par la personne qualifiée de dépendante ou sa famille, de procéder à la démarche de soins

¹⁵² AIS : Acte de Soins Infirmier

¹⁵³ 4 séances d'AIS sur 5 comportent des soins d'hygiène (résultats obtenus à partir de la base de données brutes fournie par la CNAMTS suite à l'enquête par questionnaire menée par cette caisse, auprès des infirmières libérales en 2010. Les réponses sont basées sur du déclaratif, et la participation à l'enquête était sur la base du volontariat.

¹⁵⁴ « Les soins d'hygiène représentent pour toute institution de soins une part très importante de l'activité soignante. Nécessaire, ce travail n'en est pas moins jugé commun, contraignant et peu intéressant car dépourvu de tout prestige. Répétitif, fatigant, la plupart des soignants l'assimilent à une corvée. » (Delomel, 1999 : 14).

¹⁵⁵ *mandat* est à prendre ici au sens d'Everett Hughes (1958), et pourrait être traduit par « mission » ou « obligation de mission ».

¹⁵⁶ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, Art R. 4311-3.

infirmiers, c'est-à-dire au recueil de données, à l'analyse de ces données et donc de la situation de la personne considérée, avant de proposer un programme de soins et de désigner quels professionnels exécuteront ce programme. La conclusion de la démarche d'analyse consiste à traduire des besoins et des manques en actions visant à les compenser. La démarche de soins infirmiers est prescrite par le médecin, mais le résultat de cette démarche, c'est-à-dire la prescription de la répartition du travail entre elle-même, ou une aide-soignante salariée d'un SSIAD¹⁵⁷, ou encore des travailleuses du social¹⁵⁸ (les auxiliaires de vie sociale ou aides à domicile) est une proposition infirmière. Cette proposition est ensuite soumise au médecin pour accord, qui, de fait engage sa responsabilité sur le financement des actes proposés : financement par l'Assurance Maladie si infirmières ou aide-soignantes interviennent, ou financement par le secteur social si ce sont des travailleuses du social. La toilette nous intéresse donc comme étant un analyseur de l'éventuelle évolution de la professionnalité des infirmières libérales lorsqu'elles ont à se positionner sur un échiquier comportant des professionnelles du sanitaire et du social. Or, la question de la toilette et de l'articulation entre le sanitaire et le social n'est pas nouvelle, comme nous le rappelle un extrait du rapport du Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES)¹⁵⁹ de 2002 intitulé « L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile » :

« La prise en charge de la toilette ou l'aide à la toilette est bien le point d'achoppement entre le sanitaire et le social : l'hygiène relève-t-elle de la compétence exclusive de l'infirmier ? Sinon, quand peut-on considérer que l'on est dans le domaine du soin infirmier d'hygiène et quand peut-on considérer que l'on est dans l'aide à la toilette ?

Ces questions font débat actuellement au sein même de la profession et il paraît difficile de mettre en place une coordination sanitaire et sociale autour du patient, tant que ces questions n'auront pas trouvé de réponse claire et satisfaisante. » (Com-Ruelle et al., 2002 : 53).

¹⁵⁷ SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

¹⁵⁸ Les auxiliaires de vie comme les aides à domicile relèvent de la nébuleuse des métiers des services à la personne (Devetter *et al.*, 2009). Mais nous les appellerons les travailleuses du social pour plusieurs raisons. La première est que la plupart des professionnelles rencontrées sont diplômées de diplômes sociaux (niveau V). La deuxième est que généralement, ces métiers des services à la personne sont majoritairement issus des métiers traditionnels de l'action sociale (*ibid.* : 17). Enfin, nous nous intéressons à l'articulation entre sanitaire et social, avec « social » étant ici à comprendre dans le sens large du secteur de l'action sociale, médico-sociale et donc des services à la personne.

¹⁵⁹ Le CREDES, Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé, est devenu depuis l'IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé.

Il est question ici de prise en charge, d'actes de soins, et non plus seulement de décision. Or, l'étude de la toilette permet de montrer comment se déroulent des négociations entre les différents intervenants, comment ressortent les intérêts, les compromis intéressés possibles en libéral (Vilbrod, 2012 : 231). En effet, le partage de tâches autour de la toilette en milieu hospitalier est beaucoup moins soumis à négociation entre les catégories de professionnelles qu'en libéral, du fait de l'articulation structurante institutionnelle (Grosjean et Lacoste, 1999 : 167) retrouvée à l'hôpital.

L'étude de la toilette nous permet de nous pencher sur la question de cet acte comme variable d'ajustement mise en évidence par Alain Vilbrod (*ibid.*) et sur le lien que celui-ci fait entre le niveau d'activité globale des infirmières libérales et le retournement de stigmatisme (Arborio, 2001) qu'opèrent les infirmières libérales en effectuant elles-mêmes les toilettes.

« La division morale du travail soignant ne se retrouve pas de manière univoque dans le cadre de l'exercice à domicile. En réalité, celle-ci demeure très dépendante du niveau d'activité globale des infirmières libérales. (...) Les infirmières qui affichent un niveau d'activité plus faible et réalisent une part importante d'AIS estiment que de telles tâches relèvent pleinement du rôle infirmier. Ainsi le rôle stigmatisant de ces soins en milieu hospitalier peut être renversé en libéral, au nom du rôle propre de l'infirmière et de la prise en charge globale du malade. Le recours à l'idéologie et à la rhétorique professionnelle sert à moduler la division morale du travail : un même acte pouvant être estimé légitime ou illégitime selon les contextes » (Vilbrod, 2012 : 231).

Ce retournement de stigmatisme n'est pas seulement un usage de la rhétorique professionnelle qui veut que la toilette fasse partie du rôle propre. Et le fait de vouloir conserver les toilettes ne s'explique pas uniquement par un argument économique. En distribuant le travail, en le gardant ou en le donnant, les infirmières décident : elles sont les professionnelles qui font référence en matière de toilette. Conserver ou non des toilettes s'inscrit dans des interactions professionnelles. C'est donc vers un « travailler ensemble » que les infirmières libérales se dirigent lorsqu'elles s'intéressent aux toilettes des personnes qualifiées de dépendantes.

Par ailleurs, la toilette nous intéresse aussi car elle fait partie des soins prodigués dans le cadre du « maintien à domicile des personnes dépendantes », dont

« l'organisation sera améliorée », si l'on en croit la convention nationale¹⁶⁰, « en favorisant la coordination médecin traitant - infirmières libérales » à travers la Démarche de Soins Infirmiers¹⁶¹. Cet outil, qui reste perfectible d'après cette même convention, trouve sa place dans le « parcours de soins » créé dans la loi du 13 Août 2004. La toilette devrait nous permettre d'analyser aussi l'articulation entre médecins et infirmières libérales.

6.2 Justifier les actes : entre modèle holistique et modèle biomédical

Nous commencerons par définir ce que l'on entend par les mots de « toilette » ou de « soins d'hygiène ». Derrière la question d'apparence anodine qui est de savoir de quoi l'on parle quand on parle de « toilette » ou de « soins d'hygiène », un débat toujours vivant entre professionnels porte sur le contenu des soins, sur leur contexte, sur leur sens. Plus sociologiquement, ce débat traduit des enjeux de territoires professionnels, de « *jurisdictions* » (Abbott, 1988). La question économique-gestionnaire se profile également derrière ces définitions car ce ne sont pas les mêmes professionnelles qui font l'un ou l'autre acte : le soin d'hygiène serait un soin infirmier pris en charge par l'assurance maladie, quand la toilette relèverait des prérogatives des professionnelles du secteur social. Mais la distinction n'est pas aussi simple, comme nous allons le voir.

6.2.1 Toilette ou Soins d'Hygiène : Deux conceptions pour un même soin ?

La rhétorique professionnelle infirmière (Catanas, 2008 ; Rajablat, 2003 ; Delomel, 1999) valorise le terme de toilette au détriment du soin d'hygiène, caractérisé de plus restrictif. Plusieurs registres sont mobilisés pour cette argumentation. Pour Marc Catanas, la toilette anoblit le soin d'hygiène (qui ne devient plus qu'un soin corporel exposant aux souillures) puisque le terme de toilette utilisé en milieu profane s'accompagne, dans son usage professionnel, d'une réflexivité, « *d'un travail sur le sens réel de ces actes* » (...) « par la prise en compte d'une dimension psycho-affective dans le soin et un travail de la juste distance » entre l'infirmière et la personne soignée/lavée (2008 : 3). Pour Marie Rajablat, la toilette est « fête » (fête du sens du toucher, de soi et des autres), quand l'hygiène est « norme » (2003 : 57), stérile, vide de

¹⁶⁰ Arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmiers et les infirmières libéraux et les organismes d'assurance maladie, Titre III.

¹⁶¹ Désormais DSI

sensations, faite d'obligations (2003 : 59). Pour Marie-Annick Delomel enfin, la toilette est un temps d'expression, de dévoilement physique mais aussi psychologique dans le sens où il s'agit d'une occasion saisie par le soigné pour tenter de parler de soi (1999 : 143). L'hygiène n'est pour cette auteure que le premier temps de la toilette (*ibid.* : 14). Le soin d'hygiène sera ramené au modèle de pensée biomédical. L'auteure met en évidence différentes réactions de professionnelles face à la parole libérée au moment de ces soins intimes : l'infirmière qui, gênée, se réfugie derrière les références médicales dans ses échanges verbaux, et celle qui fera face, en matière d'émotions, aux effets d'une parole libérée (*ibid.* : 145 et suivantes). Gérer les situations d'inconfort professionnel autrement qu'en faisant appel au modèle biomédical de pensée soulignerait les capacités infirmières à assumer leur « rôle propre » dans lequel s'inscrivent les soins d'hygiène et de confort. L'idée commune de la rhétorique professionnelle infirmière est donc de souligner le caractère global, holiste, d'une pratique visant à laver un corps qui n'est qu'un élément d'un tout. Cette pratique est préférentiellement appelée « toilette » quand elle a une acception large et « soin d'hygiène » dans une acception plus restreinte. Cette rhétorique infirmière est celle que l'on retrouve dans la littérature professionnelle infirmière, souvent œuvre de cadres de santé.

La question est maintenant de savoir si les capacités, les compétences nécessaires à l'exécution d'une toilette sont spécifiques aux infirmières ou non. Deux lectures sont possibles. Marie-Annick Delomel rappelle que « *la toilette et, plus généralement, les soins d'hygiène et de confort relèvent du « rôle propre infirmier ». Le cadre légal relatif à l'exercice professionnel reconnaît des compétences et des savoirs infirmiers spécifiques pour exercer ce rôle, celui-ci étant fondé sur la capacité de comprendre dans une conception globale ou holistique l'ensemble des besoins humains (bio-psycho-socio-culturels, selon l'expression consacrée) et d'y répondre par une aide adaptée.* » (*ibid.* : 158-159). Nous retrouvons là les discours professionnels infirmiers qui sont de considérer la personne soignée dans sa globalité, dans ses différentes dimensions. Si cette auteure insiste sur la spécificité des savoirs infirmiers tels qu'ils sont signalés dans le texte de loi, d'autres montrent qu'un décret de compétences n'est pas un décret d'exclusivité (Com-Ruelle *et al.*, 2002). Même si nous sommes en accord avec cette dernière affirmation, nous ne partageons pas l'analyse que Laure Com-Ruelle et ses co-auteurs font des textes législatifs. En effet, pour eux, l'article 2 du décret de compétences¹⁶² définit ce qu'est un soin infirmier. L'article 3 précise ce qui relève du rôle propre de l'infirmière et l'article 5 évoque précisément la notion d'hygiène, celle de

¹⁶² Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

la personne et celle de son environnement. Or il est explicite, dans ce dernier article de loi, qu'assurer l'hygiène des personnes et des environnements fait l'objet de soins mais aussi de procédés. L'usage du terme « procédés » suffit à illustrer, pour Laure Com-Ruelle *et al.*, que l'hygiène ne relève pas uniquement de l'activité infirmière qui est centrée, d'après ces auteurs, sur le soin. Qu'entendent-ils par soin ? Leur argumentation laisse à penser qu'ils limitent le soin à un acte posé sur le corps. Ce raisonnement, inspiré du modèle biomédical de l'homme, nous paraît lacunaire car il ne tient pas compte des différentes missions infirmières qui ne sont pas, par ailleurs, toujours appelées soins : l'éducation, la prévention, ... Les infirmières ne font pas que des soins au sens médical du terme (*cure*) d'une part, et d'autre part elles ne posent pas que des actes en relation directe avec le corps. Par ailleurs, la notion de soins n'est pas exclusivement réservée aux professionnels de santé : il existe des soins domestiques (Saillant, 1999) et du travail de santé (Pennec, 2012) qui peuvent être faits par des profanes. Enfin, le terme « procédés » n'exclut pas les infirmières : elles peuvent être impliquées dans des procédés de qualité par exemple. Raisonner à partir des termes législatifs, comme le font Laure Com-Ruelle *et al.*, n'est pas suffisant pour distinguer ce qui relève de l'infirmière ou non.

Il faudra chercher ailleurs ce qui différencie un soin infirmier d'hygiène d'un acte de toilette. Les débats professionnels, dont Laure Com-Ruelle *et al.* se font l'écho (2002 : 55), ont pu considérer le soin infirmier d'hygiène comme celui qui porte sur une personne se trouvant dans un état non stable, avec une pathologie évolutive, et comportant donc un risque d'évolution délétère qui nécessite une expertise régulière de son état¹⁶³. Or l'état stable dans le cas d'une personne tétraplégique n'exclut pas le risque d'altération de l'intégrité cutanée ou de l'état pulmonaire. La stabilité d'un état ne suffit donc pas à exclure un risque qui justifierait à son tour l'intervention d'une infirmière plutôt que tout autre professionnel.

Plutôt que de se centrer sur l'état de la personne, d'autres sources proposent de regarder la nature de l'objectif poursuivi par l'acte. C'est ainsi qu'un Rapport de la Cour des Comptes (2005 : 49) distingue les soins infirmiers d'hygiène d'une toilette simple en fonction de la nature médicale de l'objectif de promotion de l'autonomie des fonctions vitales, physiques et psychiques. Là encore, aucune définition n'est donnée de ce qu'est un objectif médical mais le soin infirmier d'hygiène se distinguerait de la toilette simple¹⁶⁴ parce qu'un soin infirmier d'hygiène s'apparente au modèle médical.

¹⁶³ Il est reconnu ce rôle d'expertise à l'infirmière.

¹⁶⁴ Notion reprise dans le rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale, 2015, page 341

Ces différentes approches ont en commun de montrer que le modèle biomédical domine dans les définitions qui sont données par des professionnels non infirmiers, et que le soin d'hygiène comporterait, du fait de sa proximité avec le modèle biomédical, une supériorité sur la toilette. Ce débat sur le terme à utiliser (toilette ou soin d'hygiène) a le mérite de préciser que les infirmières ne se reconnaissent pas complètement dans le modèle biomédical des soins et proposent un autre modèle.

6.2.2 Le modèle holistique : un ressort pour la professionnalité infirmière

Deux modèles émergent de la littérature sur ou écrite par les infirmières. D'un côté, un modèle biomédical véhiculé dans les rapports officiels et les analyses faites par des médecins et économistes¹⁶⁵. D'un autre côté, un modèle global (holistique), qui prend en considération des dimensions autres que biologiques (psychologiques, sociales, économiques, et culturelles par exemple). Ce dernier est appliqué à la toilette, notamment par les théoriciennes de la profession infirmière (Feroni, 1994 : 319 et suivantes) qui promeuvent un discours en dehors du modèle biomédical¹⁶⁶. Le travail infirmier relevant du rôle « propre » consisterait alors à tenir compte de données plus diverses que seulement biomédicales de façon à analyser ensemble ces données et à répondre aux demandes sur un registre qui ne soit pas uniquement médical. Ce modèle se retrouve dans les écrits d'élites professionnelles infirmières qui rejoignent une pratique mise en évidence par Jeannette Pols (2006) dans le cadre des soins psychiatriques. En effet, cette auteure montre que la toilette est un vecteur de citoyenneté dans la mesure où elle permet d'exercer la prise de décision de la personne (accepter de se laver ou ne pas se laver), de passer à l'acte en se lavant ou en participant à sa toilette (faire soi-même est un pas vers une démarche citoyenne), d'inscrire l'acte de se laver dans un projet de vie et enfin, de faire de l'acte de se laver un acte relationnel dans lequel la personne s'affirme en tant qu'individu interactionnel. Cette analyse s'applique à des patients porteurs de pathologies psychiatriques vivant en institution. Elle montre qu'à travers un acte banal de la vie quotidienne, de nombreux enjeux peuvent se jouer pour la personne (ici, le patient psychiatrique) et que l'infirmière travaillant en institution psychiatrique se situe à l'articulation entre le sanitaire et le social, entre la toilette et le projet de citoyenneté du malade.

¹⁶⁵ Laure Com-Ruelle est médecin de santé publique, Paul Dourgnon et Fabienne Midy sont économistes.

¹⁶⁶ Au sein de la profession médicale, des médecins se font également entendre pour exprimer leur regret à propos de l'usage sinon unique du moins largement dominant de ce modèle en médecine, modèle qui peut même être qualifié de réductionniste, totalitaire, dogmatique, inégalitaire et impérialiste (Béraud, 2013).

Le holisme infirmier peut même aller jusqu'à de l' « infirmiocentrisme » pour une infirmière libérale qui nous explique qu'elle doit tout savoir de ce que font ses patients (vision globale) et que ceux-ci ne doivent pas faire preuve de trop d'autonomie à son insu.

« Alors le malade il a fait un peu tout seul et un peu dans notre dos »

« Je sais pas comment ce monsieur est tombé sur le numéro du pôle gériatrique sans nous en parler ».

(Extraits d'entretien avec Marie-Pierre, infirmière à Campagne, à propos d'Antoine)

En promouvant le modèle holistique, les infirmières montrent leur velléité de se démarquer du modèle biomédical qui les maintient sous la coupe des médecins d'une part et d'adopter leur propre système normatif d'autre part.

Le débat sur les termes de toilette et soin d'hygiène est un débat normatif dans lequel les normes développées et argumentées par les uns ou les autres sont les « *résultats de processus sociaux et (d') outils au service des groupes et de leurs objectifs* » (Bouchayer *et al.*, 2004 : 15). Des processus sociaux qui peuvent être en perpétuel mouvement comme le montre également Mohamed Mebtoul (2004):

« Les dysfonctionnements de l'hôpital ne peuvent être identifiés uniquement comme de « pures » contraintes objectives qui détermineraient mécaniquement les comportements des acteurs sociaux. Nos données montrent a contrario qu'elles sont retravaillées socialement à partir des normes pratiques propres au personnel de santé. On voit donc toute la difficulté à caractériser de façon claire ce qu'est la norme quand elle est en permanence objets d'interprétations, de brouillages et de transgressions mis en œuvre par les acteurs sociaux. » (Mebtoul, 2004 : 147)

Avec le modèle holistique, les infirmières, et pas seulement les infirmières libérales, développent une norme visant à différencier leur activité de la sphère biomédicale. L'usage de ce modèle de pensée est un ressort pour la professionnalité des infirmières : il leur donnera les moyens d'adapter leurs réponses à de nouvelles situations. Dans les discours des infirmières libérales, nous relevons le recours à cette norme holistique. À domicile, comme nous le verrons plus tard, la toilette n'est pas toujours considérée comme du *sale boulot* systématiquement délégué. Dans cet espace de travail qu'est le domicile, plus ouvert à la sphère sociale que l'hôpital, les infirmières

libérales ont la possibilité, par la toilette¹⁶⁷, d'articuler les sphères sanitaire et sociale. C'est alors qu'elles mobilisent le modèle holistique. Mais elles se réfèrent également au système normatif biomédical et jouent de l'un et/ou de l'autre selon les situations et les enjeux encourus. Nous verrons que le modèle biomédical peut être paradoxalement mobilisé dans un enjeu (entre autres) d'autonomie infirmière.

6.2.3 Les modèles holistique et biomédical comme facteurs analytiques de l'activité infirmière libérale

Les infirmières font classiquement la partition entre infirmière technicienne et infirmière relationnelle pour se définir elles-mêmes. Or, Anne Véga (2000 : 193) souligne que cette partition est « *caricaturale mais constitue un recours précieux lors des négociations du pouvoir entre blouses blanches* ». D'autres études sociologiques menées en milieu hospitalier montrent par ailleurs que technique et relationnel ne sont pas les seuls pôles occupés par l'activité infirmière hospitalière. François Dubet (2002) a également vu dans le travail infirmier un travail organisationnel. Françoise Acker (1995 ; 2005) a montré à de multiples reprises la variété des activités infirmières (travail de gestion de l'information, travail d'écritures, travail d'éducation, travail d'adaptation aux nouveautés, travail d'articulation avec d'autres professionnels, ...). André Petitat (1994 : 235) souligne que les théories de soins « *tentent de concilier les contraintes technico-scientifiques, bureaucratiques et les exigences d'un échange véritable avec la personne malade* ». Travail d'organisation, travail de gestion, travail bureaucratique : l'activité des infirmières ne se réduit pas à des activités techniques ou relationnelles.

Par ailleurs, les pratiques infirmières s'articulent à un ensemble de références idéologiques qui donnent du sens à leur travail et aux interactions entre les acteurs. Ces références idéologiques s'organisent dans deux modèles, holistique et biomédical. Chacun rassemble une conception de l'être humain et les soins induits par cette conception : pratiques curatives pour le modèle biomédical, prestations du « prendre soin » pour le modèle holistique¹⁶⁸. Ces deux modèles constituent des ressources que les

¹⁶⁷ Parce que notre porte d'entrée dans cette étude est les infirmières libérales, et que nous cherchons à les étudier en interaction avec les autres professionnels, dans un cadre d'action large faisant appel à une conception élargie du soin d'hygiène, nous parlerons dorénavant, comme elles, préférentiellement, de toilette.

¹⁶⁸ D'autres que nous ont récemment proposé une lecture sociologique par l'approche structurale associée à la théorie des champs de la profession infirmière en Suisse Romande (Longchamp *et al.*, 2015-2016). Leurs résultats montrent un espace infirmier en deux pôles : un pôle médical (basé sur les « ressources acquises par la pratique, la formation, et relatives à la physiopathologie, à la pharmacologie et à la maîtrise de gestes techniques impliquant le plus souvent la manipulation d'instruments ou de machines ») et un pôle infirmier (« basé sur des ressources issues des sciences humaines et sociales ou des savoirs paramédicaux, acquises par la pratique autant que par la formation et dont la mise en œuvre permet non seulement une prise en charge des patients, mais aussi une meilleure auto-détermination

infirmières libérales mobilisent pour orienter leurs pratiques, pour donner un sens à leurs actes, mais aussi, nous le mettons en évidence dans ce travail, pour réguler les interactions avec des professionnelles qui ne sont pas infirmières.

Inscrire des pratiques professionnelles dans un contexte idéologique permet de mobiliser la notion de *stances*, décrite par Juliet Corbin et Anselm Strauss (1993 : 73), qui réunit et articule les valeurs personnelles et idéologiques d'une part, et les pratiques interactionnelles d'autre part. Mais la notion de *stances* prend également en considération la perception, par les acteurs, des jeux de pouvoirs, l'histoire des interactions passées entre les acteurs, le sens donné par les acteurs aux arrangements trouvés entre eux, leur perception de comment ces arrangements peuvent fonctionner, leur connaissance de la nature du travail et ce qui est nécessaire pour l'accomplir¹⁶⁹. Cette notion permet d'analyser l'usage des modèles de pensée et l'inscription des pratiques inhérentes à ces modèles dans un contexte plus large, englobant plusieurs dimensions liées au « travailler ensemble ».

6.3 Une mobilisation différenciée des modèles selon le partenaire de travail

User de l'un ou de l'autre des deux modèles de pensée (modèle holistique et modèle biomédical), c'est à la fois considérer la personne que les infirmières libérales ont en face d'elle selon un angle différent et mettre en œuvre des pratiques de soins distinctes. Mais nous montrons qu'utiliser l'un ou l'autre des modèles, c'est aussi jongler avec des enjeux qui sont en relation directe avec les territoires des différents professionnels qui entourent l'infirmière libérale (médecin, aides-soignantes, auxiliaires de vie sociale).

professionnelle »). Malgré une approche différente de la nôtre, ces résultats font écho aux deux modèles que nous avons identifiés sur notre terrain en élargissant la partition technique/relationnel précédemment évoquée.

¹⁶⁹ Traduction faite par nos soins de: "However, what enters into the stances are not only the perception of power to influence broader conditions but also the history of participants' past interactions, the meanings of their arrangements to them, their perceptions of how the arrangements should work, their knowledge about the nature of the work and what is necessary to carry it out, and their personal values, ideologies, and interactional skills." (Corbin & Strauss, 1993 : 73)

6.3.1 La toilette faite par les infirmières libérales : User du modèle biomédical pour étendre le territoire infirmier en direction du territoire médical

Le modèle biomédical des soins infirmiers délégués par les médecins et les soins d'entretien de la vie donnent une double légitimité à l'infirmière pour intervenir sur les corps.

Les soins techniques infirmiers, relevant du rôle délégué par les médecins, sont des soins souvent invasifs, pénétrant dans le corps (l'aiguille perce la peau, les pinces s'introduisent dans les plaies, les sondes pénètrent les cavités corporelles). Par cette division du travail médical, les infirmières ont une proximité avec les corps, une forme d'intimité intrusive. Or ces soins sont directement délégués à des infirmières par des médecins, qui ennoblissent ainsi l'accès que les infirmières ont au corps malade (Freidson, 1984 ; Arborio, 1995 : 112). Ce *mandat* donné aux infirmières souligne leur proximité aux médecins en même temps qu'il les rend proches des corps malades. De façon symétrique et complémentaire, la proximité des infirmières avec les corps malades en tant que sources d'informations médicales rapproche les infirmières des médecins au moment où celles-ci vont transmettre ces informations à ceux-là¹⁷⁰.

Par ailleurs, les médecins incarnent la hiérarchie dont les infirmières veulent se dépendre. Dans ce but, elles mettent à profit la proximité des corps par les soins d'entretien de la vie, de confort et de bien-être qu'elles ont pris en charge depuis la professionnalisation infirmière des soins aux corps. La reconnaissance du rôle propre a donné une caution à cette proximité avec le corps, en dehors des soins médicaux délégués. Cette caution est soulignée par le fait qu'avec la Démarche de Soins Infirmiers, les infirmières libérales décident des professionnelles à qui elles vont concéder un accès au corps. La Démarche de Soins Infirmiers consiste en une *licence* (Hughes, 1958) donnée aux infirmières pour décider pour d'autres (notamment les travailleuses du secteur social). Cette *licence* crée de fait une relation hiérarchique du sanitaire sur le social, relation hiérarchique qui peut être renforcée si les infirmières font valoir leur proximité avec les médecins et le modèle biomédical. Or les infirmières possèdent des preuves de cette proximité. L'ensemble des actes techniques délivrés par les infirmières libérales, le vocabulaire utilisé (jargon médical), la présence d'un écrit médical qui s'adresse directement aux infirmières (une prescription médicale) sont autant de preuves de la proximité entre infirmières libérales et médecins. Une forme d'expertise est alors reconnue à l'infirmière par les profanes (familles, patients,

¹⁷⁰ C'est ainsi qu'Andrew Abbott (1988) affirme que le pouvoir médical ne serait pas ce qu'il est sans les auxiliaires médicaux (cité par Pinell, 2009).

personnes qualifiées de dépendantes, ...) mais aussi par les autres professionnelles. C'est ainsi que nous avons observé qu'un jugement infirmier portant sur l'état de déshydratation d'une personne et la proposition de la perfusion sous-cutanée comme étant la solution adaptée à ce problème suffit à un patient et sa famille pour accepter cette proposition. Or une perfusion aurait nécessité une prescription médicale dont l'infirmière se dispense dans le cas présent.

Cette proximité peut donc aller jusqu'à une superposition des rôles, c'est-à-dire que nous avons observé que des infirmières libérales s'autorisent des actes ou des décisions qui relèvent du rôle du médecin. Dans ce cas précis d'articulation du modèle biomédical avec le modèle holistique, ce n'est pas la démonstration de la preuve de la proximité au médecin qui est recherchée par l'infirmière, mais bien plutôt une forme d'empiètement du territoire médical, i.e. une extension du territoire infirmier. L'exemple de Pauline décidant, au cours d'une toilette, de poser une perfusion sous-cutanée à Jean sans en prévenir le médecin est un cas d'empiètement de territoire que nous choisissons de développer dans l'encadré ci-dessous.

Encadré n° 1: Jean ou l'histoire de la toilette qui se termine en perfusion.

Jean ou l'histoire de la toilette qui se termine en perfusion.

Jean, 95 ans, célibataire, sans enfant, vit seul dans une maison familiale sans adduction d'eau. Sa famille (frère, belle-sœur, neveu, nièce) vit dans le même hameau que lui, dans des maisons plus récentes. Le neveu de Jean l'a assuré qu'il s'occuperait de lui jusqu'à la fin de ses jours. En effet, ce neveu gère les papiers de son oncle, et l'épouse de ce neveu, Magguy, prépare et porte à manger à Jean de façon quotidienne. Parce que cette femme travaille de nuit et dort le matin, elle se fait aider par une aide-ménagère à raison de 30 heures par mois pour accompagner Jean dans la prise des déjeuners. Les infirmières sont intervenues la première fois chez Jean en 2004 pour surveiller la mise en place d'un traitement cardiaque par mesures répétées de la tension artérielle et ont tout de suite instauré une toilette complète trois fois par semaine.

« Chez lui je suis intervenue pour la première toilette, dégrassage dans les règles, d'ailleurs j'ai mis une semaine parce que je me suis dit « on va pas y aller franco, parce qu'on va arracher la peau », ah oui, chez lui j'ai fait la première toilette » (extrait d'entretien avec Pauline, infirmière à Campagne, à propos de Jean)

Depuis 2004, les interventions infirmières se sont intensifiées. Au moment de l'enquête, les infirmières interviennent le matin pour faire la toilette de Jean, le lever et l'installer devant son petit-déjeuner qu'elles lui ont fait réchauffer. Elles reviennent le soir pour renouveler

une toilette et coucher Jean. Le traitement médicamenteux est géré et distribué par la nièce, sauf les comprimés du matin qu'il prend au moment du petit-déjeuner avec les infirmières. C'est la nièce qui gère le stock médicamenteux et s'occupe d'appeler le médecin afin qu'il vienne visiter son patient et renouveler l'ordonnance si besoin. À propos de Jean, les relations directes entre médecins et infirmières sont donc réduites au minimum et concentrées dans les moments d'urgence ou de crise. Or la famille a demandé à ne pas s'acharner et à ne pas hospitaliser Jean sauf en cas d'occlusion. Donc, si les moments de crise sont estimés par les infirmières comme gérables par elles, ils ne vont pas s'accompagner d'appel vers le médecin. C'est ainsi que Pauline, qui connaît Jean depuis huit ans et le voit très souvent, juge, au moment de notre enquête, que celui-ci est déshydraté (l'estimation de cet état relève des compétences infirmières). Cette estimation se fait dans le cadre des toilettes car ces soins permettent un accès visuel et tactile au corps de Jean, deux sources d'estimation de son état d'hydratation. Elle décide de ne pas appeler le médecin car elle sait que celui-ci n'est pas toujours d'accord avec les infirmières quand elles l'appellent, et elle décide de poser une perfusion sous-cutanée à Jean pour le réhydrater (la décision d'un tel traitement relève des compétences médicales). Jean a des troubles de la déglutition et ne peut avaler que des liquides gélifiés pour éviter les fausses routes. Jean n'apprécie pas la consistance de ces gels. Aussi, Pauline sait qu'il boit l'équivalent de deux verres par jour, pas plus. Donc lorsqu'il est déshydraté, elle pense qu'il ne faut pas lui servir beaucoup de liquide à la fois car son corps n'a pas cette habitude. Elle pense qu'il est mieux de lui donner des petits volumes de perfusion sur plusieurs jours plutôt qu'une grande quantité sur une durée plus courte, ce que le médecin a déjà prescrit par le passé.

Extrait d'entretien avec Pauline, infirmière à Campagne :

Question : « Tu parlais de perf. Je voudrais qu'on revienne aussi sur la perf et sur les habitudes en matière de perf sous-cutanée, entre votre cabinet et le médecin. Est-ce qu'il y a une convention entre vous et ce médecin par rapport aux perfs ?

Pauline : Non, pas du tout. Non, on a l'accord de Magguy, la nièce (rires) et comme le docteur refusait toujours de nous mettre des perfs chez Jean, mais nous on s'est aperçu qu'en en mettant une ou deux, deux-trois fois par semaine, eh bé, Jean, il se remplissait un petit peu et puis ça passait bien quoi, et c'est ça qui était le problème, il disait « non, non, non, c'est pas la peine de mettre des perfusions », tu vois bien quand il passe, il dit « non », et puis après il va te mettre un litre par jour. Alors que Jean il boit deux verres d'eau par jour, imagine son cœur quand tu vas lui mettre un litre d'eau par jour en sous-cutané, je veux dire, il avait pas de demi-mesure quoi, c'est peut-être ça à la fin qui l'a un peu ... tu sais quand tu mets un litre de perf tous les jours chez quelqu'un qui prend que DEUX verres.

Question : j'en suis resté là, moi. Toi, tu avais instauré les perfs.

Pauline : à 500 [ml], mais après elles ont mis à jour. Elles ont appelé le médecin et elles ont mis à jour. Donc après y'a eu des perfs. »

C'est donc sans consulter l'avis du médecin que Pauline posera des perfusions de petit volume à Jean. Elle met en place une solution médicale (la perfusion) à un problème infirmier (la déshydratation), elle pose donc un geste qui sort de son territoire de prérogatives. Elle sera suivie en cela par ses associées qui poursuivent les perfusions et en informent le médecin. L'ensemble des infirmières laisse un écrit de leurs gestes dans le cahier de transmissions, ce qui permet au médecin de retrouver trace de ces perfusions.

Par ailleurs, Pauline dit qu'il n'est pas très facile de parler avec ce médecin (ce qui peut se traduire par le fait qu'il s'oppose aux propositions infirmières), mais qu'il prescrit, *a posteriori*, les produits nécessaires à la pose de perfusions.

Suite du même entretien avec Pauline, infirmière à Campagne :

Pauline : « Ouais, ouais. Parce que je pense qu'avec lui, on n'avait pas une communication facile quoi. Sauf qu'après il avait dit « oh ben de toute façon, ce qu'elles veulent, elles le disent, je le marque ». Donc après je pense qu'il l'avait dit.

Question : Là tu parles d'après, ...

Pauline : à la fin, dans ce cas où il voulait pas nous mettre de perf et c'était l'été, et nous on voyait Jean, il trimait, il était vraiment déshydraté, il refusait de nous mettre des perfusions, on avait demandé à plusieurs reprises et tout, donc en fait, au bout d'un moment, on en mettait un petit peu, après il venait, il les prescrivait quand même. Et les derniers temps il disait : « Dites aux infirmières de m'appeler, et je leur marque ce qu'elles veulent ».

Le médecin, supérieur hiérarchique en ce qui concerne les soins délégués, est ici plutôt considéré comme le prescripteur *a posteriori* de ce que les infirmières ont décidé de faire comme soin. Dans la relation que ce groupe d'infirmières entretient avec ce médecin, nous voyons se jouer la recherche d'une liberté d'action de la part des infirmières qui relève d'un enjeu d'autonomie professionnelle. Les infirmières usent de cette pratique avec ce médecin parce qu'elles savent que cela est possible avec lui. C'est la part de l'histoire des interactions qui entrent dans la posture des infirmières. Cet exemple n'est pas généralisable, il se veut être l'illustration de l'usage que des infirmières font de leur proximité avec les médecins. Cet usage tient à la personnalité de ce médecin, mais aussi à la conception que les infirmières ont de leur métier. En effet, c'est la même infirmière, Pauline, qui, dans un de nos premiers entretiens, nous disait que, d'après elle, le métier d'infirmière allait évoluer vers un rapprochement plus grand des missions médicales et infirmières.

Extrait d'entretien avec Pauline, Infirmière à Campagne

« Question : Comment vois-tu ton travail ? Quelle vision en as-tu ?

Pauline : Ah, alors comment je vois mon travail ? ben c'est ce que je te dis, j'ai l'impression d'être à un virage dans la profession quand même, par rapport à mon travail, que ... il va falloir quand même vachement axer sur ... plus sur le ... par rapport ... pas au rôle prescrit mais la survé... enfin la ... avoir plus un rôle de coordination par rapport à tout ce qui tombe chez le patient en prescription, mise en place de soins, le dossier de soins, tu vois ce que je veux dire, l'infirmière devra essayer de faire un peu le tri, et pas seulement de lire la prescription mais en plus de savoir éviter... un rôle un peu plus, pas de coordination mais de ... pas de gendarme, ça va pas comme mot, mais je m'aperçois qu'il faut vérifier beaucoup plus de choses qu'avant, comment t'expliquer, tu vois ?

Question : plus de vigilance ?

Pauline : ouais, plus de vigilance. Donc ça veut dire peut-être plus de connaissances par rapport aux médicaments, oui, donc par rapport aux prescriptions, à tous les protocoles, et après, le travail comme je le vois, oui, voilà, une espèce de décalage entre tout, parce qu'en fait l'infirmière fait tout et on n'est pas forcément reconnu pour tout ce qu'on fait, comment dire, on est capable de remplacer tout le monde en dessous de nous, ...

Question : c'est-à-dire ?

Pauline : et bien aide-ménagère, aide-soignante, la famille, en fait on est capable de pallier à tous les manques, et quelquefois, on a un manque de reconnaissance par rapport à ça.

Question : et comment tu imagines être reconnue, et par qui ?

Pauline : et bien il faudrait redéfinir les rôles de chacun, redéfinir notre travail, en libéral, alors est-ce qu'on doit axer plus notre travail vers du pré diagnostique, par rapport au manque des médecins, tu vois, ou alors est-ce que l'on doit plus être vers le maintien à domicile. Mais tout se rejoint en fait. Je sens ...

Question : tu sens ?

Pauline : qu'il y a un virage à prendre ouais.

Question : et tu sens que les infirmières ont un choix à faire.

Pauline : ouais va falloir se positionner, au niveau local, au niveau de notre entourage, par rapport au médecin aussi, qu'est-ce qu'on accepte de ... à un moment donné, va falloir, parce que quand il va y avoir un manque de médecin, y'a le docteur de Villeneuve qui s'arrête au 1er novembre, là.

Pauline situe l'évolution possible de son métier vers des tâches jusque-là médicales, dans le contexte de diminution de l'offre médicale en zone rurale. Elle fait appel à une explication macroéconomique pour justifier sa posture. Mais elle ne fait pas appel à l'argumentation professionnelle infirmière qui veut que « *de simples exécutantes de soins prescrits par les médecins, (les infirmières) sont devenues des professionnelles exerçant un jugement et identifiant de façon autonome les soins infirmiers à mettre en œuvre* » (Acker, 1997 : 67). En effet, dans la situation décrite au-dessus, si Pauline exerce un jugement et identifie une réponse possible, les soins qu'elle propose ne sont pas infirmiers mais médicaux. Elle ne peut donc pas se justifier à partir de la rhétorique des théoriciennes infirmières, elle doit trouver sa justification ailleurs. Toutefois, cette posture n'est pas si binaire qu'elle en a l'air. En effet, Pauline, pour justifier qu'elle s'approprie le rôle de médecin mettra en avant la connaissance qu'elle a de Jean, de ses habitudes quotidiennes de boisson par exemple. Elle mobilisera alors le modèle holistique, celui qui prend en considération des données psychologiques, sociales et culturelles en plus des données biophysiques, pour argumenter sa prééminence¹⁷¹ sur le médecin.

La professionnalité des infirmières ne se mesure pas ici à l'aune du modèle de pensée caractéristique du rôle propre infirmier (le modèle holistique), mais par rapport à une transgression du rôle délégué : c'est en faisant comme le médecin (prendre la décision de perfuser) que l'infirmière étend son territoire. Cela n'est possible que parce que ce médecin l'accepte. Le recours au modèle biomédical s'accompagne de déplacement de limites des territoires professionnels qui se font sur un mode implicite, avec l'accord tacite des deux parties. Nous aurions pu prendre un autre exemple observé toujours chez Jean. Devant un problème de transit (dont la surveillance relève du rôle propre des infirmières), les solutions apportées par les infirmières ont été médicales (distribution de substances médicamenteuses). Nous observons que si elles outrepassent leur rôle en administrant des produits médicamenteux ou en mettant en place des dispositifs qui auraient dû être médicalement prescrits, elles le font toujours dans des sphères relevant de leur domaine d'attribution : surveillance de l'état d'hydratation,

¹⁷¹ Pauline fait appel à la singularité de Jean, qu'elle connaît bien, pour faire un pari sur une thérapeutique qui n'est pas prescrite par le médecin. Elle sort du cadre formel d'obéir aux prescriptions en faisant elle-même l'analyse de la situation et en choisissant de mettre en place ce qu'elle pense être une solution adaptée au cas de Jean. En cela, elle rejoint la pratique prudentielle dont parle Florent Champy (2011b : 264-265) : « Si poussée que soit la formalisation des arbres de décisions thérapeutiques en fonction de caractéristiques objectivables des patients, les réactions inégales à un même traitement, les histoires toujours singulières d'un malade ou encore les tableaux singuliers de symptômes obligent à des paris sur des solutions thérapeutiques qui ne sont pas toujours mises en œuvre conformément aux protocoles. Il est donc indispensable que les médecins maîtrisent ces protocoles, mais il l'est tout autant de leur laisser une certaine autonomie dans leur application, car de nombreuses situations supposent qu'ils soient mis en œuvre de façon prudentielle, c'est-à-dire sur la base d'une délibération sur leur validité et sur d'éventuelles raisons de s'en écarter. »

surveillance du transit. Le déplacement des limites de territoires (par la transgression du rôle délégué) se fait donc de façon contiguë depuis le territoire des infirmières vers celui des médecins.

Le recours au modèle biomédical de soins infirmiers doit être compris comme un instrument au service d'une nouvelle professionnalité infirmière qui ne passe pas par une appropriation du rôle médical, mais plutôt par l'extension du territoire infirmier en direction du territoire médical. Le recours au modèle holistique permet de trouver une justification à cette extension de territoire. En cela, nous sommes ici proches de la définition qu'Abbott donne des territoires, ces « *jurisdictions* » dont la délimitation est déterminée par l'efficacité de la solution proposée au problème (Champy, 2012a : 178). Mais une différence majeure réside entre le modèle d'Andrew Abbott et nos conclusions. Pour cet auteur, l'efficacité de la solution proposée au problème est définie par le client, qui choisit, entre plusieurs solutions (voire entre plusieurs professionnels) celle qui lui paraît être la meilleure pour lui. En choisissant le professionnel qui lui apportera la meilleure solution, il valide « *le lien entre un groupe (professionnel) et une tâche* » (Champy, 2012a : 178) et participe ainsi à la délimitation des territoires. Or, dans notre étude, le choix n'est pas laissé au client, ici incarné dans la personne qualifiée de dépendante. Ce sont les professionnels qui déterminent la solution la meilleure, et donc leur territoire.

Il n'est pas tant question d'efficacité que de singularité comprise comme la connaissance particulière de la situation de la personne considérée. À l'instar du médecin, l'infirmière résout dans ce cas un problème concret. Et comme le médecin avec sa « *mentalité de clinicien* » (Freidson, 1984), l'infirmière valorisera la connaissance personnelle qu'elle a de cette personne et la singularité de la réponse qu'elle a apportée. Pour apporter une réponse singulière, l'infirmière aura déplacé les limites de son territoire professionnel. Notre conclusion est ici que la délimitation des territoires des professionnels se joue dans les rapports entre professionnels (autorité, ajustements, arrangements, concurrence, ...) au nom de la singularité de la solution proposée.

La question se pose alors de savoir si l'usage alternatif de l'un ou l'autre des modèles n'est pas l'expression d'un souci de soi compris comme une éthique de la liberté mise en actes. Cette notion de souci de soi a permis, dans la première partie de la

thèse, de réfléchir au statut des infirmières libérales. Ici, cette notion permettrait de penser les actes infirmiers dans les situations.

6.3.2 La toilette faite par les infirmières libérales : jongler avec le modèle biomédical et avec une « prise en charge globale » permet de conforter une autorité

La notion de *stances* contient le recours aux modèles idéologiques mais tient également compte des relations interactionnelles, et notamment des relations d'autorité (Corbin et Strauss, 1993).

Nous avons choisi de traduire¹⁷² « power » par « jeu de pouvoir » plutôt que par « pouvoir » car la notion de « stance » contient une dimension interactionnelle. Or les jeux de pouvoir font directement référence à des interactions qui sont elles-mêmes plus courantes dans les relations d'autorité que dans les relations de pouvoir. En effet, dans la tradition sociologique, l'autorité est pourvue d'une légitimité que le pouvoir ne possède pas toujours (Nisbet, 1993). L'arsenal législatif réglementant les activités professionnelles, voire les professions, donne cette légitimité aux infirmières. « *Idee élémentaire participant aux fondements de la discipline* » sociologique (Nisbet, 1993), l'autorité se rationalise en passant d'un type traditionnel à un type rationnel et légal dans lequel les réglementations et les procédures vont se bureaucratiser (Weber, 1995). La légitimité légale se base sur la législation, et dans le domaine des activités professionnelles, sur la reconnaissance des qualifications et des compétences. À un niveau plus politique, l'autorité comporte des nuances qui peuvent nous intéresser ici. Pour Émile Durkheim (1893), l'autorité morale permet le lien d'une société, d'un groupe : l'appartenance à un groupe fait autorité sur l'individu. De la même façon que Simmel (1908) parle de cohésion apportée par l'autorité. Légitimité et cohésion sont deux attributs de l'autorité que nous retrouvons dans notre recherche. L'autorité devient un « *concept relationnel. Il ne peut être question d'autorité que dans le cadre d'une relation entre les détenteurs d'un pouvoir et ceux qui lui sont soumis. Il y a autorité quand un pouvoir bénéficie d'un capital de confiance et quand les individus sur qui le pouvoir s'exerce lui conservent leur confiance.* » (Coenen-Huther, 2005). Après les modèles traditionnel puis rationnel-légal décrits par Max Weber, nous paraissions nous diriger vers un nouveau modèle de légitimité énoncé par Jean De Munck et Marie Verhoeven (1997) : le modèle rationnel-négocié : « *Du coup, nous sommes bien forcés de réviser quelque peu les ressorts de la rationalisation du monde qui, comme l'avait bien vu Max Weber, reste au cœur de la dynamique des sociétés modernes. Nous avons*

¹⁷² Voir l'extrait du texte original de Corbin et Strauss dans la note de bas de page, en fin de § 6.2.3.

cessé de penser que la raison puisse être monologique et centralisatrice. On ne peut plus penser, aujourd'hui, la raison moderne sans intégrer, en son cœur, une négociation constitutive. » (De Munck, 2004).

Jean De Munck est rejoint par Christophe Dejours (2009) qui présente l'autorité comme possible seulement si elle est « *acceptée par le bas* », c'est-à-dire par les personnes sur lesquelles elle agit. Pour qu'une autorité s'exerce, il faut qu'elle soit reconnue. La reconnaissance d'une autorité est autre chose que la soumission. En effet, Christophe Dejours pense que l'autorité « *apparaît comme le fruit d'une négociation, où l'argumentation, la persuasion, la discussion, la contestation, la démonstration ont, contrairement à l'autorité politique selon Hannah Arendt, leur place à part entière.* » (*ibid* : 312)

C'est parce qu'elle porte en elle cette notion de légitimité, et qu'elle peut être envisagée dans le cadre de négociations, comme nous le montrons ci-dessous, que nous choisissons le terme d'autorité.

En effet, les infirmières libérales mettent en œuvre des pratiques qui leur permettent de conforter une autorité sur les autres professionnelles non infirmières. Pour cela, elles ont recours au modèle biomédical qui leur donne une crédibilité (légitimité) par les capacités d'expertise qu'il sous-entend du fait de leur proximité avec les médecins. Ce modèle leur confère une autorité dans la sphère du sanitaire. Mais articuler le sanitaire et le social en décidant de la distribution des tâches, notamment celle de la toilette, éprouve leur autorité à la croisée de ces deux sphères, face à d'autres professionnelles telles que les aides-soignantes, les auxiliaires de vie sociales, les aides à domicile, les aide-ménagères... Dans ce but, les infirmières libérales avancent un discours sur une *prise en charge globale* qu'elles sont capables de mener, faisant référence cette fois au modèle holistique.

En libéral, les discours des infirmières reprennent l'aspect d'une dichotomie entre relationnel et technique telle qu'elles l'ont apprise à l'hôpital. Leurs propos sont teintés de cette vision binaire des pratiques professionnelles. Elles s'en servent pour exprimer leurs propres préférences à exercer dans l'un ou l'autre domaine, ou au contraire pour dénigrer cette séparation qu'elles ne trouvent pas satisfaisante pour décrire leur pratique professionnelle. Or le recours aux modèles biomédical et holistique que nous mettons en évidence ne fait pas référence aux seules pratiques professionnelles. Les infirmières libérales jouent sur ces deux registres, font appel à ces deux modèles selon les professionnels qu'elles ont en face, et selon les enjeux encourus en matière de territoire. Nous avons vu que face aux médecins, le recours au modèle biomédical se renforce d'un recours au modèle holistique dans le but d'étendre le territoire infirmier en

direction du territoire médical. L'enjeu n'est pas le même avec les autres professionnelles rencontrées à la croisée des sphères sanitaires et sociales. Il s'agit alors de conforter une autorité ; le modèle mobilisé variera selon que le professionnel que les infirmières ont en face d'elles relève du secteur sanitaire ou du secteur social.

6.3.2.1 Mobiliser le modèle biomédical pour conforter l'autorité sur les aides-soignantes.

Conforter son autorité prendra des formes différentes selon les types de professionnelles mises sous autorité infirmière, autorité légitimée par la nature de leur diplôme. La combinaison des deux modèles biomédical et holistique prendra alors des formes différentes selon les métiers. Dans le cas des aides-soignantes, elles-mêmes professionnelles de santé dans le sens où elles participent à la division du travail médical, la question de l'autorité ne se pose pas entre infirmière et aide-soignante puisque cette division du travail médical induit une relation hiérarchique entre elles. Le recours au modèle biomédical va de soi entre elles : infirmières comme aides-soignantes ont été formées à l'hôpital où ce modèle est dominant. Les aides-soignantes le connaissent et l'utilisent elles-mêmes lorsqu'elles transmettent aux infirmières des données biologiques ou physiologiques sur l'état de la personne auprès de laquelle elles interviennent. Et pourtant les infirmières libérales ne sont pas les supérieures hiérarchiques des aides-soignantes intervenant à domicile puisque ces dernières sont salariées d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile¹⁷³ géré par leur supérieure hiérarchique (souvent une infirmière responsable). C'est pourquoi nous parlons de relation d'autorité et pas de relation hiérarchique. C'est le recours commun au modèle biomédical qui sert de référence dans les relations entre infirmières et aides-soignantes et permet de reproduire à domicile, en dehors de toute relation hiérarchique, les relations d'autorité rencontrées à l'hôpital.

Le recours au modèle holistique opéré par les infirmières ne fait que renforcer cette relation d'autorité entre elles et les aides-soignantes. Si les aides-soignantes hospitalières étudiées par Anne-Marie Arborio opèrent un retournement de stigmatisme en valorisant leur monopole sur les relations affectives (2001), à domicile ce sont les infirmières libérales qui soulignent et valorisent la proximité existante entre aides-soignantes et personnes qualifiées de dépendantes. Cette proximité est basée sur la

¹⁷³ Structure médico-sociale salariant infirmières et aides-soignantes et dispensant des soins infirmiers, y compris ceux qui peuvent être effectués par les aides-soignantes.

fréquence et l'intimité des échanges relationnels entre aides-soignantes et personnes qualifiées de dépendantes.

« (...) alors on laisse aller la parole quand elle veut, mais ça elle aime bien, et elle le fait assez facilement avec les aides-soignantes l'après-midi parce qu'elles s'isolent toutes les deux dans la chambre, et qu'elle a vachement l'habitude des aides-soignantes (...) »

(Extrait d'entretien de Marie Pierre, infirmière à Campagne, à propos d'Honorine)

Les infirmières reconnaissent volontiers le rôle de soutien autre que biomédical que les aides-soignantes adoptent, et elles apprécient que les échanges avec les aides-soignantes portent sur des aspects autres que biomédicaux (le travail de soutien psychologique, la connaissance des habitudes de vie ou de l'évolution de la situation familiale de la personne qualifiées de dépendante par exemple). Mais en fait les infirmières ont peu l'occasion de l'exprimer aux aides-soignantes car les relations entre elles sont souvent « distendues », c'est-à-dire que la communication verbale se réduit au minimum et concerne plutôt les situations de crise. Le mode de communication entre elles le plus courant est l'écrit, par feuilles de transmissions, voire diagrammes de soins interposés. Or ces écrits concernent essentiellement des données relevant du modèle biomédical. A Campagne, il arrive qu'infirmières et aides-soignantes se rencontrent dans le village et que des discussions informelles à propos des personnes chez qui elles interviennent s'installent, portant justement sur ces sujets autres que biomédicaux. De plus, le Service de Soins Infirmiers à Domicile¹⁷⁴ organise des réunions où l'ensemble des aides-soignantes rencontre les infirmières libérales avec qui elles travaillent. Ces réunions servent surtout à organiser l'enchaînement des soins plus qu'à échanger sur les personnes qualifiées de dépendantes. Mais à Ville, les infirmières et les aides-soignantes ne se connaissent pas individuellement. Comme à Campagne, elles organisent leurs passages de façon à éviter de se rencontrer au domicile puisque ces deux types de professionnelles portent des soins aux corps et se gêneraient si elles intervenaient au même moment sur le même corps. La référence au modèle holistique, lorsque les infirmières libérales parlent des aides-soignantes, est basée sur les observations qu'elles opèrent, sur les évaluations qu'elles font du travail aide-soignant quant à l'effet sur les personnes qualifiées de dépendantes ou par le biais des paroles rapportées aux infirmières par les familles ou les personnes elles-mêmes. Elles se rendent compte de la nature de ce travail mais ne se donnent que peu l'occasion d'en parler directement avec les aides-soignantes. C'est bien plutôt la division du travail médical et le recours au modèle biomédical qui va conforter l'autorité des infirmières libérales sur les aides-soignantes.

¹⁷⁴ Désormais SSIAD

6.3.2.2 Délaisser le modèle holistique et se revendiquer d'une « prise en charge globale » pour conforter une forme d'autorité sur les travailleuses du social

Face aux travailleuses du secteur social, les infirmières libérales n'ont pas la même attitude qu'envers les aides-soignantes. Les prérogatives données aux auxiliaires de vie sociale sont ressenties comme menaçantes par les infirmières libérales (les événements de grève de 2000 l'ont illustré). Dans ce climat de menace, elles délaissent le modèle holistique (qui les rapproche trop des auxiliaires de vie sociale) et revendiquent une « prise en charge globale », c'est-à-dire tiennent compte de la présence des travailleuses sociales dans les choix qu'elles feront de conserver ou non un soin de toilette.

En effet, la sociohistoire du métier d'aide à domicile (Avril, 2014 : 64 - 80) montre que la mission sanitaire de ce métier est allée et venue au gré des textes, y compris lorsque le CAFAD (certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile), créé en 1988, et qui liait sanitaire (faire manger, poser les normes d'un bien manger) et social (avertir l'entourage en cas d'isolement social par exemple), a été remplacé par le DEAVS (diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) dans lequel la notion « d'aide à la toilette » figure parmi les missions¹⁷⁵.

Cette aide à la toilette est définie, dans les référentiels d'activités des auxiliaires de vie sociale¹⁷⁶, comme le fait d' « aider seule à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de la vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale », et dans le référentiel de compétences de ce même diplôme, il est dit qu'il faut « savoir utiliser les actes de soins et d'hygiène comme support à la relation et la relation comme aide à la réalisation de ces actes ». Deux remarques s'imposent : les soins d'hygiène ne sont plus prescrits qu'exceptionnellement par les médecins qui laissent dorénavant aux infirmières libérales le soin d'analyser la situation et de proposer elles-mêmes une prescription de leurs soins. Donc peu de toilettes font l'objet de prescription médicale. Par conséquent, par cette définition, peu de toilettes sont exclues du champ des auxiliaires de vie sociale (AVS)¹⁷⁷. La deuxième remarque est qu'il est demandé aux AVS de lier les actes techniques de soins et d'hygiène à une relation, ce qui est un des piliers du modèle holistique revendiqué par les infirmières. C'est pourquoi, lorsqu'il a

¹⁷⁵ Dans la perspective de professionnalisation des aides à domicile étudiées par Christelle Avril (2014), la mission sanitaire et sociale n'est plus tant le leitmotiv que la polyvalence et la flexibilité demandée à ces professionnelles.

¹⁷⁶ Sites de la Validation des Acquis de l'Expérience pour le Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale : <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr97> (référentiel d'activités) et <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr96> (référentiel de compétences).

¹⁷⁷ AVS par la suite

été question de créer le Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale au début des années 2000, les syndicats infirmiers libéraux ont mené des actions appelant leurs adhérentes à la grève des soins pour exprimer leur mécontentement et leur crainte de voir leur prérogative disparaître. Il y avait alors conflit à propos de territoires, entre, d'un côté, un groupe professionnel (celui des infirmières libérales) qui travaillait jusque-là sur ce territoire de la toilette, et d'un autre côté, les autorités publiques mettant en place un nouveau diplôme et créant un nouveau groupe professionnel qui menaçait d'empiéter sur ce territoire (Paicheler, 1995 : 7) et devait se retrouver, lui aussi, à la croisée du sanitaire et du social¹⁷⁸. La question est donc de se demander ce que les infirmières, collectivement, mettent comme contenu à l'acte de toilette, et plus spécifiquement ce qu'elles considèrent comme facteurs décisionnels à sa distribution. Cela renseignera sur les conceptions qu'elles ont de cet acte, voire sur les enjeux qu'elles placent en lui en terme de professionnalité.

Pour les infirmières libérales, les toilettes sont des soins à part entière, qui permettent une prise en charge holistique des personnes (nous l'avons déjà dit à propos des discours des instances de représentation professionnelle, et nous le retrouvons dans les discours des infirmières interrogées). Dans leurs discours, elles valorisent cet acte.

Toutefois, dans les situations des personnes qualifiées de dépendantes chez lesquelles interviennent des travailleuses du social, ce modèle holistique, qui rappelons-le, considère la personne dans ses dimensions bio-psycho-sociale-culturelle et économique, n'est pas mobilisé par les infirmières libérales. À cela deux raisons. La première est que ce modèle reste centré sur la personne qualifiée de dépendante (même si celle-ci est prise dans sa dimension sociale par exemple). La seconde est que cette façon de concevoir la personne entre en résonance avec le travail des auxiliaires de vie sociale qui lient le sanitaire (au sens de biologique) et le social (au sens de relationnel).

Face à ces éventuelles concurrentes que représentent les auxiliaires de vie sociale, les infirmières vivent une épreuve de professionnalité : elles modifient leur façon de voir et de faire les choses sans avoir la certitude que les décisions qu'elles prennent sont ajustées. En l'occurrence, elles se décentrent des deux modèles de pensée qui structurent leur activité et intègrent les auxiliaires de vie sociale (ou aides à domicile)

¹⁷⁸ Il est à noter que la réaction des syndicats infirmiers libéraux a été toute autre au moment d'un décret de mai 2015, paru au Journal Officiel du 2 juin 2015 et concernant les aspirations endo-trachéales. Alors que ce n'est plus un diplôme qui est obligatoire pour pratiquer cet acte mais une formation de quelques jours, alors que tout intervenant de services d'aide et d'accompagnement à domicile formé peut pratiquer cet acte, alors que ce geste est technique et invasif, les syndicats infirmiers libéraux ont donné leur accord au projet de décret (Source : Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées). La question du territoire se double de la question du volume d'activité : les toilettes représentent une forte part de l'activité infirmière libérale pour certaines, quand les aspirations endo-trachéales restent isolées.

dans leur analyse de la situation. Elles les intègrent à deux niveaux : d'une part en tenant compte de leur présence comme facteur décisionnel du fait de garder ou de déléguer le soin, et d'autre part en transformant d'éventuelles concurrentes en partenaires de soins, sur lesquelles elles pourront exercer une relation d'autorité.

Car pour les infirmières libérales, il est intéressant d'avoir des partenaires à qui déléguer des soins indésirables. Et les toilettes pourraient être de ces soins indésirables. En effet, les toilettes nous sont décrites comme chronophages, faites au détriment d'autres soins techniques qualifiés de plus intéressants professionnellement par les infirmières. À Ville comme à Campagne, les soins d'hygiène sont des soins qui peuvent faire « courir » les infirmières car ils durent quelquefois plus longtemps que le temps prévu et mettent en retard les infirmières sur leur tournée. Ces inconvénients horaires, mais aussi la pénibilité physique liée aux manutentions font que les infirmières pourraient considérer la toilette comme du *sale boulot* et trouver des délégataires dans les aides-soignantes (si elles travaillent avec des SSIAD), ou dans les auxiliaires de vie sociale pour les en soulager¹⁷⁹.

Or la notion de *sale boulot* n'est pas constante. Christelle Avril souligne que « *ce qui est considéré comme « sale boulot » varie d'un domicile à l'autre* » (2014 : 50). Nous mettons en évidence que cette notion ne varie pas seulement avec le domicile, elle varie aussi avec le type de relations interprofessionnelles (concurrence ou partenariat).

6.4 Le « sale boulot » échangé

6.4.1 La toilette à domicile : un « sale boulot » qui n'en est pas un.

La notion de *sale boulot* chez Everett Hughes (1996a) renvoie au fait que toute activité professionnelle, même parmi les plus prestigieuses, comporte une partie non valorisante, volontiers cachée, qu'il nomme « dirty work ». Chez cet auteur, il y a donc hiérarchisation des tâches à l'intérieur d'une catégorie professionnelle, soulignant de fait que cette notion de *sale boulot* est relative. Anne-Marie Arborio s'empare de cette notion pour nous parler du *sale boulot* à l'hôpital, notamment celui que les infirmières délèguent ou relèguent aux aides-soignantes. La toilette, à l'hôpital, fait partie de ce *sale boulot* au double titre qu'elle est déléguée par les infirmières aux aides-soignantes, et reléguée parce que touchant les souillures du corps (Peneff, 1992). Or à domicile, la

¹⁷⁹ Le cabinet Ville Centre refuse de faire plus de deux toilettes par jour en raison de la pénibilité du geste.

toilette n'est pas du *sale boulot* au sens où l'entend Anne-Marie Arborio. La façon dont les infirmières libérales « distribuent » les soins de toilette entre elles et les autres professionnelles (aides-soignantes, aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, ...), ou encore la façon dont est négociée la partition des tâches entre ces différentes professionnelles montrent la valeur accordée aux relations interprofessionnelles et aux échanges entre professionnelles. C'est pourquoi, avec Lise Demailly nous sommes tentée d'affirmer « *qu'il semble simplement qu'il faille contester l'universalité du sale boulot dont il faut se défaire sur les groupes professionnels voisins* » (2008 : 86).

Dans la présentation qu'Anne Marie Arborio fait du *sale boulot* dans son ouvrage consacré au travail des aides-soignantes (2001 : 119 et suivantes), elle distingue le *sale boulot* absolu, « relégué » et le *sale boulot* relatif, « délégué ». À domicile, la distribution des tâches relevant de ce *sale boulot* ne suit pas un déplacement linéaire superposable à la position hiérarchique des professions mais est plutôt le résultat d'arrangements, tacites ou explicites. La toilette fait partie de ces actes pouvant être qualifiés de *sale boulot*, mais il en existe d'autres : lever, coucher, prise de repas, ... dont il sera également question ici.

En effet, le fait de lever une personne de son lit, sans autre soin technique l'accompagnant tel qu'une toilette, est considéré par les infirmières enquêtées comme pouvant être entièrement délégué à une autre professionnelle. Il s'agit donc d'un *sale boulot*. Ces mêmes infirmières décrivent le lever comme un acte infirmier lorsqu'il doit être effectué sur une personne incontinente porteuse de changes, sur laquelle les mobilisations doivent s'accompagner d'un acte de toilette pour prévenir les risques d'altération de l'état cutané. Cet exemple est riche de deux enseignements. Le premier est qu'à l'inverse de ce que nous décrit Anne-Marie Arborio à l'hôpital, le fait qu'il y ait contact avec les déjections justifie ici la présence d'une infirmière. Elle vient évaluer le risque que présente cette incontinence. La différence avec l'hôpital est que nous observons cet état de fait en l'absence d'aides-soignantes (qui seront convoquées, à domicile, sur demande, entre autres, des infirmières alors qu'elles sont quasiment omniprésentes dans les hôpitaux). Le contact avec les déjections, caractéristique du *sale boulot* relégué décrit par Anne-Marie Arborio, n'est pas, à domicile, distribué aux autres : il justifie au contraire la présence des infirmières qui n'ont pas demandé à faire intervenir des aides-soignantes pour s'en occuper. Le *sale boulot* devient alors un travail qui n'est pas « dirty » mais au contraire un travail qui nécessite le regard d'un spécialiste.

La nécessité d'utiliser un lève-malade pour mobiliser une personne incapable de tenir seule sur ses jambes est une deuxième raison avancée par les infirmières

intervenant à domicile pour justifier de la nature infirmière de l'acte du lever. En l'absence de ces arguments liés à l'état fonctionnel de la personne aidée (incontinence, déficience motrice), le lever est alors considéré par les infirmières comme un acte de la vie courante pouvant être effectué par d'autres personnes qu'elles. Le lever, comme la toilette, montre le recours au modèle biomédical de pensée infirmière des infirmières libérales lorsqu'il s'agit de décider quelle professionnelle va intervenir. C'est par ce recours au modèle biomédical que les infirmières assoient leur autorité décisionnelle. C'est le deuxième enseignement de cet exemple.

Bien que des actes tels que les toilettes sans risque sanitaire soient décrits par les infirmières comme ne relevant pas de leur mission, elles soulignent l'importance de travailler ensemble avec toutes les autres professionnelles entourant les personnes qualifiées de dépendantes. « Ensemble » ne signifie pas forcément en même temps. En effet, les infirmières évoquent une synergie d'action à travers les passages respectifs des unes et des autres. Mais lorsque les passages sont concomitants, infirmières et aides à domicile ou auxiliaires de vie sociale se retrouvent au pied du lit de la personne aidée pour effectuer des toilettes ou des levers, justement. Les arguments avancés par les infirmières pour justifier ce partage dans un acte relevant du *sale boulot* est à la fois le confort et la sécurité de la personne qualifiée de dépendante, mais aussi le confort des professionnelles. Il existe deux types de confort décrit par les infirmières libérales. Le premier est physique : une manutention à deux est décrite comme moins éprouvante qu'une manutention assumée par une seule personne. Le confort psychologique, ensuite, consiste par exemple en le fait de partager un soin avec une autre professionnelle, ce qui fait rompre avec la solitude dans laquelle l'infirmière libérale travaille souvent. Ce confort est recherché parce que c'est lui qui permet de continuer à travailler (Bouchayer, 2008a).

Derrière cet argument de la recherche de confort, il y a la relation avec l'autre professionnelle, avec la travailleuse sociale. Dans ce face à face, les places de chacune se règlent selon le protocole de la toilette exécutée par l'infirmière. C'est elle le chef d'orchestre. Les relations entre les deux professionnelles sont alors directement liées au soin : positionnements respectifs de chaque côté du lit, enchaînement des gestes de l'une et de l'autre. Les observations montrent des gestes rodés, dont il n'est pas même question de discuter : chacune sait ce qu'elle a à faire. L'infirmière fait, la travailleuse du social est là pour l'aider¹⁸⁰. Entre deux gestes, celle-ci attend. Les discussions se

¹⁸⁰ Nos observations ont toutes été menées sur des personnes qualifiées de dépendantes auprès de qui des infirmières libérales interviennent. Les travailleuses sociales constituent alors une aide. Un document DREES de 2010 nous informe par ailleurs que les aides à domicile enquêtées en 2008 « aident plus

déroulent plutôt entre elles qu'avec la personne dont elles s'occupent. Ces discussions ne portent pas sur le soin, pas même toujours sur la personne dont elles s'occupent. Elles peuvent parler d'une autre personne dont elles s'occupent en commun, par ailleurs. Ou de toute autre chose. Ces moments de discussion permettent aux infirmières de mieux connaître leur interlocutrice et de savoir ainsi sa conception des choses, et notamment la conception de son travail et des personnes dont elle s'occupe. C'est à partir de ces moments partagés que les infirmières libérales développent des compétences sociales leur permettant d'évaluer professionnellement leur interlocutrice, à l'image des aides-soignantes étudiées par Anne-Marie Arborio développant des compétences sociales leur permettant de connaître socialement les patients hospitalisés qu'elles prennent en charge (par la qualité du tissu de la robe de chambre, par le vocabulaire utilisé par le patient hospitalisé, ...). Cette meilleure connaissance de l'autre permet aux infirmières de décider de ce qui va pouvoir être délégué ou non à ces personnes : le fait de travailler en même temps sur un même lieu permet de mieux se connaître, et mieux se connaître permet de partager le travail en connaissance de cause.

6.4.2 Le « sale boulot » valorisé ...

D'ailleurs la toilette n'est pas non plus du *sale boulot* quand elle permet une meilleure connaissance des états fonctionnels, cognitifs et psychologiques des personnes. Elle est alors présentée par les infirmières comme une source d'informations précieuses permettant une meilleure « prise en charge de la personne » (modèle holistique).

Il arrive également que les infirmières encouragent les auxiliaires de vie sociale à prendre en charge des soins d'hygiène (lavage des pieds, shampoing, ...) en insistant sur les qualités relationnelles de ces intervenantes : « *ça passe mieux avec vous, ...* ». Il s'agit alors de déléguer le *sale boulot* du *sale boulot*. En effet, laver des pieds ou faire un shampoing à domicile demande une installation de matériel chronophage, et est souvent pénible physiquement dans des locaux et avec du matériel qui ne sont adaptés ni l'un ni l'autre. On pourrait penser que c'est une stratégie infirmière pour se débarrasser d'une partie peu valorisante de leur propre travail. En argumentant leur proposition par des raisons de qualité relationnelle, les infirmières adoptent la stratégie du « retournement de stigmatisme » décrite par Anne-Marie Arborio à propos des aides-soignantes qui malgré une position de subordination, se déclarent détentrices d'un monopole, celui des relations sociales et affectives avec les patients hospitalisés. Chez

souvent à faire la toilette ou à assurer l'hygiène qu'elles n'aident la personne à se déplacer chez elle (50 % au lieu de 60 %) ».

les aides-soignantes hospitalières, le monopole du *sale boulot* devient une ressource pour valoriser leur position. Avec cette stratégie du retournement de stigmata, les infirmières libérales valorisent les qualités relationnelles des travailleuses sociales dans le *sale boulot*. Même s'il n'est pas exclu que les infirmières libérales cherchent à se débarrasser de certains soins peu valorisants, il faut toutefois considérer l'échange qu'elle concède. En effet, il arrive que les infirmières libérales acceptent de poser des actes qui ne relèvent pas de leurs prérogatives, comme le fait de réchauffer ou de distribuer un repas. Il s'agit d'un partage du *sale boulot* ou comme le dit Pauline, infirmière en milieu rural : « *moi, je pense que c'est ça un bon partage du maintien à domicile* ».

6.4.3 ... à condition qu'il soit partagé selon le principe de l'échange

À côté du « *sale boulot* absolu relégué » et le « *sale boulot* relatif délégué » décrits par Anne-Marie Arborio en milieu hospitalier (*ibid.*), nous mettons en évidence, à domicile, une nouvelle dimension au fait de distribuer ce *sale boulot* : le *sale boulot* peut se partager à condition que ce partage se fasse selon le principe de l'échange.

Pour analyser les échanges, nous disposons de la grille proposée par Florence Weber (2002) dans laquelle elle les décompose en trois niveaux dans un but analytique. Le premier niveau est celui des formes de l'échange du point de vue indigène (c'est par exemple Pauline qui nous donne son interprétation de l'échange : « *un bon partage du maintien à domicile* »). Le second s'intéresse à la circulation des objets ou des prestations (c'est plutôt le point de vue des économistes). Le troisième niveau est celui sur lequel nous avons porté notre attention d'« ethnographe » (*ibid* : 295), celui des relations entre les personnes.

Avec l'exemple des repas réchauffés par les infirmières, nous avons l'illustration que les actes ne sont pas distribués en fonction de leur nature, ni du fait qu'ils figurent dans une liste prédéterminée : la distribution de repas ne figure pas sur la nomenclature générale des actes professionnels des infirmières. Ces actes sont pratiqués par les infirmières parce qu'ils se répartissent en fonction de l'organisation trouvée entre professionnels pour que l'ensemble des actes identifiés comme devant être effectués à un domicile, auprès d'une personne qualifiée de dépendante, soient véritablement effectués, quitte à ce qu'il y ait glissement de tâches. C'est ce que nous disent les professionnelles pour justifier « *une prestation effectuée par un partenaire pour l'autre* » (Weber, 2002 : 293).

Ce qui nous permet de parler d'échanges, c'est que le glissement de tâches peut avoir lieu dans les deux sens. Car les infirmières acceptent de faire du *sale boulot* s'il y a contrepartie, c'est-à-dire si d'autres professionnelles se chargent aussi d'une partie du *sale boulot*. Sinon, si elles sont les seules professionnelles à intervenir, ce *sale boulot* est vécu comme dégradant : il reprend son statut de tâche hiérarchisée et mal considérée. Un exemple illustratif est l'acte de vider le « pot ». En quelques phrases, lors d'un entretien, la même infirmière (Pauline) peut dire « (*à domicile*), *c'est pas se cantonner comme à l'hôpital*¹⁸¹, où l'infirmière quand elle voit le pot, elle ne le vide pas parce que c'est pas son boulot », (elle parlait ici d'une situation dans laquelle des AVS interviennent aussi), et plus loin dans son discours, en évoquant une autre personne auprès de laquelle les infirmières sont les seules à intervenir, elle peut raconter que son associée Irène « *s'est faite avoir : elle lui vidait le pot* ». Ce dernier exemple montre que le *sale boulot* est accepté, présenté même comme allant de soi, à la condition qu'il soit partagé avec d'autres. Ne plus participer au partage des tâches basé sur l'échange, c'est sortir de ce que Florence Weber évoque lorsqu'elle parle de « la spirale vertigineuse » (1989 : 76) et qu'elle appellera plus tard « la spirale d'échanges auto-entretenu » (2006). Cette spirale est sans commencement ni fin, et nul ne peut clore sa participation sans s'exclure du groupe ainsi constitué (Weber et Ténédos, 2006 : 44). Cette spirale est un principe de solidarité à l'intérieur d'un groupe. En l'absence de groupe (lorsque les infirmières interviennent seules à domicile, en l'absence de toute autre professionnelle), ce principe n'a plus lieu d'être et le *sale boulot* reprend sa valeur absolue de travail déclassé.

La toilette est une des monnaies d'échange qui permet un travail partagé.

En faisant appel aux qualités relationnelles des auxiliaires de vie sociale ou des aides à domicile, en cherchant à les valoriser en leur abandonnant des soins relevant du rôle infirmier, en acceptant elles-mêmes d'effectuer des actes d'hôtellerie, les infirmières libérales inscrivent leur pratique dans un partage qui n'est pas seulement « le partage de » (au sens de la division du travail), il est aussi « le partage avec » (Autant, 2010 : 588). Il s'agit, dans ces deux cas, du partage-transmission qui s'inscrit dans le don maussien, où l'on partage quelque chose (des biens, des symboles, ...) avec quelqu'un (des individus, des groupes, ...) avec ce que cela induit de réciprocité, d'échanges.

¹⁸¹ Les témoignages de personnel hospitalier, recueillis en dehors de toute recherche, ou encore notre expérience personnelle d'hospitalisée peuvent venir contredire ces discours : l'hôpital est aussi un lieu dans lequel les tâches peuvent « glisser » mais il est vrai que nous n'avons pas trouvé de littérature sociologique qui rapporte ces faits.

Partager le travail sur la base de l'échange illustre le fait que les infirmières prennent en considération la configuration existante autour de la personne qualifiée de dépendante. Les infirmières libérales qualifient cela de « prise en charge globale ». Ce terme peut être trompeur puisque le modèle holistique parle également de « prise en charge globale ». À domicile, dans la bouche des infirmières libérales, le qualificatif « global » ne considère pas seulement les différentes dimensions de la personne qualifiée de dépendante (comme dans le modèle holistique), il considère aussi la situation dans laquelle se trouve cette personne, et notamment, dans ce que nous venons de montrer, la situation de cette personne prise dans une configuration de professionnelles intervenant à son domicile.

L'autorité des infirmières sur les travailleuses du social est acquise par le fait qu'elles décident de la distribution des toilettes mais aussi qu'elles mobilisent le modèle biomédical (rappelant ainsi leur proximité avec les médecins) lors de prise de décision infirmière en cas de troubles de l'état de la personne qualifiée de dépendante. Mais l'intérêt que les infirmières portent au travail des auxiliaires de vie sociale, la porosité entre les deux sphères sanitaires et sociales telle que nous venons de l'illustrer, la connaissance mutuelle des professionnelles, l'existence enfin d'un travail partagé qui ne soit partagé que s'il est basé sur l'échange confortent l'autorité des infirmières libérales par le travail de reconnaissance qu'elles font des spécificités des personnes avec lesquelles elles travaillent (Autant, 2010 : 604). Le fait que les décisions infirmières soient peu contestées par les travailleuses du social illustre l'acceptation par celles-ci de l'autorité infirmière.

Par ailleurs, la reconnaissance dont elles font l'objet permet aux auxiliaires de vie sociale et aides à domicile de rentrer dans un cycle de réciprocité qui existe dans le partage pris cette fois dans un autre sens que le partage-transmission (impliquant de rendre ce qui a été reçu) : partager signifie aussi « *participer à une réalité commune (prendre part)* » (Autant, 2010 : 589).

Everett Hughes (1996a) nous a présenté la notion de *sale boulot* comme permettant l'analyse des hiérarchies entre des catégories de tâches ou de personnes (professionnels). Il s'agit d'un ordonnancement vertical. La notion de « *sale boulot échangé* » propose d'analyser les relations professionnelles sur un axe horizontal. Plus généralement, l'étude de la toilette dans le contexte de la Dépendance montre que ce contexte est propice à créer des épreuves de professionnalité auxquelles les infirmières répondent en relâchant leur défense « *des zones frontières de leurs territoires* » (Morel, 2016), et vont jusqu'à une « horizontalisation » des relations professionnelles (Demailly : 2008). Mais l'horizontalisation est un processus. Il n'est

pas l'égalisation. Nous avons même vu que les infirmières confortent leur autorité en acceptant ces échanges. La notion de « *sale boulot échangé* » permet juste d'envisager d'infléchir l'axe de l'analyse des relations entre des catégories de tâches et de personnes.

6.5 Des négociations implicites à propos du « sale boulot » partagé ou l'art du simulacre mutuel

Le partage du travail entre les différents groupes professionnels n'est pas toujours explicitement négocié. Ce partage peut être latent, implicite. Il s'agit alors du résultat de microdécisions qui se prennent au fil du temps, de tâtonnements, d'ajustements. En effet, des intérêts communs peuvent se rencontrer, voire s'affronter. La toilette est un de ces intérêts communs. Les aides à domicile ou auxiliaires de vie sociale y recherchent la reconnaissance en travaillant « *sur le corps, mais aussi (en ayant) accès au vécu subjectif et personnel des personnes âgées* » (Avril, 2014 : 107). Les infirmières libérales y voient un soin dans lequel leurs compétences d'évaluatrice, d'experte des risques sont sollicitées. Il s'agit aussi, pour elles, d'un soin plus rémunérateur que d'autres. Mais nous avons également vu que chaque groupe professionnel peut trouver un intérêt à ce que l'autre fasse ce soin.

Pour Jean Rémy (1994), ces oppositions n'excluent pas des solidarités qui permettront la construction de champs de coopération. La coopération trouvée, celle du partage du travail sur la base de l'échange, n'était pas recherchée en tant que telle : il s'agit d'une issue trouvée au cours de l'« exploration progressive » (*ibid.*) de solutions possibles. Elle est le résultat des interactions entre les individus impliqués, qui ont su mettre en place une solution au partage du travail dans un élan d'innovation sociale. C'est ainsi que les auxiliaires de vie sociale ou les aides à domicile participent, « prennent part » (Autant, 2010) à la solution trouvée. Elles répondent aux agissements des infirmières en posant des actes, tel un *alignement des actions*, « *un processus par lequel les acteurs accordent leurs actions relatives au travail, au moyen d'interactions avec eux-mêmes et d'interactions avec les autres* » (Blumer, 1969, cité par Baszanger, 1992 : 43).

Ce jeu interactionnel, implicite, s'étire dans le temps et permet de créer un référent commun qui autorise à son tour la coopération. Ce constat fait écho aux travaux des auteurs de la Transaction Sociale (Blanc, 1992 ; Blanc, Mormont, Rémy, Storrie, 1994 ; Fusulier, 2005) qui nous invitent à analyser de façon égale l'état de la société et les conditions structurelles de production de ces interactions (Fusulier et Marquis, 2008,

2009). L'approche interactionniste utilisée dans notre travail part de « *la négociation elle-même et de ces processus secondaires (...), des interactions, des types d'acteurs, leurs stratégies et tactiques, et en (examine) les conséquences* » (Baszanger, 1992 : 47). Même si Strauss ambitionne dans ses recherches de « *construire un contexte d'actions à deux niveaux : d'une part, le contexte structurel dans lequel prennent place les négociations, autrement dit amener au jour les propriétés structurelles qui pèsent sur chaque négociation (...), et d'autre part, le contexte de négociations qui renvoie plus spécifiquement aux propriétés structurelles jouant directement comme conditions sur le déroulement de la négociation (...)* » (Ibidem), il n'étend pas sa position théorique à l'analyse de l'état de la société. Il reste, avec le concept de négociation, sur une analyse de l'avant-plan, quand la transaction sociale est un concept qui considère aussi l'arrière-plan, c'est à dire qui prend en compte les éléments structurels (producteurs de contraintes et possibilités objectives) et structuraux (producteurs de sens, de la perception du normal et du possible) conditionnant la négociation, en ajoutant à cette analyse synchronique du structurel/structural une analyse diachronique de l'enchaînement des transactions (Fusilier et Marquis, 2008, 2009). Les interactions entre les infirmières libérales et les autres professionnelles se déroulent en effet dans un cadre structurel. Loin d'uniquement les contenir, ce cadre va leur offrir un espace de possibles à l'intérieur duquel les professionnelles trouveront des solutions posturales.

Notre méthodologie ne nous a pas permis de recueillir les éléments nécessaires à une analyse en termes de transaction sociale parce que là n'était pas notre projet initial. Nous en restions à l'outil straussien qui nous permet de décrypter les situations immédiatement observables, celles dans lesquelles est mise en place une négociation. Nous considérons la négociation comme un outil et non comme un résultat. En effet nous avons, dès les premiers jours d'enquête, identifier différents moments de négociations. L'ordre négocié nous est apparu comme l'aboutissement de processus divers entre professionnels. Ce qui nous importait alors n'était pas tant de montrer qu'il y avait des négociations que de chercher ce que celles-ci pouvaient nous révéler des relations entre professionnelles, plus particulièrement dans le cadre d'une recherche sur le « travailler ensemble ».

Nous verrons plus loin que la négociation ouverte existe entre professionnelles à l'extérieur des domiciles et aussi, et peut-être surtout, avec les familles. Mais à l'intérieur des domiciles, dans la vie quotidienne des professionnelles, nous avons plutôt repéré des échanges diffus, informels, aboutissant à des « arrangements », qu'Anselm Strauss nommait des « ententes » (Strauss, 1992a : 107) et Erving Goffman des « *working acceptance* », traduit par « compromis de travail » (traduction de Winkin) ou encore « accord pratique », « accord temporaire », (traduction d'Alain Kihm). Le

« *working acceptance* » désigne une acceptation du comportement d'autrui qui révèle un comportement d'accommodement à une action d'autrui vécue comme un délit envers l'ordre social (Goffman, 1988 : 99-100). Cette notion de délit n'est jamais très loin dans les discours des professionnelles interrogées. Le glissement de tâches, le partage du travail basé sur l'échange ouvrent à des situations qui peuvent dépasser les limites des textes juridiques si l'entente porte sur des gestes que posent les auxiliaires de vie sociale et qu'elles ne devraient pas poser.

Cette manière de travailler ensemble observée entre infirmières libérales et travailleuses du social est une forme particulière de coopération interpersonnelle parmi d'autres. L'hétérogénéité de leurs origines professionnelles et de leurs formations initiales (donc de leurs modèles de pensées) les constitue en un collectif de travail dans lequel ces « arrangements » sont trouvés comme solutions pour rapprocher leurs positions initialement distinctes. Il a été montré qu'il en est autrement dans d'autres milieux professionnels pour lesquels les modèles de pensée sont plus homogènes. Les équipes militaires, par exemple, toutes constituées par des membres possédant le même modèle mental, mobiliseront ce modèle de référence unique lorsque le moment de l'action sera venu, et permettront, par la compréhension partagée de la situation, de mettre en œuvre des coordinations interpersonnelles. Le milieu sportif collectif (handball) a également fait l'objet d'études sur le lien entre modèle de pensée et coordination entre joueurs. Des recherches montrent que les coordinations d'actions reposent sur des formes de partage locales et ponctuelles liées aux modèles de pensée (De Keukelaere *et al.*, 2013).

Les professionnelles de la toilette viennent de divers horizons et leurs différents modèles de pensée ne facilitent pas ce travail de répartition des tâches qui ne peut alors pas être convenu à l'avance, c'est-à-dire antérieurement à la rencontre des professionnelles concernées. C'est dans la situation que les ententes, les accords, les compromis de travail seront trouvés. Et cela peut passer par des accommodements, par l'acceptation de la différence de l'autre. Ce qui est assez remarquable dans ces compromis de travail est qu'ils ne sont que rarement verbalisés : c'est un peu comme une série de tâtonnements mutuels dans lesquels chaque professionnelle pose un geste et évalue la réaction de l'autre professionnelle avant de poser un nouveau geste et d'imposer ainsi sa façon de faire. Nos observations montrent que les professionnelles prennent connaissance des actes des autres, qu'elles en ont pleine conscience mais que jamais (ou très rarement) elles n'en parlent. Elles agiraient dans une sorte de «

simulacre mutuel »¹⁸², ou de « conscience feinte mutuelle »¹⁸³, notion que nous devons à Barney Glaser et Anselm Strauss lorsqu'ils identifient les contextes de conscience des mourants. Parmi les différents contextes de conscience que ces auteurs identifient, celui qui nous intéresse ici serait celui que ces auteurs nomment le « *pretense awareness context* » qui est un contexte de conscience¹⁸⁴ (on pourrait dire de connaissances) dans lequel se trouvent les acteurs (le médecin et le mourant dans le texte de Glaser et Strauss) et où chacun sait ce qu'il en est de la situation (l'un des deux va mourir) tout en faisant semblant de ne pas savoir que l'autre le sait. Dans notre recherche, chaque professionnelle sait qu'il y a un partage des tâches qui, quelquefois, conduit à des situations à la limite du droit censé les encadrer. Chaque acteur a donc connaissance de la situation, mais chacun feint de croire que l'autre ne le sait pas, ce qui permet de ne pas en parler (ni avant pour se mettre d'accord comme chez les militaires, ni après pour analyser ce qui s'est passé au cours de l'action comme chez les handballeuses à l'issue d'un match). Nous avons relevé tout l'implicite présent dans ces situations de toilette. Ne pas parler de la situation permet de ne pas la remettre en question, et autorise ainsi qu'elle s'installe dans le temps. Ce *statu quo* permet aux infirmières de conserver leur autorité¹⁸⁵.

¹⁸² Traduction proposée par Marc-Henry Soulet et Carolyne Grimard, dans Glaser Barney G., Strauss Anselm L., 2016.

¹⁸³ Traduction proposée par Henri Peretz dans Strauss, 1992 : 114

¹⁸⁴ La traduction d'*awareness context* comme « contexte de conscience » est commune à différents traducteurs (Baszanger, Peretz, Grimard, Ouevray et Soulet). Nous reprenons ici cette traduction. Mais dans le cadre de l'application de ce concept à nos données, nous rejoignons les trois derniers traducteurs qui pensent que *awareness context* pourrait être traduit par « contexte de connaissance » compte tenu de la gestion d'information qui accompagne certains contextes de conscience (Glaser et Strauss, 2014 : 14).

¹⁸⁵ Les résultats de notre recherche portant sur le partage basé sur l'échange ont été présentés à des professionnels sanitaires et sociaux réunis dans une même salle, dans le cadre d'une réflexion menée par une MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) sur la coordination entre travailleurs de secteurs différents. Les réactions dans la salle ont été vives, les professionnelles de santé nous rappelant les textes de lois limitant les échanges avec le secteur des travailleurs sociaux, insistant sur le fait que toute activité de soins était encadrée par des textes bien précis qui ne permettaient pas de faire « n'importe quoi » et surtout pas de faire faire à d'autres des tâches qui leur incombait à elles. Cet élan critique a duré jusqu'à ce qu'interviennent, à leur tour, des professionnelles du secteur social rappelant à leurs collègues professionnelles de santé (infirmières, cadres de santé) que leur quotidien était, comme nous l'expliquions dans notre présentation, fait d'arrangements entre eux tous, et que si plusieurs facteurs intervenaient dans le fait que les professionnelles de santé n'assuraient pas toujours tous les soins qu'elles devaient assurer, le résultat était que les travailleuses du social devaient, *in fine*, poser des actes qui ne relevaient pas toujours de leurs compétences. En présentant nos résultats en réunion, nous exposions, dans une arène publique, le « simulacre mutuel ». nous attribuons la réaction des professionnelles de santé au fait qu'elles ont l'habitude de taire cet état de fait. Les travailleurs du social présents dans la salle n'étaient pas des travailleurs de « terrain », il s'agissait de personnes responsables de secteurs ou responsables de services sociaux. Leur réaction de franchise, d'absence de feinte a sans doute à voir avec le fait que ce ne sont pas elles qui tous les jours feignent. Elles ne sont pas prises de façon quotidienne dans les interactions entre deux ou plusieurs acteurs qui vont former le contexte de conscience, mais au moment de cette réunion, elles n'en expriment pas moins l'enjeu, qui est une condition contextuelle (Glaser et Strauss, 2014 : 37) qui les concerne directement en tant que responsables d'équipes : la distribution du travail au sein de leurs équipes.

De cette analyse sur le renforcement de l'autorité infirmière, nous tirons trois conclusions en matière de professionnalité et d'épreuve de professionnalité.

La première est que dans la situation de toilette qui met les infirmières face à d'autres professionnelles, celles-ci opèrent un double mouvement d'ouverture et de fermeture. Elles s'ouvrent lorsqu'elles abandonnent le modèle holistique infirmier au profit d'une prise en considération plus large de la situation de la personne, c'est-à-dire en tenant compte de son entourage, notamment professionnel. Cette ouverture leur permet de conserver une autorité sur les professionnelles du social. Mais en même temps, elles sont capables de rester campées sur leur position donnée par le modèle biomédical qui leur assure une forme d'autorité. Le fait de jongler entre ces deux postures établit que travailler avec des professionnels aux profils variés éprouve la professionnalité des infirmières libérales : pour continuer à exercer une autorité nécessaire à la poursuite de l'autodétermination de leur activité, elles devront tenir compte d'un environnement qui est plus large que leur métier et l'organisation de leur cabinet.

La deuxième conclusion est que la toilette est une monnaie d'échange qui permet un travail partagé. Le partage est à prendre ici dans le triple sens de « partage de quelque chose », « avec quelqu'un » mais aussi de « prendre part ». Le partage du travail autour de la toilette est une forme de « travailler ensemble » qui illustre une recomposition de la professionnalité.

La troisième conclusion est que l'autorité des infirmières est renforcée par le résultat de négociations implicites entre les professionnelles qui sont capables de trouver des arrangements sans en discuter ouvertement ; l'absence de discussions agit alors comme une non-remise en question de l'autorité, autorisant par conséquent son maintien.

6.6 L'abandon des modèles idéologiques ou comment ajuster son autorité

Nous avons montré que, dans le cadre de la toilette, les infirmières jonglent avec des arguments relevant de l'un ou l'autre des modèles idéologiques pour maintenir une relation d'autorité sur les autres professionnelles : aides-soignantes et travailleuses du social. Nous avons également montré que cette relation d'autorité se maintient en considérant les professionnelles du secteur social comme des partenaires d'un travail

partagé (voire échangé) et pas seulement comme des concurrentes dont il faudrait se protéger en les contenant sur leurs territoires professionnels. Mais, face à d'autres acteurs que ceux cités ci-dessus, cette relation d'autorité peut s'émousser parce que ce qui importe les infirmières dans certaines situations n'est pas de maintenir une relation d'autorité mais de maintenir un lien avec ces acteurs. Le recours aux modèles idéologiques pour prendre des décisions et justifier leurs actes est abandonné. Les décisions se prennent en dehors d'elles.

Après avoir présenté comment les infirmières libérales s'y prennent (en théorie) pour prescrire les toilettes selon ce qu'en disent les textes de lois, et selon leurs propres discours (6.6.1), nous exposerons des cas observés dans lesquels les locus d'expertise et de décisions en matière de prescription de toilette ne se trouvent pas chez les infirmières libérales, mais chez d'autres professionnels ou chez les personnes qualifiées de dépendantes (6.6.2).

6.6.1 Les infirmières libérales prescrivent des toilettes après une analyse de la situation.

Nous l'avons déjà dit, les toilettes peuvent être effectuées par trois types de personnel : soit du personnel social (l'auxiliaire de vie sociale ou l'aide à domicile), soit du personnel dépendant d'un service médico-social (l'aide-soignante), soit encore par les infirmières libérales elles-mêmes. Il revient à l'infirmière libérale de prescrire qui fera la toilette considérée. Cela relève de son rôle propre.

Pour les aider dans leur prise de décision de prescription de toilettes, les infirmières libérales disposent d'un outil déjà évoqué, la Démarche de Soins Infirmiers (DSI). Ce document organise le recueil d'informations concernant une personne, afin de permettre l'analyse de sa situation et de prescrire la prise en charge la plus adaptée (voir Annexe 5). Le scénario paraît simple : le médecin, averti de la situation de perte d'autonomie d'une personne prescrit une DSI¹⁸⁶. L'infirmière, informée de la prescription médicale, se rend au domicile du patient afin de recueillir les informations nécessaires à l'analyse de la situation, et de prescrire à son tour quelle professionnelle interviendra (du secteur sanitaire ou social), pour quel type d'acte, avec quel volume horaire et à quelle fréquence. Le recueil de données examine les différentes dimensions de l'être humain considérées dans le modèle holistique. L'expertise infirmière est censée être centrée sur la personne. Cette démarche de soins infirmiers est de type algorithmique dans le sens où elle obéit à une procédure.

¹⁸⁶ DSI : Démarche de Soins Infirmiers

Lors des entretiens, les infirmières libérales nous présentent une typologie des toilettes qu'elles classent selon une graduation. D'une part, il existe « les petits soins », toilette relevant du soin d'hygiène quotidien, tel qu'il s'impose (dans notre culture) à chacun d'entre nous. L'aide, par des professionnelles, à une telle toilette pallie l'incapacité de la personne considérée à effectuer elle-même ces actes. D'autre part, sont décrits des soins plus importants, nécessitant une connaissance des processus évolutifs de dégradation de l'intégrité cutanée, qui s'appliquent aux personnes présentant ce risque, notamment lorsqu'il y a un alitement prolongé, souvent accompagné d'incontinence. Les infirmières peuvent décider d'effectuer les deux types de soins. Elles expliquent que l'analyse de la situation au sens large, c'est-à-dire tenant compte de l'environnement familial et professionnel de la personne, va présider au choix de conserver ou de déléguer les « petits soins ». En effet, ce n'est pas tant l'acte en lui-même que l'ensemble de la situation dans laquelle se trouve la personne qualifiée de dépendante qui orienterait la décision infirmière de conserver ou de déléguer ces toilettes : « *(l'infirmière décide) en fonction de la personne et du monde qu'il y a autour* » (Sabine, infirmière à Campagne).

Ainsi, les infirmières conserveraient les « petits soins » de toilette lorsqu'il n'y a pas d'autre intervention professionnelle par ailleurs. Elles interviendraient alors en complément d'une famille qui serait présente au point d'assurer le reste des actes de la vie quotidienne : ménage, repas, relations sociales, ...

« Le domicile c'est toujours possible, mais il ne faut pas que l'infirmière pallie au manque familial. » (Pauline, infirmière Campagne)

« Le maintien à domicile, c'est extra quand la famille est présente » (Huguette, infirmière Ville Est)

Si la famille est absente, et qu'une auxiliaire de vie sociale intervient dans le domicile considéré pour effectuer du ménage, ou une préparation de repas, les infirmières disent déléguer les actes de toilette au profit de ces auxiliaires de vie sociale.

Pour les soins les plus « lourds », c'est-à-dire ceux comprenant souvent une mobilisation de la personne, et durant lesquels s'évaluent l'évolution du patient et les risques d'aggravation (modèle biomédical), les infirmières interviennent. Le terme de patient est ici repris par les infirmières qui soulignent qu'elles se placent ainsi dans le registre médical lorsqu'elles parlent de ces personnes. Pour effectuer ce type de soins, elles recherchent alors à être secondées dans cette tâche, c'est-à-dire qu'elles organisent leur passage au domicile de façon à effectuer leurs soins en présence et avec l'aide d'aides à domicile.

Le tableau croisé ci-dessous indique quelle(s) professionnelle(s) intervien(nen)t en fonction de la « lourdeur » des soins et de la présence ou non d'un environnement familial. En colonnes, les soins apparaissent selon une typologie émiqque des infirmières (petits soins, soins lourds) alors qu'en lignes figurent la présence ou non de la famille dans l'environnement de la personne qualifiée de dépendante.

	« Petits soins »	« Soins lourds »
Famille présente	Infirmière seule	Infirmière aidée par d'autres professionnelles
Famille absente	AVS	Infirmière aidée par d'autres professionnelles

Tableau n° 1 : Les exécutants de la toilette selon la catégorie de soins et la présence de la famille.

Ce tableau a été constitué à partir des énoncés des infirmières, c'est-à-dire de discours qui reprennent l'image de ce que les infirmières pensent faire. Notre recherche montre que dans les faits les infirmières conservent les toilettes (surtout à Campagne), choisissent la fréquence de leur passage en fonction de différents paramètres et surtout que, lorsqu'elles ne font pas la toilette (alors effectuée par des aides-soignantes, surtout à Ville) ou qu'elles la partagent avec une auxiliaire de vie, ce n'est pas elles qui en ont pris la décision mais des personnes extérieures à leur cabinet. Ce décalage entre discours et pratiques permet de saisir les rôles que les infirmières mettent en avant et le sens qu'elles entendent donner à leur travail (Avril *et al.*, 2010 : 62). Par leurs discours, les infirmières montrent qu'elles souhaiteraient apparaître comme des professionnelles analysant des situations et décidant d'une prise en charge adaptée (ce pourquoi a été mis en place la Démarche de Soins Infirmiers) alors que les faits montrent qu'il arrive qu'elles subissent les choix faits par d'autres qu'elles, qu'ils soient professionnels ou non.

6.6.2 Des prescriptions infirmières aliénées aux autres professionnels et aux personnes qualifiées de dépendantes

Dans les situations décrites ci-dessous, les infirmières libérales ne sont pas seules à décider de l'affectation de soins relevant de leur rôle propre : elles subissent la décision d'autres personnes.

6.6.2.1 Mercédès ou la toilette imposée par le personnel hospitalier

Nous prenons pour exemple le cas de Mercédès, 88 ans, pour laquelle les infirmières libérales avaient été appelées par un service hospitalier qui organisait son retour à domicile après une hospitalisation soudaine. Ici, le personnel hospitalier avait évalué que le retour à domicile ne pouvait se faire qu'avec l'aide d'infirmières : les infirmières libérales ne sont pas appelées en tant qu'évaluatrices, mais plutôt comme exécutantes de soins. Dans cette situation, les infirmières libérales feront l'analyse de la situation au moment du retour à son domicile de Mercédès et pourront alors décider de confier les soins à une travailleuse du social. Ce serait sans compter sur les informations données à la famille (frère cohabitant et nièce de Mercédès) par le personnel hospitalier qui, en téléphonant aux infirmières libérales, s'est assuré que celles-ci pourraient s'occuper de Mercédès. Faire une analyse divergente de la situation de Mercédès irait à l'encontre du travail effectué à l'hôpital. Surtout si c'est pour arriver à des conclusions différentes. Donc les infirmières vont accepter de faire ce que l'hôpital décide, et de ne pas faire valoir leurs qualités d'analystes de situations et de prescriptrices. L'enjeu pour les infirmières libérales est de conserver la relation avec Mercédès et sa famille, de ne pas rompre ce lien en leur montrant qu'elles font face à leurs engagements. Même si ces engagements ont été pris avec du personnel hospitalier dont les infirmières libérales disent qu'il fait preuve de « condescendance » à leur égard. Ces remarques vont dans le sens d'Anselm Strauss (1992a : 69) et de son idée de « *segments (professionnels) poursuivant des objectifs divers* ». Il démontre qu'une même profession organisée autour de valeurs communes peut se segmenter selon l'activité ou la conception du travail dans chacun des segments. Le personnel hospitalier a une conception du travail infirmier bâtie sur le modèle biomédical et estime que l'intervention des infirmières libérales (considérées par le personnel hospitalier comme les professionnelles du domicile possédant ce modèle biomédical) est une condition au retour à domicile. Les infirmières libérales acceptent cette vision au nom de la poursuite de la relation qu'elles avaient avec Mercédès et sa famille avant l'hospitalisation, mais aussi au nom de la poursuite de relations apaisées avec l'institution hospitalière.

L'autonomie décisionnelle des infirmières libérales en matière de prescription de toilette est contrainte par le but qu'elles donnent à leur travail : conserver les liens avec les personnes dont elles s'occupent et avec le personnel hospitalier.

Les infirmières libérales s'inscrivent alors dans un dispositif de contrôle hétéronome, mis en place par le personnel hospitalier et porté de façon implicite par la famille, témoin du relais hôpital-domicile. Il s'agit « *d'une perte d'autonomie dans l'exercice d'une profession, d'un assujettissement aux règles de contrôle* » (Demailly,

2008). Cette perte d'autonomie s'inscrit dans un « travail de diplomatie » tel que le décrivent Christian Laval et Bertrand Ravon (2005 : 246-247) à propos du travail social : l'important est de prendre soin de la relation entre les infirmières libérales et les autres acteurs.

6.6.2.2 Honorine ou la toilette soustraite

Un autre cas illustre l'évolution d'une prise en charge au regard d'une situation qui ne tient pas seulement compte de paramètres médicaux : les infirmières y subissent le choix d'autres personnes. Suite à une fracture de la jambe, puis à un accident vasculaire cérébral, Honorine, 92 ans, va habiter chez sa fille et nécessite des soins infirmiers d'hygiène mais aussi des actes plus techniques, prescrits médicalement. Honorine récupère bien ses aptitudes fonctionnelles et au bout de quelques mois ne nécessite plus qu'une aide à la toilette et à l'habillage. Les infirmières continuent à prodiguer ces soins, même si leurs passages sont moins fréquents et plus rapides que par le passé. Mais un problème d'horaire surgit : les infirmières passent trop tard au goût d'Honorine. Un membre de sa famille travaille dans le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) du secteur, comme aide-soignante. La famille s'adresse alors à ce service pour demander des soins à heures plus régulières. La nouvelle répartition des passages des unes et des autres va ainsi se négocier entre infirmières coordinatrices du SSIAD et infirmières libérales. En effet, les infirmières coordinatrices peuvent accomplir les soins techniques. Il arrive, et c'est ici le cas, qu'elles choisissent de ne pas intervenir sur le plan technique et conservent un passage hebdomadaire des infirmières libérales pour surveiller la tension artérielle. Celles-ci prépareront et adapteront le traitement médicamenteux d'Honorine à la demande de la famille qui souhaite se voir retirer ce travail de gestion. Les SSIAD reçoivent un budget global de la part de l'Assurance Maladie pour le nombre de personnes prises en charge. Les infirmières libérales facturent leurs actes au SSIAD qui ont intérêt à minimiser ce coût. Dans la situation qui nous intéresse, les infirmières coordinatrices imposent aux infirmières libérales de sous-facturer leur passage hebdomadaire par rapport au tarif conventionnel de l'Assurance Maladie (AIS 3 au lieu d'AIS 4, ce qui retire un quart de la valeur monétaire de l'acte posé par les infirmières libérales)¹⁸⁷. Dans le cas d'Honorine, les infirmières libérales sont doublement niées dans leur rôle de prescriptrices : par la famille d'abord, qui fait le choix de qui accomplira les soins d'hygiène. Par les

¹⁸⁷ Les coefficients appliqués à la valeur de la lettre-clé évoluent avec la nature de l'acte, ce qui se traduit par des tarifs différents. AIS 3 : $2,65 \times 3 = 7,95$ €. AIS 4 : $2,65 \times 4 = 10,60$ €.

infirmières coordinatrices du SSIAD ensuite, qui dictent leurs conditions de tarification des actes¹⁸⁸.

Là encore, il y a hétéronomie de la décision. La professionnalité des infirmières libérales sise dans l'autonomie décisionnelle en matière de toilette est atteinte : elles y répondent en ajustant leurs relations professionnelles. Elles acceptent ainsi les conditions imposées de façon à continuer à travailler chez une personne (Honorine), et avec une structure (le SSIAD). Comme dans le cas précédent de Mercédès, leur autonomie décisionnelle est mise en balance avec la poursuite des liens professionnels, au profit de ces derniers.

6.6.2.3 Jean-François ou la toilette partagée

Le troisième cas, celui de Jean-François, illustre que les auxiliaires de vie peuvent également prendre l'initiative d'intervenir sur le terrain de la toilette. Veuf de 98 ans, Jean-François vit seul dans sa maison. Ses filles viennent à tour de rôle passer cinq journées sur sept avec lui. Les infirmières libérales interviennent une fois par semaine pour un soin d'hygiène complet au lavabo. Par ailleurs, une équipe de trois auxiliaires de vie intervient en complément des passages des filles du patient pour l'aide au lever-coucher, l'habillage, l'aide à la prise des repas et l'entretien de la maison. C'est dans le cadre de ses interventions que Nina, auxiliaire de vie, décide un jour, « *de (sa) propre initiative* », de faire de « *l'aide à la toilette* », c'est à dire qu'elle rasera Jean-François chaque jour qu'elle interviendra chez lui car elle a jugé que le soin d'hygiène infirmier hebdomadaire n'était pas suffisant et que le rasage de Jean-François rendrait à celui-ci un peu de sa dignité. Dans cette situation, le fait d'entrer à domicile pour une tâche (ici ménagère) est une porte ouverte à une évolution du programme professionnel, selon des nouveaux besoins (ici d'aide sur la personne) identifiés par Nina. En tant qu'auxiliaire de vie sociale, celle-ci est tout à fait autorisée à proposer une aide à la toilette. Sa proposition est née de la pratique quotidienne, d'un besoin qu'elle a identifié comme tel et l'aide à la toilette ne lui a pas été prescrite par l'infirmière. Peu d'auxiliaires de vie sociale prennent des initiatives sans en référer d'abord aux infirmières. Il est à souligner que Nina, au moment de notre enquête, est en train d'effectuer les démarches pour une validation des acquis de l'expérience car elle souhaite se diriger vers le métier d'aide-

¹⁸⁸ Comme une instruction ministérielle de 2013 leur en donne la possibilité : Instruction de Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé, à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé, instruction N° DGCS/3A/5C/DSS/1A/2013/30 du 23 janvier 2013 relative à l'opposabilité aux SSIAD des mesures de l'avenant n°3 de la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux.

soignante. Son attitude illustre une forme de socialisation anticipatrice : en prenant des initiatives, elle opère un rapprochement avec les infirmières. Les infirmières libérales ont accepté l'initiative de Nina. En fait, les infirmières libérales interrogées connaissent assez mal les qualifications qui correspondent aux diplômes des travailleuses du social (auxiliaire de vie sociale, aide à domicile). Elles ne savent pas précisément leurs prérogatives et elles font plus confiance à la personne (qui se cache derrière une identité professionnelle) qu'à la professionnelle.

Par ailleurs, Jean-François habite dans un hameau qui se situe à l'extrémité du territoire couvert par les infirmières. Se rendre chez Jean-François leur prend du temps. Donc si une autre personne qu'elles peut faire les soins nécessaires, les infirmières peuvent s'en trouver soulagées. Elles tiennent à conserver le soin hebdomadaire car il permet une surveillance clinique mais elles savent qu'en matière d'hygiène, une toilette hebdomadaire au lavabo sera bientôt insuffisante. En acceptant l'initiative de Nina, elles savent aussi que s'ouvre la porte à un éventuel partage du *sale boulot* qui pourra les soulager le moment venu.

En acceptant de laisser à l'auxiliaire de vie sociale le rôle de donner la limite à sa propre participation, donc en acceptant de partager la décision, de perdre un peu de leur autonomie décisionnelle, les infirmières libérales font un travail d'ajustement de leur autorité qui leur assure, de façon implicite, le jeu de partenaires potentielles selon le « principe de réciprocité différée » décrit par Florence Weber dans le cadre de relations extra-professionnelles (1989 : 74) mais qui trouve ici, dans un cadre professionnel, toute sa place.

Deux autres cas montrent que les personnes qualifiées de dépendantes peuvent décider elles-mêmes et insister pour que ce soit une infirmière qui vienne procéder à leur toilette. Examinons ces deux cas :

6.6.2.4 Ingrid ou la toilette prolongée

Ingrid, femme mariée de 50 ans, mère de deux filles de 8 et 14 ans, a fait une rupture d'anévrisme cérébral, et a gardé comme séquelle une hémiparésie dont elle récupère progressivement. Elle vit à son domicile, qui a été aménagé pour permettre la déambulation d'un fauteuil roulant. Suite à son accident, elle a été prise en charge par un cabinet infirmier libéral qui n'a pas voulu poursuivre les soins dans la durée en raison de leur « lourdeur ». Cette attitude souligne le fait que les cabinets se dotent

d'une limite qui prend des expressions différentes : rationner le nombre de toilettes, ne pas consacrer plus d'un temps convenu sur les toilettes de la journée, éviter la pénibilité physique liée au soin ou à l'environnement matériel ... Nous avons rencontré les infirmières du cabinet Ville Centre qui n'acceptent pas de dépasser la limite de deux toilettes par jour au motif que ce sont des soins ennuyeux, et difficiles parce que les deux personnes dont elles assurent la toilette au moment de l'enquête sont des personnes avec lesquelles la communication verbale est interrompue. Cette limite (de deux toilettes par jour) a pu s'établir au sein de ce cabinet (Ville Centre) en raison d'une collaboration avec un SSIAD¹⁸⁹ dont les aides-soignantes salariées assurent les soins de toilette. Pour en revenir à Ingrid, c'est un SSIAD qui cette fois, a demandé au cabinet de Ville Nord de s'occuper d'elle car le système de forfait assurant leur financement ne leur permettait pas de prendre en charge la liste des soins nécessaires chez Ingrid et le temps passé chez elle¹⁹⁰. Donc une assistante sociale a demandé au cabinet de Sheila d'intervenir : ce qu'elle et son équipe ont accepté. La politique de ce cabinet est d'accroître l'activité et de prendre des remplaçantes pour aider dans cette croissance de l'activité. Si nous conservons cet exemple dans la partie consacrée aux demandes des patients, c'est qu'au moment de l'enquête, Ingrid a énormément récupéré ses aptitudes fonctionnelles (par rapport au moment où l'assistante sociale avait demandé l'intervention du cabinet de Sheila, comme chez Mercédès) et que les infirmières lui ont exprimé leur idée d'arrêter les soins chez elle (elles ne font plus qu'« une toilette, vraiment minime »¹⁹¹) et de la laisser faire sa toilette seule. Mais Ingrid refuse au nom qu'elle est aujourd'hui dans cet état de récupération grâce à l'action des infirmières de ce groupe et qu'elle souhaite poursuivre avec elles jusqu'à ce qu'elle n'ait plus besoin de personne. Elle ne se sent pas encore prête à tout faire seule. Par ailleurs, les conséquences de l'accident d'Ingrid ont été très difficiles à supporter pour son époux

¹⁸⁹ SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

¹⁹⁰ Le mode de financement par forfait des SSIAD les oblige à jongler entre une entrée d'argent (le forfait) et une sortie (les prestations fournies et facturables). Le volume d'actes infirmiers, et donc le volume financier que ceux-ci représentent est par conséquent un facteur pris en considération dans l'acceptation, la cessation ou le refus d'une prise en charge de soins par les SSIAD. Comme l'ont montré Françoise Cayla *et al.* (1992 : 16) à propos des soins infirmiers à domicile aux personnes âgées : « Les personnes âgées qui présentent une dépendance forte sont plus souvent institutionnalisées quand les soins sont assurés par les SSIDPA [Services de Soins Infirmiers à Domicile pour Personnes Âgées]. Les décès interviennent plus fréquemment au domicile dans la cohorte libérale et inversement à l'hôpital pour les malades pris en charge en SSIDPA. » Lorsqu'une situation de dépendance entraîne trop de frais, les SSIAD se retirent. Ce que vérifie l'analyse des logiques professionnelles de la même étude : « les services [SSIDPA], pour répondre à l'accroissement de la dépendance de leur clientèle, sont de ce fait amenés à compenser les cas lourds par des cas légers. Lorsque leur quota de cas lourds est dépassé, un certain nombre d'infirmiers font état d'un transfert de malades dans le secteur libéral, dont le mode de financement (à l'acte) est plus souple et peut mieux s'adapter à l'accroissement des charges en travail. » (Page 21). Ce qui est vrai pour les personnes âgées étudiées par Françoise Cayla *et al.* se vérifie dans le cas d'Ingrid.

¹⁹¹ Dixit Sheila et c'est ce que nous avons effectivement observé au moment de l'enquête.

qui est rassuré que les infirmières passent tous les jours, ne serait-ce que pour s'occuper de la préparation et la gestion des médicaments. Au moment de l'enquête, une discussion s'était instaurée entre Ingrid et les infirmières à propos d'un retrait progressif des infirmières, remplacées par des interventions d'une auxiliaire de vie sociale, mais aucune décision n'avait été prise en fin d'enquête sur ce terrain. Sheila trouve d'ailleurs plusieurs arguments pour poursuivre son activité chez Ingrid : les passages permettent de donner un cadre, des repères temporels, mais aussi rassure la famille.

L'infirmière Sheila justifie la poursuite des soins par un discours qui mobilise le modèle holistique puisqu'il considère l'environnement de vie d'Ingrid. Mais elle ne mobilise ce modèle qu'en réaction à la demande d'Ingrid qui insiste pour conserver ces soins infirmiers. Le recours au seul modèle biomédical fait envisager à Sheila de suspendre les soins de toilette et de conserver la gestion et la distribution du traitement médicamenteux.

Sheila (et les infirmières de son cabinet) prend la décision de ... ne pas prendre de décision péremptoire et de tenir compte de la demande d'Ingrid. Elles acceptent d'obtempérer à cette demande pour ne pas rompre la relation à Ingrid.

Cet exemple nous enseigne que l'hétéronomie de la décision de toilette peut venir de la personne bénéficiaire elle-même plutôt que d'autres professionnelles. Nous sommes dans la « dépendance au patient », patient qui peut créer et contrôler l'interaction (Freidson, 1984) ou décider de ne pas la poursuivre (Bloy, 2008).

Dans cet exemple, le modèle holistique n'est mobilisé que dans un deuxième temps, pour justifier une décision qui s'est prise ailleurs que dans le cabinet infirmier.

6.6.2.5 Melle Baptiste ou la toilette imposée aux infirmières par la personne qualifiée de dépendante

Melle Baptiste, 28 ans, vit en couple avec un homme qui travaille à temps plein. Ils ont fait construire un pavillon de façon à ce qu'elle puisse s'y déplacer en fauteuil plus facilement que dans un appartement, car elle est porteuse depuis sa naissance d'une pathologie qui l'invalide au niveau des articulations et elle ne peut marcher que quelques pas. Elle divise son temps entre les soins le matin (toilette faite par les infirmières à son domicile, kinésithérapie au cabinet de celui-ci), et une activité professionnelle de secrétaire médicale les après-midi. Elle pratique le foot-fauteuil en compétition. Après différentes expériences avec des associations gérant du personnel d'aide à domicile, et n'étant pas satisfaite par le nombre d'intervenants imposé (« je

pouvais avoir jusqu'à cinq personnes différentes dans la même semaine » nous dira Melle Baptiste), elle a choisi d'employer des personnes de gré à gré. Elle fait elle-même son « casting », et salarie actuellement deux étudiantes et une AVS¹⁹² rencontrée dans une association et avec qui la relation a été si bonne que Melle Baptiste lui a demandé de travailler pour elle en plus de son temps d'emploi à l'association. Cette aide humaine participe au ménage de son foyer, à son ravitaillement, l'aide dans ses démarches administratives et à se rhabiller après un passage aux toilettes (seule intervention de l'AVS sur le corps de Melle Baptiste).

Pour Melle Baptiste, le choix de demander aux infirmières de faire ses toilettes plutôt qu'aux auxiliaires de vie sociale est motivé par trois raisons :

- la première est financière : en demandant à des infirmières de faire la toilette, intégralement assumée par l'assurance maladie, Melle Baptiste peut profiter des heures d'aides à domicile ou d'auxiliaires de vie pour d'autres tâches,

- la seconde raison est son rapport au corps et à la maladie. Avoir des infirmières lui permet de conserver un contact permanent avec la sphère sanitaire (elle habite loin de chez son médecin qui est celui qu'elle avait enfant, et qui réside dans un département voisin). Elle a donc peu de contacts avec la sphère médicale, si ce n'est par les infirmières et son kinésithérapeute :

« j'ai des fois des rougeurs, des petits boutons qui peuvent s'infecter, et elles (les infirmières) peuvent aussi prévenir les escarres. Je n'en ai jamais eu, mais quand même. » (Melle Baptiste)

- la troisième raison est du registre de la confiance accordée aux infirmières au détriment des auxiliaires de vie sociale. Cette confiance lui donne un sentiment de sécurité, à elle et à son entourage :

« (...) mais aussi parce que les AVS n'ont pas les précautions que prennent les infirmières, je suis plus sécurisée, elles font plus attention de sécuriser le sol après la douche »

Plus loin dans l'entretien :

« Et puis ça rassure pas mal ma mère et mon médecin, et c'est important pour moi, ça compte. »

¹⁹² AVS : Auxiliaire de vie sociale

A l'inverse d'Ingrid, Melle Baptiste n'est pas dans la négociation. Elle impose son choix, et l'argumente.

La question se pose de savoir pourquoi le choix de Melle Baptiste est accepté par les infirmières libérales. La réponse réside dans la recherche de la diversité des activités de soins effectués par les infirmières de ce cabinet. Si d'autres cabinets (comme Cabinet Ville Centre) se donnent comme ligne de conduite de ne pas faire plus de deux toilettes par jour, le cabinet qui intervient chez Melle Baptiste avait auparavant une patientèle essentiellement constituée de personnes porteuses de pathologies psychiatriques pour lesquelles le soin consiste en la distribution de traitement médicamenteux et en une relation d'aide, et après un renouvellement des membres de ce cabinet, le but est maintenant pour eux de varier la nature des soins. De plus, ce cabinet a été repris par un infirmier (homme) qui donne la ligne de conduite à l'ensemble de son équipe. Il organise et redistribue le travail sur ses collègues. Ce cabinet est de type « *entrepreneurial, (reposant) sur un pouvoir hiérarchique et centralisé* » (Douguet et Vilbrod, 2007 : 140). C'est ce seul infirmier de son cabinet qui procède au choix des soins en conservant en permanence la ligne téléphonique. Or :

« Les « toilettes » ou « soins d'hygiène » renvoient plutôt, dans les représentations communes, au féminin, et seraient en quelque sorte, « le plus féminin d'un métier féminin ». En fait, ce n'est pas le cas puisque les hommes ne rechignent pas à effectuer des soins d'hygiène. Plus que les femmes, ils se retrouvent dans l'« effet offre » et dans une aspiration à atteindre un certain revenu » (Vilbrod, 2012 : 226).

La demande de Melle Baptiste correspond à l'offre de ce cabinet.

L'argument de Melle Baptiste sur la nécessité qu'un œil infirmier se penche sur ses boutons et ses risques d'escarres relève plus de son besoin d'être rassurée que d'un réel risque, aux dires de l'infirmier interrogé : celui-ci convient du fait que le soin qu'il effectue pourrait techniquement être effectué par des auxiliaires de vie sociale. Reste la dimension de la confiance placée dans un type de professionnels plutôt que dans un autre. Les infirmiers de ce cabinet pourraient tenir compte de ce besoin de mademoiselle Baptiste d'être rassurée lors de la conception de la démarche de soins infirmiers et ils pourraient faire valoir ce besoin pour justifier leurs passages. On peut imaginer que dans cette situation, le risque d'altération cutanée étant minime, les infirmiers auraient proposé un passage hebdomadaire, avec une toilette quotidienne faite par des auxiliaires de vie sociale. Or l'analyse de la situation n'est pas effectuée par les infirmiers mais par Melle Baptiste elle-même qui juge que son état nécessite une intervention infirmière quotidienne. Les infirmiers ont cédé à cette demande sans

négociation puisque qu'elle correspondait à ce qu'eux-mêmes recherchent (des soins techniques quotidiens)¹⁹³.

Ce dernier exemple montre la rencontre entre une hétéronomie de la décision et les intérêts du cabinet infirmier pensé comme une entreprise. Il s'agit pour l'infirmier de ce cabinet centralisant les décisions d'accepter une décision extérieure parce qu'elle permet de consolider un lien de clientèle pour un cabinet justement en train de constituer sa clientèle.

Dans ces cinq exemples, ce n'est ni le modèle biomédical ni le modèle holistique qui est mobilisé par les infirmières puisque la décision ne leur appartient pas (le modèle holistique n'a été mobilisé qu'une seule fois, chez Ingrid, et de plus pour argumenter *a posteriori* la poursuite d'une prise en charge remise en question par les infirmières elles-mêmes). Les infirmières répondent à des demandes nées d'expertises faites par d'autres, à l'extérieur de leur cabinet infirmier. Elles acceptent l'hétéronomie de la décision et ajustent leur relation, de soins ou d'autorité. Ces exemples illustrent que leur volonté de poursuivre la relation gouverne leur attitude et leur impose ce travail d'ajustement. Nous proposons d'examiner ce travail d'ajustement exercé par les infirmières libérales (6.7) avant de voir en quoi il participe d'une conception de la Dépendance que nous avons qualifiée de « situationnelle » (6.8).

6.7 Du travail d'ajustement

6.7.1 Ajustement, adaptation ou arbitrage

Pour décrire et analyser ce processus de reconsidération des postures professionnelles, nous parlerons d'« ajustement ». Le choix de ce terme est motivé par le fait qu'il comporte l'idée de conciliation ou d'entente (ce qui nous intéresse d'étudier ici). Il comprend également l'idée du degré d'ajustement (comme dans le degré de serrage) : il peut être objectivé. Il est préféré au terme « adaptation » qui restreint l'acteur à un rôle de répondant (à un stimulus) quand « ajustement » laisse entendre que l'acteur peut être le protagoniste d'une nouvelle situation. De la même façon, le terme «

¹⁹³ Dans ces deux dernières situations, Ingrid et Melle Baptiste sont jeunes (dans le sens où elles ont moins de 60 ans, elles ne relèvent pas d'une prise en charge par l'APA). Elles sont toutes deux en situation de handicap. La question de savoir si ce facteur (personnes de plus de 60 ans, ou personnes en situation de handicap âgées de moins de 60 ans) est à considérer dans la posture des infirmières face à qui prend la décision.

arbitrage » est écarté car d'une part, ce vocable véhicule l'idée du libre arbitre et de la seule volonté, d'autre part, il ne contient pas l'idée d'actes posés ultérieurement à la décision prise comme le fait le mot « ajustement » et comme le font les professionnelles observées. Les actes et les postures des professionnelles sont à la fois des données observées par ces professionnelles et des réactions à l'analyse qu'elles font de la situation (après ajustement).

6.7.2 L'ajustement relationnel : un ajustement de postures ou un ajustement de rapports sociaux ?

Les cinq cas développés précédemment (Mercédès, Jean-François, Honorine, Ingrid et Melle Baptiste) illustrent comment la Démarche de Soins Infirmiers, cet outil qui doit permettre de rationaliser la prise en charge, n'évite pas à des infirmières libérales de se laisser déposséder de leur expertise. Elles ne décident pas seules de tout. Elles sont prises dans un environnement (évolution de l'état de la personne, les autres professionnelles, les familles, ...) qui les contraint puisqu'elles acceptent les décisions des autres. Elles acceptent donc d'ajuster leur posture et leurs relations avec les autres professionnels, comme avec les personnes qualifiées de dépendantes. Elles opèrent ce que nous avons nommé par ailleurs un ajustement relationnel : elles ajustent leur posture, leur comportement, en fonction des relations qu'elles souhaitent nourrir (Feyfant, 2014). Le fait d'accepter la décision des autres pose la question des termes utilisés : doit-on parler d'ajustement relationnel ou d'ajustement de rapports sociaux, ces derniers contenant en eux la dissymétrie de la relation et la notion de pouvoir. Puisque ce sont bien des relations de pouvoir décisionnel qui se jouent dans ces situations. Mais si nous persistons dans l'usage du terme « ajustement relationnel », c'est parce que les infirmières libérales acceptent d'être destituées de leur rôle de prescriptrices, donc d'une forme de pouvoir lié à leur expertise, au nom de la poursuite de la relation qu'elles envisagent avec ces différents partenaires : hôpital, familles, service de soins infirmiers à domicile, auxiliaires de vie, personnes qualifiées de dépendantes. Il ne s'agit pas d'une relation de pouvoir car elle n'est ni unilatérale ni figée. La preuve en est qu'à d'autres moments, les infirmières, parce qu'elles auront accepté les conditions imposées, pourront à leur tour demander voire imposer : faire pression sur le SSIAD pour être soulagées dans une situation devenue trop difficile pour elles, demander aux auxiliaires de vie sociale des services qui sortent de leurs attributions, ... dans un jeu de négociations quelquefois tacites, comme dans les échanges de *sale boulot* décrit précédemment. L'ajustement relationnel est un

« processus d'évitement¹⁹⁴ » en ce qu'il possède une dimension longitudinale qui le fait intervenir quelquefois en amont du problème (Corbin et Strauss, 1993 : 73). L'ajustement relationnel anticipe le problème (le problème serait ici la rupture du lien). Cette démarche propitiatoire est intégrée au travail infirmier libéral qui devient, à l'instar du travail social, un travail diplomatique dans lequel ce qui importe est de ne pas arriver à la rupture du lien (Laval et Ravon, 2005 : 247). L'ajustement s'inscrit dans ce travail de diplomatie.

En guise de conclusion, nous pourrions dire que l'infirmière libérale est seule à décider tant que personne ne contrevient. Sinon, elle ajuste sa posture, notamment décisionnelle, en tenant compte des demandes extérieures, voire elle obtempère aux décisions prises par d'autres qu'elle. Son autonomie décisionnelle se trouve contrainte par l'objectif qu'elle a, dans le contexte des soins infirmiers libéraux auprès des personnes qualifiées de dépendantes, de « tenir la relation » avec ses différents interlocuteurs, de se maintenir dans un tissu relationnel.

En observant et analysant les infirmières libérales dans leur travail, d'autres ajustements apparaissent. Les infirmières libérales prises dans une action opèrent ce travail d'ajustement lorsque leurs normes professionnelles entrent en tension avec les cadres juridique et éthique de leur pratique. Ce travail d'ajustement est d'autant plus visible dans l'espace privé qu'est le domicile que ces cadres, juridique et éthique, ont été appris et construits en milieu hospitalier. Les situations rencontrées dans le cadre de l'exercice infirmier libéral à domicile sont l'illustration qu'il existe une réalité quotidienne qui amène les professionnelles à reconsidérer leur posture, leurs actes, voire leurs idées. Nous distinguons un ajustement juridique et un ajustement moral.

6.7.3 L'ajustement juridique

L'ensemble des professionnelles intervenant au domicile obéissent à des textes qui ont valeur juridique. Pour les infirmières libérales, il s'agit de textes relevant du Code de Santé Publique et du Code de la Sécurité Sociale. Mais dans leurs discours, les infirmières libérales ne font pas référence à ces textes qui régissent leurs activités lorsqu'elles justifient leurs actes. Ni implicitement, ni explicitement : elles s'appuient préférentiellement sur l'analyse de la situation dans laquelle elles se trouvent.

¹⁹⁴ Il s'agit de notre traduction de « *process of working things out* » que nous avons pu traduire ailleurs par « résolution de problème ». Mais cet idiotisme contient une notion de potentialité du problème à résoudre et des moyens mis en œuvre pour l'éviter. C'est pourquoi nous préférons le traduire ici par « processus d'évitement ».

Nous observons que lorsqu'une infirmière juge nécessaire un nouvel acte (pose d'une perfusion chez un patient déshydraté par exemple), le simple fait qu'elle dise qu'il faut réhydrater le patient et que la perfusion sous-cutanée est la bonne solution pour lui, suffit au patient et à la famille pour accepter cette décision. Et ce, en l'absence même de prescription médicale. Dans cette situation, la confiance concédée à l'infirmière par la famille et le patient, ainsi que le crédit accordé à son « expertise » professionnelle, ont permis à celle-ci d'outrepasser son rôle d'exécutante de prescription médicale en matière de pose de perfusion. L'ajustement juridique qu'opère alors l'infirmière est argumenté par des éléments en lien direct avec la situation : éléments biocliniques (elle pense que la résistance cardiaque de cette personne ne lui permet pas d'absorber le litre d'eau que le médecin prescrit quelquefois), mais également éléments socio-culturels tels que les habitudes de vie de cette personne (“il boit deux verres par jour”). Le jugement infirmier est fondé sur la conviction qu'a l'infirmière de mieux connaître le patient que le médecin ne le connaît. À aucun moment l'infirmière ne s'explique spontanément sur le fait qu'elle a posé un acte qu'elle n'avait pas le droit de poser. Interrogée sur ce fait, elle explique sa décision par le fait qu'elle connaît les interlocuteurs de cette situation (ce patient, cette famille, ce médecin) et sait qu'elle peut s'autoriser ces écarts, dans cette situation-là. Elle ne fait pas référence aux textes de loi qu'elle outrepassa, ni aux évolutions de son activité professionnelle qui ont fait que, « *de simples exécutantes de soins prescrits par les médecins, (les infirmières) sont devenues des professionnelles exerçant un jugement et identifiant de façon autonome les soins infirmiers à mettre en œuvre* » (Acker, 1997 : 67). Elle aurait pu convoquer cet argument pour revendiquer un droit. Mais en fait, son seul argument est celui d'avoir une meilleure connaissance de la personne et de ses limites que le médecin, et de savoir que dans cette situation, elle pouvait outrepasser son rôle. Sa posture est dictée par l'analyse qu'elle fait de la situation et des possibles qu'elle y voit. Elle pratique alors une forme d'autonomie par inférence (Abbott, 1988)¹⁹⁵. Avec des réactions différentes, les inspecteurs du travail décrits par Nicolas Dodier (1979) procèdent à un travail d'accommodation de la réglementation en matière de sécurité, en « *contestant et en adaptant la réglementation en fonction des cas* ». Ici, les infirmières ne contestent pas la réglementation, elles ne l'évoquent même pas, mais elles ajustent leur comportement en fonction de données locales, qui feront loi, *hic et nunc*.

Dans l'ajustement juridique, les infirmières libérales ne prennent pas leurs initiatives en se référant à un droit professionnel. Elles évoquent plutôt la singularité de

¹⁹⁵ Nous entendons ici par inférence ce que Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut disent de la notion véhiculée par Andrew Abbot : « L'acte d'inférence » de Abbott (1988) est de formuler une proposition inédite et sur-mesure à partir d'un diagnostic » (Bloch et Hénaut, 2014 : 220)

chaque situation (la connaissance approfondie de la personne qualifiée de dépendante, relation de confiance instaurée avec cette personne, le désaccord avec ce médecin, ...), singularité dans laquelle les infirmières s'estiment les plus capables d'intervenir, y compris en s'autorisant à poser des actes non prescrits. Dans une attitude « prudentielle¹⁹⁶ », elles s'appuient alors sur leur expertise pour légitimer leurs actes (Champy, 2012a : 89).

6.7.4 L'ajustement moral

Les relations de soins ont toutes une « dimension morale très forte, elles s'inscrivent dans un rapport de dépendance et d'obligations mutuelles, en fonction d'intentions ou de finalités, (...) et du lien qui les constituent » (Gagnon et Saillant, 2001 : 10). Par ailleurs, la littérature professionnelle produite par les infirmières fait référence à des valeurs d'humanisme, dans le sens de l'être humain placé comme sujet, au centre de ses intérêts. Le sujet est considéré comme une valeur en soi, inaliénable. Il serait porteur de capacités à développer les virtualités contenues en lui. Dans le domaine infirmier, cette conception de l'être humain est intégrée aux théories de soins infirmiers. Il existe différentes théories de soins infirmiers qui modélisent les problèmes de santé dans un processus d'identification des besoins, accompagné d'un type de réponses possibles. Ainsi, les considérations éthiques et existentielles se transmuent-elles en théorie sur les besoins de la personne soignée. Les infirmières mettent l'accent sur le fait de « tout savoir du malade, pas de la maladie » (Saliba, 1993). Les infirmières disent soigner, prendre soin, et non traiter : le « care » plutôt que le « cure ». Ces modèles théoriques infirmiers soulignent la place centrale qu'occupe la personne dans la préoccupation infirmière. Dans les théories du « care », l'éthique met également l'accent sur les réponses : la question « qu'est-ce qui est juste ? » devient « comment répondre ? » (Gilligan, 2008). Ces mêmes théories ont pu mettre en évidence le travail à composante affective et relationnelle du care (Laugier, 2011 ; Molinier, 2013). Il a été reproché aux auteurs de cette perspective de ne pas tenir compte de « *l'ambivalence inhérente aux affects mobilisés (...)* » et il leur a été opposé l'argument selon lequel « *il ne faut pas évacuer, dans l'approche qui en est faite, les phénomènes d'indifférence, d'évitement, de maintien à distance, de déconsidération, voire de brutalité et de violence* » (Bouchayer, 2008a : 26). Ces « ratés de la fonction soignante » nous enseigneraient sur les fondements socio-anthropologiques de la relation soignante (*ibidem*). Une ambivalence naît de l'écart entre deux postures : l'une, sorte d'idéal recherché et dicté par des valeurs morales, et l'autre, observée dans les pratiques ou

¹⁹⁶ Au sens aristotélicien

recueillie dans les entretiens. La littérature sociologique a déjà montré que dans le champ de la santé, un travail sur les normes et les valeurs a pour enjeu la régulation des pratiques¹⁹⁷. Cette tension entre normes et pratiques amène les infirmières libérales à procéder à un ajustement moral repérable à trois niveaux : sur la personne soignée elle-même, sur son lieu de vie et enfin sur les règles professionnelles.

La notion de respect de l'être humain est centrale dans les théories infirmières. Or dans les pratiques, nous observons des situations de non-respect. Cela peut prendre la forme d'un non-respect de l'engagement pris envers une personne, par exemple l'heure habituelle de passage n'est pas honorée. Si dans un tel cas l'infirmière ne respecte pas un patient ni l'engagement qu'elle a pris envers lui, c'est au nom du respect qu'elle a porté à un autre, à un autre moment (et qui a pu la mettre en retard, par exemple). Nous avons vu par ailleurs, dans l'exemple des retards de Marie-Pierre que le non-respect des engagements peut être compris et admis par les patients qui adoptent une acceptation propitiatoire de la situation : une autre fois, ce sera peut-être pour rester un peu plus avec eux que Marie-Pierre se mettra en retard¹⁹⁸. Nous avons pu également observer l'absence de prise en considération des habitudes de la personne qualifiée de dépendante en matière d'ordre des séquences, lors d'un soin d'hygiène. La professionnelle doit composer avec ce qu'elle sait des habitudes du patient, de ses desiderata, mais aussi de ce que la situation, à un moment donné, lui permet de faire. Dans le terme de « situation », nous intégrons les contraintes liées au milieu physique mais aussi les données intrinsèques à l'infirmière et à son activité : ses propres habitudes de travail, le temps dont elle estime disposer pour faire ce soin, le moment de cet acte dans l'ensemble de la journée, c'est-à-dire l'ensemble des paramètres qui donnent un caractère contingent à son acte.

À domicile, les lieux sont importants : ils représentent une extension de la personne qui y vit (Juhel, 1998 ; Bouchayer, 2008a). « *Parce qu'elle est chez elle, une personne mène une vie qui ne se résume pas aux soins qu'elle reçoit ni à sa prise en charge, son existence recouvre une part d'inconnu, elle est porteuse de son histoire, elle est insérée dans un groupe familial et un réseau de relations* » (Guichet *et al.*, 2009 : 221). La pratique infirmière quotidienne va dicter quelques aménagements de l'espace afin de rendre les soins possibles. Des équipements médicaux peuvent faire leur apparition (lit médicalisé, cadre de marche). Les objets courants peuvent voir leur

¹⁹⁷ Voir à ce propos les cinq articles de Mebtoul, Boissonat, Junod et Quélier, et Schweyer in *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, ouvrage collectif de 2004 sous la direction de François-Xavier Schweyer, Simone Pennec, Geneviève Cresson, Françoise Bouchayer.

¹⁹⁸ Nous avons même montré par ailleurs (chapitre 4) que la morale de la soignante posée en tant que normes, notamment dans la gestion de son temps de travail, peut amener à des relations privilégiées avec les patients.

destination détournée : une table devient un plan de travail, un placard devient une pharmacie pour matériel encombrant (changes, alèses). Ce réaménagement de l'espace imposera aux professionnelles une négociation de leur volonté de respecter les lieux de vie des personnes. Mais aménager les lieux, c'est permettre aux soins d'être effectués dans les meilleures conditions possibles. Les infirmières qui travaillent à domicile cherchent à respecter les règles professionnelles telles que les règles d'hygiène, en même temps qu'elles admettent que cela n'est pas toujours possible : il y aura donc ambivalence entre respecter le lieu de vie d'une personne et respecter les règles d'hygiène inhérentes à la pratique professionnelle.

Dans l'extrait d'entretien qui suit, Pauline, infirmière à Campagne, répond à nos questions sur le fait que le patient Jean n'ait jamais voulu faire installer l'eau courante dans sa maison, ce qui oblige les infirmières à transporter dans un seau l'eau nécessaire aux soins depuis la maison voisine, celle du neveu de Jean, distante de 20 mètres.

« C'est vrai qu'on l'a pris en charge, il était âgé, tout ça et on a respecté vraiment ça quoi. (...) On a accepté de fait, même si des fois on râlait l'hiver, machin, tout ça, peut-être que des fois le soir, parfois, ouais voilà, on allait moins chercher l'eau, quand il était propre, peut-être ça a limité à ce niveau-là. Bof, je ne pense pas qu'il en ait souffert, donc voilà, ouais, on doit respecter vraiment ça... »
(Pauline, infirmière à Campagne)

Cet exemple illustre un ajustement entre la volonté infirmière de respecter celle du patient et l'éthique du soin. Pauline évoque la situation (les soirs d'hiver) où le soin technique, non nécessaire (le patient était propre), n'a pas été fait. Cet extrait d'entretien permet de mettre en évidence l'articulation entre les trois niveaux d'ajustement moral : la personne et ses volontés, son lieu de vie, les règles professionnelles.

Une question subsiste quant à cette articulation entre trois niveaux d'ajustement moral. En effet, il paraît impossible de prendre du temps avec chacun, de répondre à la demande d'attention de tous et, en même temps, de respecter les horaires de rendez-vous convenus. De la même façon, il semble impossible de ne pas toucher au lieu de vie de la personne au nom du respect de son intégrité, et d'assurer parallèlement des soins dans les conditions d'hygiène optimales. Ces ajustements moraux, par les choix que les infirmières font, nous révèlent une éthique des soins.

Comme les ajustements juridiques et relationnels, les ajustements moraux sont pratiqués en dehors d'un recours aux modèles idéologiques : situation de dépossession de l'expertise, situation de conflit de valeurs ou de connaissances entre professionnels, Les différents ajustements nous montrent comment les infirmières libérales se « débrouillent » pour que les soins puissent se poursuivre, dans ce qu'elles pensent être l'intérêt de la personne qui les reçoit. Mais aussi dans leur propre intérêt, pour qu'elles-

mêmes puissent continuer à travailler avec leurs interlocuteurs. Avec Sophie Divay (2010), comme avec Philippe Bataille et Louise Virole (2013), nous affirmons que la subjectivité des soignants intervient, en situation, dans la façon d'interpréter l'éthique du soin. Si les normes professionnelles sont une première traduction collective de cette éthique du soin (Douguet, 2004), les professionnelles et leurs subjectivités prises dans des interactions traduisent à leur tour ces normes en pratiques professionnelles.

Les ajustements sont des outils à la disposition des professionnelles dans les épreuves de professionnalités qu'elles rencontrent.

6.8 La dépendance situationnelle

En faisant le choix de traiter la question du travail infirmier auprès des personnes qualifiées de dépendantes par l'activité de la toilette, nous prêtons le flanc à la critique d'un lien trop rapide que nous aurions fait entre dépendance et toilette. En effet, la dépendance ne se définit ni par la seule incapacité à effectuer des gestes de la vie quotidienne (tels que se laver), ni par la réponse qu'y apportent les professionnels (telle que poser un acte de toilette). Une telle considération de la dépendance (déficitaire et marquée par les réponses professionnelles) correspond à la vision gérontologique qui a déjà montré ses limites¹⁹⁹. Mais l'acte infirmier de laver (ou de faire laver) pris comme objet d'étude est doublement heuristique. Il permet, et c'est ce que nous avons fait jusque-là, de révéler les modèles de pensée infirmière, leurs conditions de mobilisation ou au contraire d'abandon : il nous apprend donc sur la façon de travailler des infirmières libérales. Dans un second temps, et c'est ce qui nous intéresse plus particulièrement ici, l'analyse de cet acte permet d'amener de nouveaux éléments de réflexion dans un débat sur la définition de la dépendance qui oppose professionnels médicaux et sociaux pour savoir qui en est l'expert (Ennuyer, 2004 : 20).

6.8.1 À partir d'une conception biomédicale et déficitaire de la dépendance

Reprenons pour cela les résultats trouvés précédemment sur l'acceptation que les infirmières libérales font d'une expertise partagée et sur la prise en compte du maintien des relations. En étudiant le travail infirmier en situation, nous avons pu mettre en évidence la variété des évaluateurs potentiels. Nous pouvons également illustrer la variété des réponses apportées dans le cas de situations bio médicalement identiques. Dans ce but, il nous faut tout d'abord nous arrêter un instant sur ce que nous disent les

¹⁹⁹ La dépendance pourrait aussi être conçue comme pourvoyeuse de lien social (Ennuyer, 2004).

infirmières pour comprendre qu'elles inscrivent leur travail dans une conception déficitaire de la dépendance. Nous présentons ici quelques verbatim illustrant cette conception déficitaire :

« C'est très large, (lentement) c'est quand une personne ne va pas pouvoir réaliser quelque chose et qu'elle devra faire appel à quelqu'un, un professionnel ou quelqu'un d'autre, même son voisin pour différentes choses, pour pallier à cette incapacité à faire quelque chose. » (Jean-Bernard, infirmier libéral à Ville Sud)

« Oui, la dépendance de ce patient, elle est liée à la mobilité en fait : il se lève plus, il peut pas aller où il veut tout seul, si on ne lui donne pas de verre à côté de lui : il ne pourra pas boire, voilà, je pense que c'est lié à sa mobilité tu vois. » (Pauline, infirmière à Campagne)

« La dépendance de Mercédès ... et bien c'est pareil [qu'un autre patient dont nous avons parlé précédemment], c'est surtout au niveau physique, physique moteur, même avant elle venait jusqu'à la chambre en déambulateur, maintenant c'est fini, elle vient en fauteuil. Elle fait les transferts, mais après non, physique et puis après au niveau cérébral, au niveau mental hein. » (Sabine, infirmière à Campagne)

Il est même intéressant de relever que les infirmières libérales lient souvent dépendance et diagnostic médical d'une maladie :

« Ça, c'est difficile. Elle est dépendante, d'une part pour son diabète parce qu'elle n'y voit rien, elle a un œil qui ne voit plus, elle n'a plus qu'un œil et je pense que sa vision est basse de l'œil valide, donc elle ne pourrait pas se faire les insulines, et elle peut pas se contrôler la glycémie, donc au niveau du diabète, c'est sûr, elle est complètement dépendante. Ensuite au niveau de l'hygiène, énormément, elle est incapable de se laver, elle est tellement grosse et obèse que je pense qu'elle n'accède pas partout, elle se bouge difficilement » (...) « Oui, physique parce que c'est l'obésité, sa vision c'est à cause de son diabète, son obésité aussi, tout ça c'est à cause de son diabète. Sa dépendance est à cause de son diabète. » (Corinne, infirmière à Ville Centre)

« Ben physique, mobilisation. Parce qu'il pouvait rien faire, pire qu'un tétraplégique. L'Alzheimer c'est terrible pour ça quand même » (Pauline, infirmière à Campagne)

« Pour recouper avec notre activité principale, la psychiatrie, ils sont ... pour les gestes du quotidien, ils en sont tout à fait capables, mais ils sont dépendants dans la prise en charge de leur thérapeutique parce que ils surconsommeraient, ou ils ne consommeraient pas du tout et ils ne suivraient pas leur traitement, ils sont à ce même titre, dépendants. » (Jean-Bernard, infirmier libéral à Ville Sud)

« Oui, de par son hémiparésie, c'est évident que les tâches du quotidien, elle ne peut pas les assumer. Et puis même, du point de vue neurologique, elle a des séquelles, elle a des troubles psychomoteurs, donc y'a des fois elle a des choses qu'elles percutent pas » (Sheila, infirmière à Ville Nord)

6.8.2 La dépendance devient situationnelle

Cette conception déficitaire de la dépendance n'empêche pas les infirmières, dans leurs actes, de composer avec l'entourage pour trouver des réponses (variées) et de ne pas proposer des solutions standard pour chaque déficit identifié. Reprenons les cas de Jean-François et Mercédès qui illustrent bien comment une dépendance évaluée de façon identique trouvera des réponses différentes.

Jean-François et Mercédès, nonagénaires, ont tous deux besoin de quelqu'un pour sortir de leur lit, sont tous deux incontinents, et restent la plus grande partie de leur journée assis sur un fauteuil, devant une fenêtre. Ils ont tous deux besoin d'aide pour le coucher. Ils ont tous les deux été évalués avec le même GIR²⁰⁰.

Mais deux réponses différentes ont été organisées par les infirmières.

Jean-François est douché une fois par semaine par les infirmières qui viennent aussi chez lui pour mesurer sa tension artérielle et préparer un pilulier hebdomadaire. Tous les jours de la semaine, trois auxiliaires de vie se succèdent à ce domicile pour lui préparer les repas, lui entretenir sa maison mais aussi le lever le matin et le coucher le soir. Ces auxiliaires de vie font également une aide à la toilette (toilette du visage et des mains, toilette intime). Les infirmières acceptent que les auxiliaires de vie sociale interviennent sur le terrain de la toilette. Mercédès, qui, visiblement, est dans une situation de besoins de toilettes identiques à Jean-François, reçoit la visite quotidienne des infirmières pour sa toilette.

L'histoire de la relation de soins, comme l'environnement humain (professionnel et familial) expliquent cette différence. Jean-François reçoit la visite de professionnelles (les auxiliaires de vie sociale) plusieurs heures par jour et a deux filles, retraitées, qui se succèdent chez lui, et passent leur journée avec leur père. Par ailleurs, Jean-François a fait l'objet d'une prescription de Démarche de Soins Infirmiers par son médecin généraliste, ce qui signifie que ce sont les infirmières libérales qui ont fait l'analyse de la situation. Mercédès, quant à elle, vit avec son frère octogénaire qui s'occupe des

²⁰⁰ GIR : Groupe Iso-Ressources

repas. Aucun d'eux n'a d'enfants. Ils font intervenir une aide-ménagère pour l'entretien de leur maison et de leur linge. Seule une nièce en activité les aide dans les démarches administratives. Mercédès a fait l'objet d'une demande d'intervention infirmière par un service hospitalier auprès duquel les infirmières s'étaient engagées à donner suite.

Il y a d'un côté Jean-François avec une présence forte de professionnelles et de la famille, et de l'autre côté, Mercédès, avec une présence familiale et professionnelle beaucoup plus faible.

Nous avons déjà évoqué le fait que les infirmières libérales procèdent à des choix de soins et que certaines acceptent de faire toutes les toilettes qui se présentent à elles, quand d'autres n'en acceptent que quelques-unes. La toilette est une variable d'ajustement à l'activité de soins infirmiers (Vilbrod, 2012). Mais nous montrons ici que la toilette est aussi une variable qui s'ajuste à l'environnement humain des personnes qualifiées de dépendantes et qui ajuste cet environnement (en proposant plus ou moins d'intervention infirmière).

C'est pourquoi nous parlons de dépendance situationnelle. Il s'agit d'une dépendance vue par ceux qui peuvent y apporter une réponse. Et qui tiennent compte de la situation avant d'envisager leur intervention²⁰¹.

Les infirmières s'inscrivent dans une configuration professionnels-famille qui varie dans chaque cas. Elles s'y inscrivent en fonction de la vision biomédicale qu'elles ont, et des réponses qu'elles peuvent apporter, mais elles tiennent également compte de la réponse que peut apporter le reste de l'entourage. En cela, nous pouvons dire que pour les infirmières libérales, la dépendance n'a pas une valeur absolue, elle ne se décrète pas, elle varie avec les solutions trouvées, quel que soit qui les trouve, les met en œuvre, ou les exécute. La dépendance est considérée par les infirmières libérales comme un espace de négociations possibles. La question ne se pose pas pour elles de

²⁰¹ La notion de « dépendance situationnelle » est un résultat de notre recherche. Nous lui accordons différents statuts dans cette deuxième partie de la thèse. Ici, elle apparaît comme un résultat produit par l'analyse des données : les modifications du regard que les infirmières portent sur leur travail, et des différents arguments avancés pour justifier leurs décisions, constituent une recomposition de leur métier qui conduit les infirmières libérales à porter un regard particulier sur la dépendance, celui de tenir compte de la situation dans laquelle elle se place. Nous n'avons pas consacré une section unique de la thèse à cette notion. Nous la retrouverons plus loin, avec des statuts différents. Une première fois, parce que la notion de dépendance situationnelle permet d'illustrer la pertinence de notre matériau (test de triangulation des sources). Une autre fois, nous serons amenée à reparler de cette conception en soulignant le lien étroit qui existe entre la notion et son contexte d'émergence. Enfin, elle réapparaît au moment des interrogations finales de la thèse. Nous tenons à avertir ici les lecteurs de ces apparitions répétées d'une même notion.

savoir si elles adhèrent ou non à une conception algorithmique de la dépendance²⁰² (Levillain, 2014). Les entretiens ont montré que les infirmières libérales ne connaissent pas le niveau de dépendance des personnes dont elles s'occupent, évaluée par la grille AGGIR ; elles ne savent pas, pour la plupart, à quoi correspondent les chiffres 1 à 6 de cette évaluation, ni lequel évalue la dépendance « la plus grande ». Ce qui les intéresse est la réponse à apporter, et comment leur réponse s'inscrit dans une configuration.

La dépendance situationnelle est labile. En cela, elle est aussi un terrain d'épreuve de la professionnalité infirmière puisqu'elle sollicite les capacités d'adaptation et peut faire changer les normes professionnelles.

On pourrait penser que l'« expertise disséminée » (le fait que les différents évaluateurs procèdent à une évaluation de façon individuelle) et la variété des réponses apportées aux différentes situations de dépendance éloigne la discussion sur les « *normes engagées dans les savoirs mobilisés, les mesures et actions réalisées* » (Levillain, 2014 : 163). Or nous verrons plus tard que des discussions au cours de réunions pluri professionnelles peuvent être des arènes dans lesquelles s'ajustent les normes des uns et des autres.

6.9 Conclusion du Chapitre 6

La toilette des personnes qualifiées de dépendantes vivant à domicile met à l'épreuve les modes de penser les soins que les infirmières libérales prodiguent. La toilette s'inscrit dans un espace en partie occupé par d'autres professionnels. « Travailler ensemble » autour de la toilette amène à des situations dans lesquelles les infirmières libérales restent (le plus souvent) maîtresses des décisions. Pour cela, elles jonglent avec les modèles de pensée qu'elles connaissent, selon les interlocuteurs qu'elles ont en face d'elles. Mais il est des situations dans lesquelles les décisions leur échappent et pour lesquelles elles abandonnent leurs modèles de pensée au profit du maintien des relations professionnelles qu'elles souhaitent entretenir. « Travailler ensemble » conduit les infirmières libérales à mettre en place des arrangements. Il en est ainsi du partage du *sale boulot*. Ces arrangements sont explicites ou non. Le jeu de simulacre mutuel qui peut exister autour du partage du travail illustre l'importance mise

²⁰² Pour cet auteur, « l'algorithme AGGIR est devenu l'instrument consacré pour l'expertise de la dépendance des personnes âgées. (...). Sa logique est celle d'une mesure de l'état des personnes (du niveau et du type de soins qu'elles nécessitent) réalisée à partir d'une métrologie déposée dans une boîte noire, ce qui complique, sans l'interdire tout à fait, la pondération de ses effets. L'environnement y est peu pris en compte (si ce n'est sous la forme de « variables illustratives ») et participe peu à l'identification des situations. » (2014 : 162-163)

dans l'évitement de la rupture du lien avec d'autres professionnels. Abandonner les modèles idéologiques, utiliser le simulacre mutuel, faire des choix moraux sont autant d'ajustements qu'opèrent les infirmières libérales pour continuer à « travailler ensemble ». Les modifications du regard que les infirmières portent sur leur travail, le décentrage des éléments de justification de leurs actes, des négociations avec des professionnelles de la sphère sociale constituent une recomposition de leur métier.

Les ajustements évoqués plus haut s'effectuent dans l'action, sans la certitude des conséquences qu'ils auront. Ce n'est *qu'a posteriori*, en constatant que la relation avec les autres professionnelles dure dans le temps que les infirmières sont confortées dans leurs choix. Cette incertitude avec laquelle elles décident et mènent leurs actions est une épreuve de professionnalité. Une issue heureuse à leurs choix (le maintien des relations avec les autres professionnelles) contribue à conforter l'autodétermination de la pratique professionnelle qui caractérise les infirmières libérales. Le jeu interactionnel autour de la toilette permet d'éprouver, puis de renforcer, la professionnalité des infirmières libérales.

Et c'est ainsi que le métier d'infirmière libérale sera enrichie d'une vision élargie de la dépendance : la dépendance « situationnelle ».

La toilette est une pratique propice à une meilleure connaissance du métier d'infirmière libérale. Cette pratique se déroule dans un lieu. Le chapitre suivant présentera l'étude du domicile et son rôle dans la structuration et la recomposition de ce métier.

Chapitre 7 : **Le domicile et la recomposition du métier d'infirmière libérale**

La question est ici de savoir comment le domicile, appréhendé comme un lieu d'usages professionnels, intervient dans la recomposition des professionnalités. Nous apportons les réponses en deux temps. Nous ne pouvons comprendre ce qui se joue autour de la professionnalité que si nous saisissons ce que le domicile (lieu) représente pour chacun des acteurs²⁰³ et comment il y trouve sa place (7.1.). Puis, pour répondre à la question de la recomposition du métier, le domicile sera considéré dans trois dimensions. Nous l'envisagerons tour à tour comme un lieu physique, environnement matériel des soins ; puis comme le siège de l'intimité ; avant de le considérer comme un théâtre social, sur la scène duquel les sociabilités existent en y recevant des visiteurs, et dont les coulisses permettent de s'approprier en vue d'avoir des relations sociales à l'extérieur (7.2).

²⁰³ Extrait de Howard Becker (2002 : 95) : « Toute chose se déroule quelque part. Le point important de cette idée consiste à ne jamais oublier que ce que vous étudiez existe en un lieu spécifique –non pas le monde en général, ni un « contexte social », mais ce lieu, précisément – et que tout ce qui est vrai de ce lieu affectera nécessairement votre objet. Vous devez donc être continuellement très attentifs aux caractéristiques de ce lieu : caractéristiques physiques (quelle est sa situation géographique ? comment y vit-on ? comment y travaille-t-on ? Comment y habite-t-on ?), caractéristiques sociales (qui vit là ? depuis combien de temps ? et toute ces questions auxquelles démographes, sociologues, anthropologues et historiens vous demandent de répondre). [Puis plus loin, page 103] « Il est bon de se répéter fréquemment « toute chose se déroule quelque part ». (...). « À l'évidence, il est impossible de se conformer parfaitement à la règle précédente (...) [mais] essayer de repérer les caractéristiques du lieu en question qui vous semblent pertinentes pour expliquer les caractéristiques sociales spécifiques qui vous intéressent ».

7.1 Le domicile : des contingences structurantes du métier d'infirmière libérale

7.1.1 À qui appartient le domicile ? Entre *territoire de l'intime* où l'on se protège et lieu de travail où l'on s'installe

7.1.1.1 Un lieu d'intimité agissant comme écran protecteur

En 1993, la Direction des Affaires Sociales, dans la circulaire modifiant l'organisation du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile, définit le domicile comme un espace privé, sous la responsabilité de son occupant, dans lequel se reconstituent les forces vitales des personnes. Il est par ailleurs le lieu d'expression d'une identité personnelle et sociale. L'assise matérielle du domicile est un exemple de « monde social des objets » (Kaufman, 1997), ensemble de « choses familières » possédant « *vertu de permanence qui (...) contrôle les errements de l'identité* » (*ibid.* :113). Le lien entre la dimension matérielle du domicile et l'identité individuelle de son occupant est très bien montré par Brigitte Juhel : « *L'appropriation de son domicile par la personne âgée va s'exprimer à travers un ensemble de rites, de gestes, de mots, qui seront autant de symboles de ses rapports à soi et aux autres. La personne va découper, limiter, qualifier, catégoriser son espace de vie en manipulant également une autre dimension : celle du temps. (...). La personne âgée va ainsi élaborer une structure symbolique complexe, reflet de ses liens d'appropriation vis-à-vis du temps et de l'espace* » (1998 : 33-34). Car un domicile, c'est un espace géographique, mais c'est aussi une inscription dans le temps, dans le sens où ce lieu est le résultat d'une histoire durant laquelle les occupants ont laissé leurs marques. C'est ainsi que les aménagements matériels d'un logement répondent à des normes en cours dans un pays, mais aussi aux normes de son occupant. Un logement, pour être reconnu comme décent en France, devra être « *conforme aux normes minimum exigées par la loi, à savoir des conditions convenables, être équipé de services modernes et disposer d'un moyen de chauffage suffisant* » (Ogg et al., 2013). Cela comprend par exemple que ce logement soit raccordé au réseau de distribution d'eau. Or notre enquête nous a conduite dans un logement dépourvu de ce raccordement et pour son occupant²⁰⁴, l'absence d'eau dans la

²⁰⁴ Jean, à Campagne

maison n'est pas un critère qui empêche l'occupation du lieu, ni son maintien à domicile et les soins qui vont avec. Dans ce cas, l'absence d'eau ne se pose pas en terme de décence ou d'indécence de conditions de vie, mais plutôt comme le résultat d'une histoire : Jean a quitté cette maison familiale pendant plusieurs décennies, et quand il y est revenu vivre, il n'a rien voulu changer de son état antérieur, celui qu'il avait connu dans sa jeunesse. L'exemple de Jean souligne l'importance de la biographie et son ancrage dans des lieux (Serfaty-Garzon, 2003²⁰⁵). La disposition de ce logement est pour lui une « affaire de famille » qui cristallise les liens générationnels et sociaux (Bonvalet et Gotman, 1993). Mais c'est aussi, pour son occupant, le lieu dans lequel « plusieurs déficiences, en particulier les troubles de l'audition et de la vue, et en partie ceux de la motricité, paraissent compensées partiellement par l'usage mémorisé du lieu, de ses pièges mais aussi de ses connivences. » (Pennec, 2000 : 106). En cela le domicile, et plus largement l'espace de vie, devient un « écran protecteur, une enveloppe de préservation de soi », voire « une prothèse » qui n'est pas toujours perçue avec ce sens par les « professionnels mus par des normes simultanément issues des pratiques professionnelles et des modèles culturels et générationnels. » (Ibid. : 106). C'est pourquoi nous sommes amenée à nous interroger sur la façon dont les professionnelles considèrent le domicile des personnes dont elles s'occupent.

7.1.1.2 Un lieu d'installation des professionnelles

En pénétrant dans un domicile, les infirmières ne peuvent ignorer qu'elles s'introduisent dans un espace occupé par d'autres. Leur sensorium les en informe (Mercadier, 2002). Les odeurs de ce logement, l'occupation de l'espace, la décoration les avertissent sur le fait que ce lieu est habité par d'autres qu'elles-mêmes. Chaque professionnelle interprétera cet espace qui est le domicile de l'autre en fonction de ce qu'elle est venue y faire. C'est ainsi que les aides ménagères étudiées par Brigitte Juhel décrivent leur lieu de travail par l'ordre, la propreté, le confort et l'hygiène qui y règnent, exprimant par-là les choses « qui sont valorisées, dans un esprit de suprématie des normes de la femme au foyer » que portent ces femmes (Juhel, 1998 : 89)²⁰⁶. Le logement n'est jamais décrit par les aide-ménagères par ses formes, ses couleurs, ses dimensions, comme il pourrait l'être par un décorateur. Les infirmières libérales le décrivent quant à elles comme un lieu d'intimité dans lequel elles pénètrent. Plusieurs d'entre elles nous diront qu'elles y sont des invitées. C'est ainsi que rentrer chez les

²⁰⁵ L'expression « territoire de l'intime » qui figure dans le titre de ce paragraphe a été empruntée à Perla Serfaty-Garzon (2003).

²⁰⁶ En cela, Brigitte Juhel sera rejointe par les résultats des travaux de Christelle Avril sur les aides à domicile (2014).

personnes dont elles s'occupent s'annonce (en sonnant, en frappant à la porte). La visite est ritualisée par le franchissement de la porte, qui marque le seuil du territoire de la personne visitée. Et des échanges de civilités qui sont en dehors de tout échange professionnel débutent la conversation (Yanaprasart, 2004). Ces civilités préliminaires précèdent une occupation de l'espace qui correspondra à ce qu'elles identifient comme leurs attentes de professionnelles. C'est ainsi que les infirmières libérales vont être attentives au fait que travailler dans les domiciles signifie travailler avec un environnement matériel qui n'est pas toujours adapté à leurs actes. Elles feront en sorte d'adapter cet environnement à leurs pratiques plutôt que d'adapter leurs pratiques à l'environnement, comme le laisseraient penser leurs discours. Deux logiques coexistent à cela : la sécurité versus indépendance de la personne bénéficiaire des soins d'une part, et le confort de la professionnelle d'autre part. Sylvie, du cabinet Ville Centre, montre bien qu'elle est partagée entre la sécurité de la personne dont elle s'occupe, qui est un souci récurrent au soin qu'elle donne, et la promotion de l'indépendance de cette personne. À propos de Monsieur Résidence, Sylvie nous dira :

« Non, on le tient, il n'a pas de canne. Peut-être que ce serait bien qu'il ait une canne, mais comme il n'a qu'un bras valide, il s'en sert pour s'appuyer sur nous, donc s'il s'appuie sur nous. Après s'il avait une canne, il pourrait pas s'appuyer sur nous, alors que là, on le maintient ... »

(Sylvie, infirmière à Ville Centre)

Quant au confort des infirmières, il est source de préoccupation même si cela n'est pas affiché en ces termes. C'est ainsi que les infirmières peuvent demander à être entourées de matériel de type hospitalier (lit médicalisé, potence, pied à perfusion, lève malade, ...) au nom de la sécurité dans les soins ou de la prévention des risques liés à un alitement prolongé. Mais ce matériel est aussi un moyen d'économiser leurs peines, de limiter leur fatigue physique et les risques qu'elles courent lors de manutention de personnes à partir de mobilier commun. C'est ainsi que pour Sylvie, infirmière à Ville Centre, il s'agit d'« être bien installée chez un patient ». Pour elle, cela signifie avoir tout le matériel nécessaire à l'exécution des soins comme elle les conçoit. Ce peut être disposer d'un lit médicalisé, avoir un nombre suffisant de changes, mais aussi pouvoir compter sur des tiers (familiaux ou professionnels) pour renouveler le matériel à usage unique.

Nous relevons ici que l'infirmière « s'installe », ou « est installée ». L'invitation citée ci-dessus devient un euphémisme de l'« installation » (qui induit une présence plus forte et plus longue que la simple invitation). La suite des propos de Sylvie illustre d'ailleurs comment cette « invitation », devenue « installation », est évaluée à partir de son travail à elle, et de la facilité ou non à l'exécuter :

« Oui, on est bien installées chez lui, le lit c'est bien ; la douche c'est pas bien du tout parce que quand ils ont fait cette douche, quand il a été hémiparétique, ils ont fait une douche avec une marche pas possible, il faut que les douches soient à ras le sol, parce que vous ne pouvez pas savoir comme c'est dur de le monter dans la douche, et puis elle est très étroite, halala, il faut ... c'est dur ouais, c'est pas adapté. Ils auraient mieux fait, je pense, d'enlever la baignoire et faire un grand espace douche dans sa salle de bains, voilà, il aurait été à même le sol. Y'a des gens qui ont fait ça dans son immeuble, c'est mieux quoi ! »

(Sylvie, Infirmière à Ville-Centre, à propos de Monsieur Résidence)

Nous pourrions penser que Sylvie inscrit son discours dans une logique « médicale » (pour la sécurité de Monsieur Résidence) ou dans une logique de situation de handicap (pour l'accessibilité de la douche par un homme porteur d'une hémiparésie). Mais les mots soulignés « c'est dur de le monter », « je pense » et « c'est mieux, quoi ! » montrent que cette infirmière parle à partir de son registre professionnel : c'est dur pour elle de monter Monsieur Résidence dans la douche ; elle pense qu'un autre choix aurait été préférable, à partir de son expérience professionnelle.

En travaillant dans les domiciles, les infirmières libérales se mettent à une place intermédiaire entre, d'une part, une relation thérapeutique de type hospitalier dans laquelle les actes sont posés sans en demander la permission (au patient, et encore moins à la famille), et d'autre part une relation sociale qui se déroulerait au domicile d'une personne à laquelle une permission serait demandée avant de poser un acte. L'exemple de l'acte de fermer la fenêtre contextualisé par Andreina D'Onofrio *et al.* (2004) illustre nos propos. Nous faisons figurer ci-dessous un extrait d'entretien à domicile entre une infirmière (Inf.) et une patiente (P) observées par les auteurs, suivi d'un extrait de leur analyse :

P : j'ai toujours peur de commander

Inf. : non c'est VOUS qui avez mal après ce n'est pas nous

P : (en riant) ça c'est vrai

Inf. : alors c'est ça qui est important hein!

P : oui ça c'est vrai

Inf. : d'accord! Alors je vais fermer la fenêtre

« Aux soins à domicile, le contexte (thérapeutique vs social) est moins prédéfini, ce qui peut donner lieu à divers ajustements. (...) Si les rôles

(droits et devoirs) se négocient, il faut remarquer ici que c'est l'infirmière qui donne le droit à la négociation et semble garder ainsi la position dominante dans cette interaction et donc dans ce contexte. En revanche, si elle prend le droit de fermer la fenêtre (gestion de l'espace privé de la patiente), elle verbalise son acte (...) et le soumet ainsi au contrôle de la patiente. Ce cas de figure se révèle particulièrement intéressant, car il constitue une sorte de moyen terme entre le typique contexte hospitalier et le typique contexte social. En effet, si la soignante avait bénéficié de son plein pouvoir, elle n'aurait pas forcément verbalisé son acte mais, en revanche, si elle avait été soumise à l'autorité exclusive de la patiente, elle aurait demandé l'autorisation de fermer la fenêtre. (...)» (D'Onofrio et al : 2004)

Le fait de travailler à domicile juxtapose une relation de travail à une relation sociale se déroulant au domicile d'un des deux protagonistes. Les infirmières libérales adoptent donc un mode de communication intermédiaire qui consiste à informer les personnes de ce qu'elles font sans en demander systématiquement la permission, comme dans l'exemple ci-dessus.

En « s'installant » dans les domiciles, les infirmières se trouvent dans cette situation intermédiaire que l'usage du mobilier illustre. Pour leurs besoins professionnels, les infirmières détournent l'usage de mobilier du domicile (petite table consacrée au stockage/usage de petit matériel pour la surveillance du diabète de Mme Couture à Ville Centre, ou pour les soins de sonde chez Honorine, à Campagne), mais aussi le frigidaire pour conserver des produits au frais, des placards ou armoires qui serviront à ranger le matériel volumineux). Cet accaparement du mobilier est une marque physique qui signale à d'éventuels visiteurs la présence infirmière à ce domicile, comme nous le montre l'extrait d'entretien suivant, avec Corinne :

Question : « Donc ça, c'est ce que vous faites le matin. J'ai vu que vous aviez une petite table, avec le dossier des aides-soignantes, et votre matériel ?

Corinne : On a notre matériel, dans une valise, on a son appareil, un petite réserve de bandelettes, l'insuline est dans le frigidaire, et la réserve de médicaments est dans un placard, dans une poche ; et le pilulier est dans cette valise, avec l'appareil. Dans notre valise, on a à peu près tout ce qu'il nous faut, et le carnet également diabétique. »

(Corinne, infirmière à Ville Centre)

Cette installation existe dans la description qu'en fait cette infirmière, malgré le fait qu'elle et ses collègues cherchent (quelquefois) à rester discrètes en rangeant leur matériel à l'abri des regards. Pour reprendre la métaphore théâtrale d'Erving Goffman

(1973), elles investissent les coulisses de ce qui est, pour elles, des scènes d'interactions professionnelles plus qu'un espace privé. Aussi discrète que soit cette « installation », sa nature même peut compromettre les protections et intégrité identitaire que le lieu est censé fournir. C'est pourquoi il est important de comprendre comment chacun des acteurs trouve sa place par rapport aux autres. Appréhender le domicile comme un territoire de jeu interactionnel devrait nous y aider.

7.1.2 Le domicile : un territoire de jeu interactionnel

7.1.2.1 Un lieu d'interconnaissance qui articule privé et public

Nous avons déjà vu que les intervenantes à domicile, infirmières ou autres, peuvent habiter sur leur lieu d'intervention. C'est ainsi qu'habiter sur la même commune que les personnes aidées influencera le sens que les aides ménagères attribueront à leur intervention (Juhel, 1998 : 43). C'est un fait que nous avons observé à Campagne où les différentes professionnelles étudiées (infirmières libérales et intervenantes du secteur social) étaient identifiées comme actrices sociales de la communauté. Elles étaient connues et reconnues en tant que voisine, fille d'amis, mère de camarades de classe des arrières petits-enfants des personnes chez qui elles travaillaient. Cette interconnaissance a déjà été identifié comme donnant aux personnes qui bénéficient des services professionnels, ou à leurs familles, le sentiment d'être prises au piège entre des normes contradictoires (les leurs et celles des professionnelles) et l'absence d'options en matière de services (Valette et Membrado, 2004).

L'interconnaissance s'observe aussi entre professionnelles de métiers différents, et se constate dans les discussions qu'elles ont entre elles ou dans les messages écrits personnels qu'elles se laissent chez les personnes chez qui elles travaillent (ce fut le cas chez Gustave, Jean et Honorine à Campagne)²⁰⁷.

Le domicile des personnes qualifiées de dépendantes devient alors un lieu permettant la poursuite de relations qui se créent et s'entretiennent ailleurs. Ou dont les thèmes sont extérieurs au domicile. Ces conversations font entrer la sphère sociale dans le domicile. Par l'interconnaissance des acteurs, d'une part, public et privé sont mêlés ;

²⁰⁷ C'est sans doute une différence importante entre Campagne et Ville où, même si les professionnelles habitent sur leur lieu d'intervention, elles ne se connaissent pas forcément par ailleurs et nous n'avons observé, dans les domiciles étudiés, que des échanges d'ordre professionnel.

d'autre part des normes professionnelles sont introduites dans les domiciles avec plus facilité.

7.1.2.2 Une proximité relationnelle mobilisée comme outil d'intervention

Mais même en dehors de cette interconnaissance, même si professionnelles et personnes qualifiées de dépendantes ne se connaissent pas par ailleurs, l'intervention professionnelle dans les domiciles, surtout lorsqu'elle s'inscrit dans le temps, s'accompagne d'une proximité relationnelle qui peut devenir un outil d'intervention (Crevier *et al.*, 2010). Nous avons été témoin d'une relation de proximité qu'entretiennent Pauline (infirmière à Campagne) et Antoine (personne qualifiée de dépendante). À la naissance de chacun de ses enfants, Pauline a reçu des cadeaux de la part d'Antoine. En retour, elle l'a invité et continue à l'inviter pour chacun des anniversaires des enfants. Petit à petit, Antoine est venu passer des dimanches après-midi dans la famille de Pauline. Nous rapportons un extrait d'un entretien avec Pauline (auquel s'est ajoutée Marie-Pierre en cours d'entretien), et où il est justement question des relations privilégiées entre Pauline et Antoine (au moment de cet entretien, Antoine, que nous avons connu à domicile, est parti en maison de retraite, c'est pourquoi nous parlons de lui au passé) :

Question : « Je suis contente d'en reparler avec toi parce qu'il me semble que dans le cabinet, il avait une relation particulière avec toi ?

Pauline : ben disons que c'est lui qui m'avait, comment dire, oui, pris d'affection on va dire. Puis faut dire que je l'avais ramené pas mal à la maison, on faisait des trucs, quand il y avait l'anniversaire des enfants, ou alors quand il était autonome, il venait, en voiture, même après avec son petit scooter, (suit le récit d'une après-midi d'été durant lequel il s'était « invité » à rester quand Pauline avait voulu le reconduire chez lui).

Question : (à Marie Pierre) Et ça il ne le faisait pas avec toi ?

Pauline : (c'est Pauline qui répond) Mais parce que j'habitais Campagne aussi, la plus près. Non ?

Marie-Pierre : Non, je suis pas sûre non plus parce que il aurait pu le faire avec Sabine, qui n'était guère plus loin.

Pauline : oui mais Sabine est arrivée plus tard, on avait fait les premiers anniversaires ».

(Extrait d'entretien avec Pauline et Marie-Pierre, infirmières à Campagne)

Cette discussion entre les deux infirmières montre sans ambiguïté qu'Antoine avait une relation privilégiée avec Pauline qu'elle qualifie d'affectueuse. C'est cette

proximité relationnelle que Pauline mobilisera pour intervenir en faveur d'Antoine au moment délicat d'un retour d'hospitalisation où il a été discuté la possibilité d'organiser des soins infirmiers et de l'aide avec le service d'aide à domicile. Pauline, parce qu'elle connaissait bien Antoine, a trouvé les arguments pour convaincre le service d'aide et ses collègues infirmières de « *lui donner une chance de rentrer chez lui* », comme il le souhaitait (au lieu de repartir dans la maison de retraite où il avait tenté de faire un essai avant son hospitalisation). Pauline s'est appuyée sur la proximité relationnelle avec Antoine pour intervenir.

La proximité relationnelle peut donner naissance à une relation de confiance. Mais il est difficile de dire si la confiance est accordée aux infirmières en tant que personnes ou en tant que membres d'une profession. C'est ainsi que la détention d'un double du trousseau de clés du domicile par les infirmières ou les autres professionnelles nous a été présentée comme le signe d'une relation de soin (ou d'intervention) réussie²⁰⁸ parce qu'il y avait confiance. Mais cette confiance a pu être accordée à des professionnelles pour lesquelles « *la société est convaincue que la polarisation sur la collectivité est une règle de la profession* » (Goode, cité par Freidson, 1984 : 91). Ce que William Goode souligne comme un désintéressement des médecins pour leur intérêt personnel (« polarisation sur la collectivité ») est transposable aux infirmières. En effet, infirmières comme professionnelles de l'aide sont considérées comme des professionnelles de confiance dans les représentations sociales. La confiance peut leur être accordée au titre qu'elles travaillent auprès de publics fragiles, comme Ricœur l'exprime dans le « pacte de soins » qui est avant tout un pacte de confiance (Ricœur, 2001). Toutefois, les infirmières enquêtées nous présentent le geste de confier le trousseau de clés comme une marque de confiance personnelle, liées à leurs personnes et pas à leur profession. Ici aussi, la proximité relationnelle devient un outil d'intervention : pouvoir pénétrer dans les domiciles en toutes circonstances. C'est aussi ce que constatent Marie Crevier *et al.* (2010 : 183) lorsqu'ils affirment que la « *dispensation des services à domicile facilite la création d'un lien de confiance ancré dans la subjectivité de l'utilisateur* ».

Mais le caractère professionnel de la proximité relationnelle est fragilisé par la solitude avec laquelle les infirmières se rendent dans les domiciles²⁰⁹. Dans ce face à face, la relation s'expose à revêtir un caractère plus personnel, ce qui pourrait présenter un danger (Maraquin, 2015).

²⁰⁸ Antoine à Campagne, ainsi que Monsieur Résidence et Madame Couture à Ville ont confié un trousseau de clés de leurs domiciles aux infirmières.

²⁰⁹ La grande majorité des interventions infirmières sont solitaires.

7.1.2.3 Une relation duale prise dans un jeu interactionnel entre professionnelles

Face au risque d'une relation professionnelle qui deviendrait « trop » personnelle, Carine Maraquin (2015) préconise que c'est sur leur identité professionnelle et les rôles qui vont avec que les intervenants à domicile (de quelque métier qu'ils relèvent) devraient s'appuyer pour maintenir la nature professionnelle des relations avec un public fragile. Brigitte Juhel (1998 : 91) évoquait déjà la difficulté de partager un espace commun (le domicile) avec des professionnelles d'un autre métier dont toutes ont « *un rôle social fait d'exclusivité et de continuité* » qui pourrait les faire entrer en concurrence, notamment sur le terrain de la relation entretenue avec la personne bénéficiaire de l'aide. Nous avons déjà vu en quoi la relation entre infirmières libérales et patients pouvait être une relation personnalisée considérée comme interpersonnelle²¹⁰. L'hypothèse selon laquelle une identité professionnelle « forte » permettrait aux infirmières de poursuivre leur travail appartient à d'autres auteures que nous (Juhel ; Maraquin). Pour notre part, cette hypothèse n'est pas confirmée par nos résultats. Nous avons déjà mis en évidence que les postures professionnelles sont rendues évolutives par un jeu interactionnel²¹¹, et que c'est justement l'évolution des postures qui permet la poursuite du travail.

Toutefois, nos résultats corroborent les conclusions de ces auteures sur le fait que la relation entre les infirmières libérales et les personnes qualifiées de dépendantes s'inscrit dans un ensemble de relations entre les professionnelles qui interviennent au domicile de cette personne. Suite à une demande de soins ou d'aide, les professionnelles interviennent pour apporter la réponse qu'elles jugent adéquate à cette demande. L'adéquation entre demande et réponse est (théoriquement) entre les mains des professionnelles qui détiennent à la fois les informations (ou sont censées les détenir) et le pouvoir décisionnel. Apporter une réponse et déterminer la nature de cette réponse est un acte professionnel (infirmier ou social). Nous avons déjà abordé le fait que les réponses des infirmières libérales se font en fonction de leurs systèmes de préférences (Bouchayer, 2008a), à savoir des choix qu'elles font quant à la nature et le volume souhaités de leur activité. Nous avons également montré comment une intervention se décide en tenant compte de la présence d'autres professionnels intervenants.

L'ensemble de ces résultats permet de situer la relation inter-personnelle entre personne qualifiée de dépendante et infirmière libérale dans un ensemble d'interactions qui dépasse le cadre du domicile. Une fois encore nous soulignons l'articulation entre privé et public.

²¹⁰ Chapitre 5

²¹¹ Chapitre 3

Mais surtout, nous mettons en évidence une particularité du travail dans les domiciles. Il s'agit d'une régulation, par un jeu interactionnel, de l'opposition entre, d'un côté, le respect du domicile comme lieu protecteur et, d'un autre côté, l'intrusion de ce domicile par des professionnelles qui « s'y installent ». Par le jeu interactionnel entre l'ensemble des partenaires, professionnelles ou non, un équilibre est recherché entre les deux termes de l'opposition protection / intrusion. Chacun travaille à se positionner et à maintenir les relations de travail.

La question se pose alors de savoir comment le domicile, appréhendé comme un territoire qui cristallise un jeu interactionnel intra et extra domiciliaire, mais aussi comme un lieu d'usages professionnels, intervient dans la recomposition des professionnalités.

7.2 Le domicile des personnes qualifiées de dépendantes comme lieu de recomposition des professionnalités

Le domicile sera ici considéré dans trois dimensions. Dans un premier temps nous l'envisagerons comme lieu physique, environnement matériel des soins. Nous lèverons ensuite le voile sur l'intimité que protège ce lieu et sur ce que son accès fait au métier d'infirmière libérale. Nous examinerons enfin comment ce lieu est un lieu social, compris à la fois comme un lieu de réception de visiteurs, donc de sociabilités. Mais aussi comme un lieu dans lequel on s'apprête en vue d'avoir des relations sociales à l'extérieur de ce domicile. Chacune de ces trois dimensions nous révèle comment le domicile participe à une recomposition du métier d'infirmière.

7.2.1 Le domicile comme « lieu-physique »

Le domicile est un espace pratiqué (Juhel, 1998) dans lequel les occupants ont inscrit des usages (destinations des pièces, leur rythme d'occupation, ...) à partir de la matérialité du lieu. Cette matérialité représente des contingences avec lesquelles les infirmières libérales devront composer. Les commentaires des infirmières sur le fait d'être « bien » installées ou non, sur la facilité ou pas à travailler dans l'environnement matériel d'un domicile expriment que ces conditions matérielles ont un impact sur le déroulement du soin. L'exemple du logement de Jean qui n'est pas relié au réseau de distribution d'eau est le fait le plus marquant que nous ayons observé, obligeant les infirmières à aller chercher l'eau nécessaire aux soins dans la maison voisine. Le fait que les personnes à mobilité réduite occupent préférentiellement des pièces à vivre sans eau (chambre, séjour) imposera aux infirmières de s'adapter si leurs soins nécessitent de

l'eau²¹². Les infirmières ont appris leur métier dans un environnement matériel prévu pour les soins (l'hôpital). Les soins y sont organisés en fonction des lieux, eux-mêmes pensés à partir d'une organisation souhaitée des soins. Le domicile n'a pas vocation première à recevoir des soins infirmiers. Les infirmières libérales effectueront (ou feront effectuer) un travail d'aménagement du lieu qui pose la question de la médicalisation du domicile. Elles effectuent par ailleurs une adaptation de leur travail à l'environnement qui met en évidence une « domesticisation » de leurs pratiques professionnelles.

7.2.1.1 La question de la médicalisation du domicile

L'aménagement des lieux consiste en une réorganisation de l'espace (qui se négocie avec la personne ou sa famille). Ce peut être un déplacement des meubles pour faciliter l'accès à un lit. Ou encore la transformation d'une pièce à vivre en chambre. On pourrait alors parler de la médicalisation²¹³ comprise ici comme ingérence des modes opératoires issus de la division du travail médical dans le domicile, avec son arsenal de matériel. C'est ainsi que l'on retrouve la notion d'« installation » dont parlent les infirmières. En « s'installant », celles-ci importent le matériel nécessaire à leurs soins mais aussi un « bagage conceptuel » professionnel à l'intérieur des domiciles, y compris le discours normatif, héritières en cela de la division du travail normatif de contrôle social du médecin. Les infirmières édicteront ce qu'il faut faire : « *il faut se lever* » (Corinne, infirmière à Ville Centre), et ce qu'il ne faut pas faire : « *il ne faut pas faire la liposuction* » (Sheila, infirmière à Ville Nord). Si l'on se place sous l'acception freidsonnienne de la médicalisation comme imposition de normes, ce que nous avons observé aux domiciles résiste à cette appellation. En effet, les personnes qualifiées de dépendantes n'obéissent pas forcément à ce que les infirmières leur disent (exemple d'Antoine à Campagne avec son hygiène alimentaire) et leur « désobéissance » ne peut pas être suivie de sanction comme le serait la désobéissance d'un professionnel à une injonction d'un médecin. De la même façon, on ne peut pas parler de médicalisation dans le sens où la personne qualifiée de dépendante a du mal à objectiver sa situation

²¹² Ce qui est le cas de la majorité des soins puisque les recommandations de bonne pratique préconisent un lavage des mains avant tout soin.

²¹³ Le terme de « médicalisation » est polysémique, ce qui en fait une notion instable. Ces différentes acceptions vont de la médicalisation comprise comme une recherche de normativité, voire un contrôle social effectué par le médecin (Freidson, 1984), à une médicalisation sans médecins (Conrad, 1992) rendue visible par l'ingérence du vocabulaire médical dans la description de problème ; en passant par la médicalisation comprise comme l'intervention des médecins et des autres professions médicales ou paramédicales sur des territoires ou des problématiques qui étaient jusque-là réservés à d'autres champs professionnels. Didier Fassin (1998) parle quant à lui de la médicalisation comme d'une transformation culturelle qui montre l'appropriation par la population de préoccupation liée à la santé. L'ouvrage de Pierre Aïach et de Daniel Delanoë (1998) est un exemple de cette polysémie.

(comme le besoin qu'à Antoine de faire attention à ce qu'il mange) justement parce qu'il est chez lui, dans son contexte où il s'est construit et vit comme sujet. Enfin, la notion de médicalisation est difficile à importer ici parce que les actes qui amènent les infirmières aux domiciles de ces personnes sont des actes de soins qui s'inscrivent dans les autres actes de la vie quotidienne (Bachimont, 1998 : 189-190). Si l'on peut parler de la médicalisation du lieu (par importation des modes opératoires de soins), il nous est difficile de parler de médicalisation du soin pour toutes les raisons précédemment évoquées.

7.2.1.2 La « domesticisation » des pratiques professionnelles infirmières

En contrepied de cette « médicalisation » du domicile, nous observons une « domesticisation »²¹⁴ des pratiques professionnelles infirmières qui pourraient se définir comme une attention portée aux choses de la vie domestique. Reprenons l'exemple de la toilette. Les soins de toilette nécessitent d'utiliser du linge appartenant à la personne. Ce peut être du linge de toilette pour essuyer la personne à l'issue du soin, ou encore les habits pour le vêtir, mais aussi, quelquefois, des draps lorsque la personne est alitée. Les observations menées auprès des professionnelles au moment de ces soins illustrent le souci qu'elles apportent à ce linge personnel. Il s'agit essentiellement d'un souci d'économie, financière ou d'énergie humaine. L'économie financière vise notamment les personnes pour lesquelles la gestion du linge signifie des dépenses indésirables du fait de leur situation économique (renouvellement d'un linge devenu hors d'usage par usure mais surtout par tâches et salissures répétées). Le souci d'économie de l'énergie humaine s'adresse aux situations dans lesquelles la personne qualifiée de dépendante ou son entourage éprouvent des difficultés physiques à entretenir ce linge (une difficulté à mettre ou sortir le linge de la machine à laver par exemple, une difficulté à étendre ce linge). La considération que les infirmières font de la situation financière ou du rôle de l'environnement social de la personne vieillissante montre une conception du travail infirmier plus large qu'une simple vision inspirée du

²¹⁴ Nous préférons le néologisme « domesticisation » au terme de « domestication ». La première raison est que le suffixe « isation » permet la symétrie avec la « médical-isation », notion sur laquelle nous nous appuyons, et dont nous nous détachons pour interpréter nos données. La seconde raison est que la domestication, même si elle définit, entre autre, un phénomène que l'on peut observer ici, à savoir l'acquisition de caractères comportementaux nouveaux résultant d'une interaction prolongée, contient aussi l'idée d'un contrôle de la part des communautés humaines qui domestiquent les autres, c'est-à-dire une domestication des personnes qualifiées de dépendantes sur les infirmières. Ce n'est pas l'idée développée ici : nous resterons sur ce que le « domestique », compris comme un lieu mêlant intime et social, avec ses caractéristiques physiques, peut faire au métier d'infirmière, et non à ce qu'il peut faire comme lieu de « dressage » dans un but d'exploitation.

modèle biomédical. Ces nouvelles attentions portées à la situation de la personne illustrent une modification de la professionnalité infirmière intervenant à domicile.

Par ailleurs, économiser ce linge signifie à la fois ne pas en utiliser « trop », mais aussi éviter de le tâcher avec des produits colorés. La pratique de la toilette, avec l'usage professionnel du linge personnel présent au domicile implique, pour les infirmières libérales, une gestion de ce linge qui les rapproche d'un travail domestique. En cela aussi, la professionnalité des infirmières libérales est modifiée.

DES MODES TRIVIAUX DE COMMUNICATION QUI ENLÈVENT DE SA SPÉCIFICITÉ AU TRAVAIL INFIRMIER

Dans le cas où la gestion de ce linge est partagée avec d'autres professionnelles (telles que des aides à domicile), des modes de communication inhabituellement usités par les infirmières se mettent en place entre ces professionnelles du travail social et les infirmières. En effet, le mode de communication « classique » entre les différentes professionnelles qui interviennent à un même domicile est l'écrit. Mais les questions du linge sont rarement évoquées dans les écrits formels (comme par exemple un cahier de liaison) : elles sont plutôt reléguées sur des écrits informels type post-it, voire cantonnées à des aménagements de matériels qui ne s'accompagnent pas d'explication écrite mais expriment la volonté de celles qui ont mis en place ces aménagements que les pratiques changent et que de nouvelles habitudes de rangement ou de tri du linge se mettent en place. Comme nous le dit Émeline, aide à domicile :

« Un jour que j'avais le temps, qu'il pleuvait, j'avais tout sorti, j'ai tout trié, les robes d'un côté, les tabliers, tout ça, et ça a été suivi, les infirmières le suivent, c'est nickel quoi (...) ».

(Émeline, aide à domicile à Campagne)

Ou encore comme Sabine, infirmière à Campagne, nous explique avoir mis en place une corbeille de linge sale comme un mode de communication « naturel » :

Sabine : « Je sais qu'elles ont un cahier, mais ... pas du tout, on communique pas du tout avec parce que chacun fait ce ... elles font le linge, les lessives, le ménage, et c'est vrai que ... on leur a mis une corbeille et c'est vrai que, y'a le linge sale, elles le trouvent là, et après on ne communique pas trop, c'est vrai. Son frère, je pense fait le lien...oui, non.

Question : Par exemple la corbeille, c'est vous qui aviez ressenti le besoin de mettre une corbeille ?

Sabine : Mais oui, on mettait le linge sale par terre, y'avait une corbeille qui traînait juste à côté, avec de vieux draps dedans, je sais pas alors moi j'ai mis un jour les draps dans l'armoire, et j'ai mis la corbeille sous la table où on a les médicaments, à côté de son lit, et j'ai dit « non, on va mettre ça là-dedans »

(Sabine, infirmière à Campagne)

Les raisons à cette forme de communication silencieuse sont multiples. Ne rien écrire, ne rien en dire explicitement peut se comprendre à l'aune de deux registres. Le premier registre est celui de l'attention morale portée à la personne qualifiée de dépendante dont la professionnelle respecte l'intimité en n'explicitant nulle part, ni par écrit ni par oral, ce qu'il en est de la gestion de son linge sale. Cette posture rejoint celle qu'Anne-Marie Arborio observe auprès des aides-soignantes hospitalières qui « *ne tiennent pas à répéter, même oralement, (...) le viol de l'intimité* » qu'elles sont amenées à faire en enfreignant « *les règles de pudeur qui ont cours hors de l'hôpital* », notamment à l'occasion des toilettes (2001 : 123). Toujours dans ce registre moral, le silence peut s'expliquer par la pudeur des professionnelles à ne pas insister sur la dépendance des personnes qui nécessitent de l'aide pour évacuer leurs souillures (laver leur linge sale par exemple)

Un deuxième registre pour expliquer ce silence est celui de l'attention morale portée à leur propre personne par les professionnelles. Ne rien dire de sa pratique professionnelle lorsque celle-ci est proche des tâches domestiques, c'est ne pas se dévoiler sur ses propres pratiques personnelles en matière d'hygiène (Arborio, 2001 : 123), même lorsque cela concerne du linge propre, et donc autre chose que des souillures ; c'est aussi ne pas se mettre en situation d'être déconsidérée en soulignant que l'on touche avec les mains aux choses sales, car, comme dirait Jean Peneff : « *Attirer l'attention sur ce sujet c'est risquer de rabaisser le travail au niveau des pires besognes domestiques* » (1992 : 61).

Sans être explicité, ce langage n'en est pas moins explicite. Les aménagements apportés agissent comme un code universel, que tout le monde comprend sans qu'il n'ait été précisé auparavant (les robes séparées des tabliers signifient qu'il ne faut pas, à l'avenir, ranger une robe sur une pile de tabliers). Il s'agit d'un langage qui ne nécessite pas d'apprentissage préalable (à l'inverse d'un langage professionnel) et permet à tous les groupes professionnels de communiquer entre eux. Sabine, infirmière, parle d'un langage « naturel ». Le fait de communiquer avec des professionnelles non-infirmières, dans les domiciles, à propos des affaires du domestique joue sur les modes de communication : qualifiés de plus « naturels » par une infirmière, ces modes de communication impliquant la matérialité du domicile nous donnent à voir comment les infirmières opèrent une domesticisation de leurs pratiques, en les éloignant de pratiques de communication professionnelles.

CONNAITRE LES LIEUX ET ÊTRE ATTENTIF À SES MODIFICATIONS

L'utilisation de la matérialité de l'espace domestique comme moyen de communication peut être minime et concerner un objet qui sera déplacé et mis à la vue de tous. C'est le cas de l'aide à la prise de médicaments. L'infirmière libérale prépare un pilulier hebdomadaire, puis transvase les comprimés du jour dans le pilulier quotidien pour que la personne aidante les administre. Ce transvasement signifie plusieurs choses : que le traitement du jour a été contrôlé par l'infirmière, qu'il est prêt, qu'il n'est pas administré, et qu'il faut donc le faire prendre. C'est un mode de transmission d'informations basé sur du visuel. Un langage qui nécessite une connaissance des lieux, mais aussi observation et interprétation : des compétences nécessaires au « travailler ensemble ».

Nous ne disons plus que l'écrit nécessite un apprentissage de lecture et d'écriture, ni que l'oral nécessite (entre autres) des capacités de phonation. Mais nous tenons toutefois à insister sur le fait que ce canal visuel utilisé dans les codes utilisés à domicile nécessite des facultés d'observation, et quelquefois d'interprétation. Les métiers de l'aide à la personne, peut-être encore plus que ceux du soin, sont dévalorisés et les compétences, pourtant multiples, ne sont pas toujours identifiées (Avril, 2006, 2014). C'est pourquoi aujourd'hui nous choisissons d'insister sur ces capacités d'observation et d'interprétation qui sont nécessaires à un travail professionnel, dans un domicile partagé avec d'autres professionnels. Observation et interprétation demandent une attention nécessaire au travail de l'autre. Sans une attention de la part des infirmières, le travail des aides à domicile peut être anéanti (exemple du rangement du linge), sans une attention de la part des aides à domicile, le travail des infirmières peut être préjudiciable à la personne qualifiée de dépendante (exemple des médicaments). L'observation est nécessaire à ce type de langage. Elle doit être réciproque pour permettre un travail ajusté à celui de l'autre.

« C'est vrai qu'on communique pas trop, on voit ce qu'elles font, parce ce que le lit (...), après on voit que les aides ménagères sont passées, qu'elles ont fait le linge, ... »

(Sabine, Infirmière libérale à Campagne).

L'aménagement de l'espace comme langage utilisé entre professionnelles nécessite qu'une attention soit portée au travail de l'autre. « Travailler ensemble » devient être attentif au travail de l'autre.

UNE HYGIÈNE PLUS MÉNAGÈRE QU'HOSPITALIÈRE

La question se pose de la capacité des infirmières libérales à respecter ou à adapter les règles d'asepsie acquises à l'hôpital, au cours de leur formation initiale, dans cet environnement qu'est le domicile. Les entretiens informels qui se sont déroulés après des moments d'observation reprennent le fait que les infirmières libérales ne suivent pas ces règles à la lettre. Les justifications infirmières de cet écart à la norme sont fondées sur un discours infirmier catégorisant le domicile comme un lieu qui ne serait pas dangereux, à l'inverse de l'hôpital qui contient de multiples germes pathogènes. Les infirmières justifient leur dérogation aux règles d'asepsie par le discours selon lequel la personne qualifiée de dépendante est habituée aux germes présents à son domicile, et qu'ils ne représentent donc pas un danger pour elle. Les infirmières ne tiennent pas compte des directives²¹⁵ les enjoignant à la prudence en matière du risque de contaminations qu'elles représentent elles-mêmes en allant d'un domicile à l'autre par exemple. Le fait d'être dans un domicile, dans un lieu privé, paraît « immuniser » ces infirmières et les rendre imperméables à toute transmission de germes. Le domicile des personnes qualifiées de dépendantes agit sur les infirmières comme une bulle, un territoire aux frontières impénétrables, même par les germes. Cela va dans le sens de la bulle constituée par les relations interpersonnelles que nous avons précédemment identifiées. Mais au-delà de la considération du domicile comme un lieu privilégié, protégé, c'est la question du décentrement des normes professionnelles qui est mise en évidence ici. À domicile, les infirmières libérales créent un nouveau système normatif en matière d'hygiène de l'environnement.

LE CHAT ET LA RUBRIQUE NÉCROLOGIQUE DU JOURNAL

Avant d'être un lieu de soins, le domicile est un lieu de vie qui va imposer à l'infirmière de gérer les aspects liés à ce cadre comme, par exemple, la présence d'animaux qu'il faut écarter le temps du soin pour des raisons d'hygiène. De la même façon, il faudra interrompre la personne dans ses activités personnelles comme celle de lire la rubrique nécrologique du journal, à moins que l'infirmière ne la lise à la personne demandeuse. En intervenant sur le milieu ou en interrompant les activités quotidiennes

²¹⁵ Les textes réglementaires de la profession infirmière (Code de Santé Publique) s'appliquent aux domiciles dans lesquels les mesures de sécurité du patient doivent être assurées comme en institution. L'absence ou l'insuffisance de données épidémiologiques concernant les transmissions de germes liées aux soins s'accompagnent d'une banalisation du risque.

de la personne vieillissante²¹⁶, c'est un travail de gestion de l'environnement que l'infirmière devra intégrer à son travail de soins.

D'un déplacement des objets d'attention (de la personne vers sa situation ; ou encore de ce que les autres professionnelles ont à dire de leur travail vers ce qu'elles en montrent) à un décentrement vers la sphère domestique des efforts de gestion, en passant par l'élaboration d'un nouveau système normatif, le travail infirmier au domicile des personnes qualifiées de dépendantes connaît un glissement vers une nature domestique de ce travail que nous lions au lieu dans lequel il s'exprime, le domicile. À côté d'une médicalisation du domicile que nous relativisons dans le cas des soins infirmiers libéraux auprès des personnes qualifiées de dépendantes, nous montrons une « domesticisation » du travail infirmier libéral.

Si travailler dans une sphère domestique modifie le travail infirmier dans le sens d'une « domesticisation », que devient ce travail lorsqu'il a accès à des intimités ? Connait-il une transformation ? Et si oui, la(es)quelle(s) ?

7.2.2 Le domicile « lieu intime »

Parler d'intimité et de soins infirmiers autorise à penser à l'intimité corporelle. Mais nous avons déjà vu, en début de chapitre, que l'intimité s'applique aussi à l'identité des personnes. Le domicile des personnes qualifiées de dépendantes abrite ces deux types d'intimité : corporelle, voire sexuelle d'une part, identitaire d'autre part. Par les soins donnés dans les domiciles, les infirmières libérales ont accès à ces deux formes d'intimité qui, chacune, vont agir sur les pratiques professionnelles des infirmières après les avoir mises à l'épreuve.

7.2.2.1 Le domicile comme lieu de la recomposition intime du rapport à soi et au monde

Le « chez soi » est le lieu de la construction de l'identité personnelle et familiale (Membrado, 2013 : 9). Nous avons vu précédemment qu'il pouvait être l'écran protecteur de cette identité (Pennec, 2000). Avec l'âge²¹⁷, ce lieu intime devient le lieu de la recomposition de soi telle qu'elle est décrite par la notion de déprise (Barthe *et al.*,

²¹⁶ La lecture de la rubrique nécrologique a été observée chez les enquêtés les plus âgés.

²¹⁷ En mobilisant ici une notion développée dans la sociologie du vieillissement (la notion de déprise), nous ne parlerons que des personnes vieillissantes. Nous excluons de cette réflexion les personnes en situation de handicap, Ingrid et Melle Baptiste.

1988), c'est-à-dire comme un ensemble de stratégies de reconversion mises en œuvre par ceux qui vieillissent pour faire face à des contraintes nouvelles qui surgissent au fil de l'âge et qui constituent les déclencheurs des reconversions (Caradec, 2007). La fatigue, ou l'« *amoindrissement de l'énergie vitale* », liée aux activités domestiques (ménage, bricolage) est un exemple de ces facteurs déclencheurs de la déprise. L'identité est alors conçue dans sa dimension dynamique, comme une entité qui peut changer, se recomposer.

Par ailleurs, la relation longue qui s'instaure entre infirmière libérale et personne à qui cette infirmière prodigue des soins de continuité de la vie va permettre que se mette en place une proximité sécrétrice d'une certaine intimité entre les deux protagonistes. La question de la « bonne distance » professionnelle se pose avec acuité car il a été relevé que l'émoussement de la distance professionnelle comporte un risque que la relation n'envahisse les différentes sphères de l'existence de la personne vieillissante et que toute son existence soit construite autour du soin infirmier (Damamme et Paperman, 2010). C'est donc à un nouveau travail de gestion de la relation sur le long cours et de la « bonne distance » professionnelle que les soins réguliers dispensés aux personnes vieillissantes invitent les infirmières libérales.

Or la notion de déprise se traduit, en termes de stratégies de reconversion, par une sélection des activités et des liens de la personne en prise avec l'âge (Barthe *et al.*, 1988 ; Clément *et al.*, 1996 ; Clément, 2003 ; Caradec, 2008). Dans un tel processus il ne s'agit pas de faire moins, mais de faire autrement (ou de faire autre chose) ; il ne s'agit pas de ne plus avoir de liens mais d'avoir des liens de natures différentes (ou qui passent par des canaux différents : le téléphone plutôt qu'une visite). Ce travail de sélection appartient à la personne elle-même et s'opère dans un souci de « *reconstruction identitaire inscrite dans la relation aux autres* » (Mantovani et Membrado, 2000 : 14). À la suite de Serge Clément et Monique Membrado (2010), nous considérons la déprise comme un « *processus et (des) procédés de substitutions, de remplacements d'activités* » (*ibid.* : 109), « *de recomposition et de choix* », « *un processus complexe et interactif qui se joue dans (un) aménagement de soi et du monde* » (*ibid.* : 110). Nous comprendrons ces dernières composantes (« soi et le monde ») dans leurs dimensions relationnelles.

Nous proposons d'examiner, dans cette recherche centrée sur le travail de professionnelles, ce que la déprise fait aux infirmières libérales lorsqu'elles en sont témoins, ou partie prenante puisqu'elles peuvent participer au déclenchement de ce processus (Caradec, 2007). Les infirmières libérales enquêtées ne nomment pas le processus de déprise par son nom sociologique, mais elles ont, à plusieurs reprises,

décrit des comportements qui relèvent de ce processus. Reprenons l'exemple d'Antoine, précédemment cité. Cet homme de 87 ans au moment de l'enquête est veuf depuis une quinzaine d'années. Il vit seul dans une maison de deux cents mètres carrés dans le village de Campagne. Antoine est une personne qui aime beaucoup sortir de chez elle, aller se promener, rendre visite à des amis, se rendre à l'épicerie, aller seul au restaurant. Il a aussi un goût prononcé pour les choses techniques, ce qui lui fait envisager le recours à toutes sortes d'aides instrumentales, aides qu'il peut lui-même inventer tel un système de ficelles lui permettant d'attraper sa potence dans le but de sortir de son lit le matin. Si l'on devait mobiliser le concept de déprise, le bricolage opéré par Antoine est une illustration de recomposition de l'environnement qui lui permet de poursuivre une activité : se lever de son lit sans aide humaine. Le geste de se lever de son lit le matin sans aide peut sembler simple à un regard extérieur, mais pour Antoine, il exprime sa volonté, son « caractère trempé » diraient les infirmières. Or ce « vouloir » est une dimension de la déprise (Clément, Mantovani, 1999 : 100). Par ailleurs, Antoine peut continuer à se lever à l'heure qui lui convient (il est matinal, se lève entre cinq et six heures du matin, avant toute intervention professionnelle). Ainsi, il est dans une sorte de continuité de son quotidien. Enfin, se lever de son lit par un système mis au point par lui représente pour Antoine la continuité de son identité de bricoleur, de technologue, ainsi que la poursuite de ses capacités de prises sur l'environnement (autre caractéristique de la déprise). Ce portrait d'Antoine a été établi à partir de nos observations, de nos entretiens avec lui, mais aussi de la présentation que les infirmières libérales ont faite de lui. Elles sont donc conscientes du phénomène d'aménagement du monde que pratique Antoine.

Ce qui nous intéresse est de savoir si le processus de déprise dont les infirmières libérales sont témoins a des effets sur leur activité professionnelle.

Pour cela, revenons en arrière dans l'histoire d'Antoine. Près de deux ans avant notre rencontre avec Antoine, cet homme avait décidé de quitter sa maison pour aller vivre en maison de retraite, pour rompre l'isolement qu'il voyait croître du fait de ses difficultés à déambuler. Après plusieurs mois, à l'occasion d'une hospitalisation, Antoine exprime son souhait de réintégrer sa maison à sa sortie de l'hôpital au motif qu'il ne s'entend pas avec les résidents de la maison de retraite. Se pose alors le problème de l'intervention de professionnelles d'aide et de soins, déjà nécessaire à la vie à son domicile d'Antoine avant son départ pour la maison de retraite. Réunies, les différentes professionnelles concernées s'opposent à ce retour à domicile, sauf une infirmière, Pauline, celle-là même dont nous avons parlé de la relation privilégiée avec Antoine. Irène, une associée de Pauline relatera les faits en ces termes :

« Ouais, il s'est battu envers et contre tous, y'a un an, à la dernière réunion des aide-ménagères, tout le monde... Il revenait de l'hôpital tout ça, tout le monde a dit « non », « non c'est plus possible on peut plus le prendre en charge, il doit partir à la maison de retraite, bon j'avoue que c'est Pauline à l'époque qui a dit « on va lui donner sa chance », j'avoue que nous tous, on était pessimistes quoi. »

(Irène, infirmière à Campagne)

Antoine, soutenu par Pauline, s'oppose à l'évaluation que les autres professionnelles font de la faisabilité d'un retour à domicile de cet homme. Il s'est alors trouvé dans la situation de faire la démonstration de sa capacité à rester chez lui et du bien-fondé de sa décision. En contraignant Antoine à reconsidérer son environnement matériel, les professionnelles agissent comme des déclencheurs du processus de déprise. C'est alors qu'il a mis au point son système de ficelles lui permettant de se lever seul le matin. Et donc de ne pas avoir besoin de professionnelles quand elles ne peuvent pas encore intervenir, comme à 6 heures du matin par exemple.

De la même façon, Antoine ne conçoit sa vie qu'à travers ses relations sociales et ses sorties partagées (aller au restaurant, aller jouer à la belote au club du village). Mais il est porteur d'une maladie neurologique dégénérative qui diminue beaucoup sa mobilité. Toutefois, il conduisait sa voiture jusqu'à quelques mois en arrière, même si les manœuvres devenaient difficiles. Peu avant notre entrevue, il avait accepté de ne plus conduire sa voiture après l'avoir accrochée dans son propre garage ; il a alors acheté un scooter électrique à trois roues de façon à poursuivre ses sorties à l'extérieur. Nous avons ici l'illustration d'un deuxième exemple de recomposition de l'environnement. En acquérant un scooter, Antoine montre plusieurs choses : tout d'abord sa capacité à se tenir au courant des nouveautés, de « *sa conformité à notre époque* » (Drulhe, 2000 : 32) ; ensuite sa volonté de maintenir ses déplacements dans l'espace public (et donc la considération de son espace au-delà des murs de son logement) ; enfin, la mobilisation d'efforts mise au service du maintien des relations sociales, puisque le scooter devait permettre d'aller jouer à la belote et de continuer à aller manger au restaurant.

Cette décision de revenir habiter dans sa maison, et les moyens qu'Antoine se donnent, prouvent aux différentes professionnelles, infirmières libérales comprises, que leur évaluation n'était pas valable. Antoine, pris dans un processus de déprise, les met dans une épreuve de professionnalité : leurs critères d'évaluation des situations ne sont pas valides avec certitude. Elles doivent assumer les conséquences de leur jugement. Ici, elles reconnaîtront qu'elles avaient mal évalué la situation d'Antoine. Mais le cas d'Antoine nous intéresse aussi parce qu'il met en évidence une deuxième conséquence

du processus de déprise sur la professionnalité des infirmières : en reconsidérant ces relations sociales, Antoine « oblige » ces interlocuteurs à reconsidérer la nature des relations qu'elles ont avec lui.

L'interactionnisme a pu montrer comment les relations entre soignants et soignés peuvent être le résultat de négociations (Strauss, 1992a ; Hughes, 1996a). Convoquer la notions de déprise rajoute à l'analyse interactionniste le fait que ces négociations s'inscrivent dans des trajectoires (celles des personnes vieillissantes mais aussi celles des professionnelles) et souligne en cela le caractère dynamique et interactif des relations qui s'établissent au fil du temps.

7.2.2.2 Le domicile comme lieu d'intimité corporelle

En vis-à-vis de l'image de la médicalisation du domicile lorsqu'il est un lieu physique, nous avons pu relever la notion d'institutionnalisation de l'intime (Magnusson *et al.*, 2003) lorsque le domicile est considéré comme le lieu de l'intimité.

DU MATERNAGE À L'ÉROTISATION DE LA RELATION TACTILE

Les soins infirmiers, et notamment la toilette, impliquent un face à face, voire un corps à corps dans lequel chacun des deux protagonistes entrera en communication avec l'autre par sa corporéité. Les interactions corporelles se jouent dans un espace à trois dimensions : le corps de la personne soignée comme source d'informations infirmières ; le corps de la personne soignée comme réceptacle de soins infirmiers ; enfin, le corps de l'infirmière dans une relation allant du maternage à l'érotisation de la relation.

Qu'en est-il donc de l'interaction corporelle entre infirmière et personne qualifiée de dépendante ? Les soins impliquent le corps de l'infirmière. Lors du soin d'hygiène, la proximité des corps engendre un partage d'intimité : les odeurs, les parfums sont échangés. La chaleur de l'autre est ressentie. La pression des gestes informe l'autre d'un message non-verbal. Ceci est d'autant plus vrai que les soins observés à domicile ont été, pour la grande majorité, effectués sans les gants jetables que l'on retrouve plus systématiquement en institutions. Les infirmières interrogées à ce propos disent travailler sans les gants par habitude, elles n'ont pas appris à faire les gestes techniques avec les gants à usage unique et réservent leur utilisation au cadre strict de la manipulation de produits à risque infectieux. Nos observations ont montré que malgré ce discours, les prélèvements sanguins, impliquant une intervention sur du sang potentiellement contaminant, se pratiquent sans protection manuelle. Le toucher direct,

de peau à peau, est un élément de la relation interindividuelle qui est souvent valorisé par les infirmières : il permet de recevoir des informations de cette peau, mais aussi d'en transmettre, notamment par les gestes doux qui peuvent accompagner les soins (une caresse, un geste de tendresse). C'est ainsi que la relation corporelle peut prendre la forme de maternage. Pauline a été observée en train de passer sa main dans les cheveux de Gustave, atteint de la maladie d'Alzheimer et devenu quasiment paralytique. Interrogée sur les capacités de communication de Gustave, Pauline explique :

« (Pour communiquer avec sa femme), il la regardait. Quand elle se penchait il lui faisait des bisous. Et moi des fois je me penchais pour avoir des bisous, mais il mangeait les joues, comme les bébés. On rigolait. »

(Pauline, infirmière à Campagne)

La référence à un comportement infantile corrobore la figure maternelle de la relation de Pauline à Gustave.

À domicile, les soins nécessitant que la personne se dévête conduisent l'infirmière dans les pièces du domicile traditionnellement consacrées à l'intimité : la chambre et la salle de bains. Ces pièces sont emblématiques de l'intimité voire de la sexualité (la nudité, la position des corps). Travailler dans ces pièces de l'intime favorise l'érotisation de la relation de soin telle que la définissent Alain Giami *et al.* (2013) : une relation qui est à la croisée des contacts corporels de zones érogènes liés aux soins, du rapport de séduction et du harcèlement sexuel. Et ces trois dimensions de la relation existent aux âges les plus grands de la vie. Pour Pascale Molinier, « *le care est un travail qui ne peut être pensé indépendamment du sexuel* » (2009 : 234). Les professionnelles de santé qui ont analysé la pratique infirmière du toucher à travers les soins de base confirment qu'il existe une limite à ne pas franchir, celle de l'érotisation du toucher qui sera évitée en « protocolisant » tous les gestes (Mercadier, 2002 : 33) compte-tenu que la peau représente une « surface d'excitation sexuelle » (Rajablat, 2003 : 69). La distinction peut alors être faite entre le soin d'hygiène fait d'obligations, et la toilette « fête » de plaisir (*ibid.* : 109). Les infirmières qui travaillent en oncologie et auprès desquelles Alain Giami *et al.* (2013) ont enquêté expriment deux formes d'érotisation : une vécue comme agréable, qui facilite les relations de soins (expression de confidences de la part de patientes sur leur propre sexualité, par exemple), et une forme vécue comme agressive, non compatible avec les soins tels que les infirmières se les représentent (discours grivois, tentatives d'attouchement, ...).

L'entretien avec Pauline et Marie-Pierre à propos d'Antoine, déjà cité dans ce chapitre, nous a permis d'aborder ce sujet. Comme les infirmières hospitalières, Pauline

exprime être dérangée par l'ambiguïté de certains moments de soins. Et plus encore lorsque les gestes ou les mots sont sans ambiguïté.

Pauline : Oui, puis des gestes un peu mal ... à un moment donné c'était un peu ambigu aussi, tu vois, non mais faut le dire avec Antoine, quand il mettait les mains, à un moment il fallait mettre les points sur les « i » quoi.

Marie-Pierre : Oui, des gestes pas forcément ... sur les cuisses ou comme ça.

Pauline : Ah mais il disait des choses pas très agréables et parfois tu disais « mais où est-ce qu'on va là ? », et plusieurs fois on s'est fâchés, oui, on s'est plusieurs fois fâchés.

Marie-Pierre : Et il est revenu avec toi.

Pauline : Et moi aussi je suis revenue parce que je ne suis pas quelqu'un de rancunier, il faut savoir passer là-dessus quoi, mais en même temps il a fallu savoir mettre pas mal de distance parce que sinon, c'était difficile.

(Extrait d'entretien avec Pauline et Marie-Pierre, infirmières à Campagne)

Parler de ces moments revient, pour Pauline, à évoquer l'attitude qu'elle adoptait dans ces circonstances. Le caractère sexuel des gestes et paroles d'Antoine entraîne une verbalisation de ce que Pauline relève comme un problème, verbalisation qui permet, dans l'instant, de rappeler à Antoine la norme de la relation (« mettre les points sur les 'i' » ; « savoir mettre pas mal de distance »). Lorsqu'un tel cas se présente dans l'équipe hospitalière en oncologie étudiée par Alain Giami *et al.*, ces derniers mettent en évidence les « *stratégies de mise à distance physique et psychique du patient* », notamment celles faisant appel au reste de l'équipe, de façon à offrir une réponse collective à ce qui est devenu un problème (propos et/ou gestes qualifiés de déplacés par les infirmières). Ces stratégies, telles qu'elles ont été repérées à l'hôpital, sont : « *Désérotiser la situation en portant un regard clinique sur le corps d'autrui, ne jamais parler de soi/sa vie privée ; « recadrer » le patient pour le remettre à sa place en lui rappelant les rôles impartis à chacun dans la relation de soins ; éviter le patient ou restreindre le temps passé auprès de lui ; recourir à l'équipe qui jouera le rôle de tiers régulateur dans le colloque singulier devenu dangereux ; ne pas faire le soin seul(e) avec le patient mais en présence d'un(e) collègue, voire en cas d'impossibilité majeure, lui passer le relais ; avoir des discussions collectives pour définir la conduite à tenir en équipe dans les cas difficiles.* » (Giami *et al.*, 2013 : 35). Ces stratégies visent donc à ce que l'infirmière se protège seule, dans un premier temps, d'une relation qui pourrait être risquée, et qu'elle se fasse aider, dans un deuxième temps, par le reste de l'équipe pour maintenir une distance plus grande entre elle et la personne mise en cause.

À domicile, ces deux stratégies apparaissent : Pauline se protégera (en mettant les points sur les 'i' par exemple) et en parlera à ses collègues. Nous soulignons que l'équipe d'infirmières libérales redevient un collectif au moment où l'une d'entre elles est « agressée », comme cela se fait à l'hôpital. En cela, le fait de travailler à domicile n'a pas modifié les réactions grégaires des infirmières.

Mais la stratégie individuelle est différente de celle identifiée à l'hôpital, car la mise à distance ne sera pas faite par l'équipe mais par l'infirmière elle-même, et qui plus est, dans le contexte d'une relation au long cours. Les enjeux de la mise à distance ne sont pas les mêmes : il s'agira de maintenir cette relation sur le long terme, tout en mettant en place une distance. Et nous voyons toute la difficulté que cela représente pour Pauline qui est déjà engagée dans une relation de grande proximité avec Antoine. Mais est-ce vraiment un hasard si le rapprochement qu'Antoine a tenté s'est porté sur la personne de Pauline lorsque l'on sait que « *l'expression d'une forte implication personnelle et de sentiments positifs envers les patients ou envers certains d'entre eux, expose les infirmières à deux types de risques : d'une part, perdre la dimension professionnelle de leurs interventions (si la distance affective envers le patient est abolie) et, d'autre part, s'exposer au risque du harcèlement et des abus sexuels. Comme on peut le noter (...), le premier danger de l'érotisation réside dans la proximité et l'implication affective et émotionnelle avec le patient qui ont un effet déstabilisant.* » (Giami *et al.*, 2013 : 30-31).

La stratégie de Pauline consistera donc à mettre de la distance (on l'a vu), à en parler à ses collègues, mais aussi à revenir vers Antoine, à maintenir le lien qu'elle a avec lui. Elle dira même : « *Il faut savoir passer là-dessus quoi* ». C'est en cela que nous pouvons dire que le soin intime à domicile constitue une épreuve de professionnalité : il conduit les infirmières à intégrer une nouvelle stratégie, celle de poursuivre le lien en travaillant sur la nature de la relation.

7.2.3 Le domicile « lieu social »

Le domicile, ce lieu de l'intime, est aussi un lieu de sociabilité. Celle-ci n'est pas à comprendre comme un « *système de règles pour bâtir une relation avec autrui* » (Martucelli, 2002 : 240), ni « *comme une aptitude individuelle à établir des relations* », (Authier et Grafmeyer, 1997 : 41). Nous l'utilisons ici dans le sens de « *l'ensemble des relations effectivement entretenues par une personne avec d'autres personnes* » (*ibid.* : 41). C'est pourquoi nous considérerons le domicile comme étant un lieu qui permet la sociabilité de deux façons : en y recevant des visites, mais aussi en s'y apprêtant pour en sortir et avoir des activités sociales extérieures.

7.2.3.1 Le domicile où l'on reçoit et où l'on s'apprête pour sortir

Le domicile est un lieu de réception de personnes choisies : la parentèle, les amis ou connaissances proches (Vezina et Membrado, 2005 : 218), les voisins (Argoud, 2002), auxquelles nous rajoutons des professionnels. Il s'agit d'une « ouverture du chez-soi à autrui » (Serfaty Garzon, 2010), un chez-soi qui permet ainsi d'être en lien avec les « autres » (Juhel : 1998). C'est aussi un lieu où l'on reçoit des appels téléphoniques, des mails, mais aussi des odeurs ou des bruits de l'extérieur. Autant de personnes ou sensations que l'infirmière libérale trouvera au domicile et avec lesquels il faudra composer : éconduire les visites des voisins pour conserver l'intimité du soin, gérer l'appel téléphonique pour tenter d'avoir une relation d'exclusivité avec la personne sollicitée, fermer les fenêtres à des bruits extérieurs pour améliorer la qualité d'audition des échanges. En pénétrant dans le domicile, l'infirmière cherche à couper celui-ci de son ouverture au monde et à en faire un lieu de relations exclusives. On retrouve ici le fonctionnement infirmier de l'hôpital où les horaires de visite séparent les moments de soins des moments de socialité. C'est ce que fait implicitement l'infirmière libérale lorsqu'elle donne un rendez-vous : elle prévient que le moment de ce rendez-vous sera consacré au soin et pas à recevoir d'autres visites. Mais à domicile, il ne s'agit peut-être pas tant de couper la personne du monde extérieur que de resserrer son intimité autour d'elle le temps d'un soin qui, dans le cas d'une toilette, permettra à cette personne de s'ouvrir à nouveau au monde. Son aspect physique lui permettra d'envisager des relations sociales, chez lui ou à l'extérieur. Il s'agira de « *sortir à partir d'une intimité* » (Membrado, 2010 : 10).

Apprêter une personne qualifiée de dépendante représente plusieurs enjeux pour une infirmière libérale. Le premier enjeu est physiologique, il s'agit de rendre la personne propre et de lui éviter les désagréments et les risques liés à un manque d'hygiène. Le deuxième enjeu est de permettre une sociabilité à cette personne en la rendant présentable.

Le troisième enjeu concerne directement l'infirmière libérale. En rendant présentable la personne dont elle s'occupe, elle rend visible son propre travail.

7.2.3.2 Le travail infirmier rendu visible depuis le domicile

Et c'est à partir des domiciles que le travail des infirmières sera rendu visible : parce que la personne qualifiée de dépendante reçoit ou sort de chez elle, le travail infirmier est vu par d'autres. Les professionnelles savent qu'il est visible à l'échelle de

la cité. Et cela peut même influencer le travail de certaines infirmières, comme celui d'Irène, infirmière à Campagne :

« En plus il est beau comme tout, enfin moi je trouve, avec le rasoir électrique, ils sont toujours très mal rasés, (rires), même s'ils se rasent à l'électrique, j'aime bien passer derrière, ça c'est le seul truc que je me garde, non c'est vrai, quand je vois, des personnes que j'ai, autres hein qui font, qui se rasent, moi j'aime bien quand même repasser, il s'est loupé là, il s'est loupé là, moi j'aime bien, je trouve que c'est ça qui donne un petit côté propre, fini, beau, coiffé, parfumé, voilà j'aime beaucoup, je trouve qu'il faut qu'il ait..., voilà, je pars je veux qu'on dise : « pfff, on voit que l'infirmière elle est passée, pour moi c'est important. »

(Irène, infirmière à Campagne)

La visibilité du travail infirmier a un impact sur la manière que cette infirmière aura de travailler car son travail sera soumis à jugement. Elle agira donc de façon à ce que son travail soit bien jugé. Elle nous délivre ce qu'elle pense être les critères de jugement de son travail : propre, beau, fini. Mais ces « notions confuses » (Perelman, 1989) sont autant de « points de fuite » (*ibid.*) au service d'un discours qui n'est qu'une partie du travail d'Irène. Il reste toute une partie de son travail qui est invisible (Saillant, 1992, 2000) : le travail de relation dont nous avons précédemment parlé, par exemple.

Cette volonté de montrer un travail qui sera jugé bon illustre par ailleurs l'investissement personnel de l'infirmière libérale dans son travail. Elle recherche ce jugement car il est lié directement à sa réputation. Cette infirmière ne tient pas seulement à faire « bien » son travail par conscience professionnelle, donc pour sa profession, mais elle cherche une reconnaissance plus personnelle.

Le lien entre privé et public qui se voit dans l'étude du domicile appliquée aux personnes qui y résident se retrouve pour les professionnelles qui y travaillent. Cela est vrai pour toutes les professionnelles qui y interviennent. Dans le cas des infirmières libérales, cette publicisation est nouvelle par rapport à ce qu'elles ont pu connaître à l'hôpital. Et cette visibilité des soins est surtout vraie pour les soins de continuité de la vie, telle qu'une toilette, car ceux qui relèvent du domaine médicalement prescrit restent discrets, voire masqués. C'est donc parce qu'elles vont s'occuper de personnes qualifiées de dépendantes et assurer un type de soins immédiatement visibles dans l'espace public que les infirmières libérales voient leur professionnalité mise à l'épreuve : la manière de travailler sera dicté par le fait que ce travail sera rendu public.

7.3 Conclusion du Chapitre 7

Le domicile apparaît comme structurant de l'activité infirmière libérale et comme le lieu propice à un ébranlement des certitudes professionnelles, donc à une recomposition de ce métier.

Le travail infirmier libéral dans les domiciles fait face à l'opposition entre, d'un côté, respecter un lieu protecteur et, d'un autre côté, être intrusif en « s'y installant ». Un jeu interactionnel entre infirmières libérales, occupants des lieux, et autres intervenantes professionnelles permettra de trouver un point d'équilibre à cette opposition, autorisant ainsi la poursuite des soins. Le jeu interactionnel se nourrit de la confiance, l'interconnaissance et la proximité relationnelle que le travail à domicile favorise. Le domicile apparaît alors comme une contingence structurante du métier d'infirmière libérale.

L'intervention d'infirmières libérales dans les domiciles, comme celle d'autres services de soins, est souvent considérée comme une médicalisation des lieux. Or déplacer la focale en nous intéressant au travail infirmier à domicile tel qu'il est pratiqué de façon très concrète permet de montrer qu'exercer dans ces lieux s'accompagne plutôt d'une « domesticisation » du travail professionnel. Ce processus est rendu visible par l'attention portée aux caractéristiques de ce lieu domestique et aux petites choses de la vie quotidienne, mais aussi par l'importation par les infirmières de normes et de gestes relevant davantage de la vie domestique qu'hospitalière.

Par ailleurs, considérer le domicile comme lieu d'interactions intimes conduit les infirmières à « travailler » sur la nature du lien qu'elles entretiennent avec les personnes chez qui elles interviennent en transformant une relation de soins en quelque chose de plus personnalisée. Enfin, le fait que leur travail puisse être rendu visible depuis ce lieu a un impact sur la façon dont les infirmières libérales l'envisagent.

L'ensemble de ces éléments montre comment le métier d'infirmière libérale, et plus largement sa professionnalité, sont éprouvés par le fait de travailler dans les domiciles des personnes qualifiées de dépendantes.

Par ailleurs, nous avons terminé le chapitre précédent en soulevant la question d'une dépendance situationnelle. Le domicile, et plus encore les interactions qui s'y déroulent, telles que nous les avons évoquées dans la première partie de ce chapitre, participent de la *situation* permettant de qualifier la dépendance telle que les infirmières l'envisagent.

Par les interactions, les professionnelles communiquent. Mais elles trouvent aussi le moyen de se transmettre des informations par des moyens qui ne nécessitent pas unité de temps et de lieu. Une des pratiques les plus courantes est alors l'usage des écrits. Nous chercherons, dans le prochain chapitre, comment ces écrits participent à la recomposition du métier d'infirmière libérale

Chapitre 8 : Les usages des écrits professionnels : cacher ce qui rapproche, souligner ce qui sépare

Une première analyse d'écrits professionnels a déjà été effectuée dans le chapitre 4. Il s'agissait alors de faire ressortir les caractéristiques du travail infirmier à domicile en tant qu'activité libérale²¹⁸. Dans le chapitre actuel, notre perspective est différente. L'étude des écrits devrait nous permettre d'étudier le « faire ensemble » (Becker, 1986) comme le partage d'un centre d'intérêt commun, mais aussi comme « *un agencement de chaînes d'activité des acteurs avec des autonomies partielles (...)* » (Lacoste, 2005). En s'intéressant aux écrits entre professionnelles, nous montrons que le travail sort de la scène unique chère aux interactionnistes (Rot *et al.*, 2014), pour nous entraîner vers la prise en considération de notion d'interdépendance, de réseau. Avant de comprendre en quoi les écrits peuvent nous apprendre sur le « travailler ensemble », nous décrivons les supports les plus fréquemment utilisés pour communiquer entre professionnels (8.1). Nous étudierons ensuite les usages de ces supports et surtout les conséquences de ces usages en matière de relations sociales (8.2). Enfin, l'étude des écrits sur un temps long permet de montrer comment le travail infirmier libéral s'inscrit dans la durée et suit la trajectoire d'une personne, ce qui favorise l'émergence d'une conception nouvelle de sa dépendance (8.3).

Considérer le langage comme une activité sociale (Goffman, Garfinkel) permet de traiter les productions langagières à l'intérieur des interactions et d'analyser à la fois leur distribution et circulation entre acteurs, les registres idéologiques mobilisés, et les catégorisations. C'est à une étude de l'articulation entre langage et travail que nous vous invitons, et plus particulièrement entre langage scriptural et travail. Nous devons tenir compte du fait que les écrits professionnels s'inscrivent dans un contexte : ils se

²¹⁸ Appropriation toute personnelle que font des infirmières libérales d'outils censés structurer leur activité prescriptions infirmières, ou encore mise en évidence des relations au sein d'un cabinet sont deux des résultats présentés dans le chapitre 4

massifient en milieu hospitalier, où ils ont une fonction opérationnelle (support de l'action) et juridique (protection). À domicile, la tenue du dossier de soins est une obligation : elle figure dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels²¹⁹. Par ailleurs, il existe une demande sociale à un usage des écrits à domicile, compris par les personnes vivant à domicile comme un moyen de partager les informations entre professionnels (Guillaume et Or, 2016).

Nous avons choisi de mobiliser une approche pragmatiste pour l'étude de ces écrits parce que cette approche avait déjà été mobilisée par d'autres auteurs (Lacoste, 2005 ; Borzeix et Fraenkel, 2005), ce qui nous permettait, si ce n'est la comparaison, du moins un recours pour l'interprétation.

Nous nous sommes interrogée sur le rôle des écrits professionnels dans un éventuel travail d'harmonisation des normes portées par les acteurs, voire de création de culture commune que pourraient favoriser les interactions mises en œuvre au moment de l'usage des écrits à domicile. Le nécessaire travail de « traduction » entre les différents professionnels nous amène à nous questionner à partir de la notion « objets-frontières » (Star et Griesemer, 1989) qui pourraient favoriser cette culture commune entre deux mondes sociaux hétérogènes (Guichard, 2012), ou encore faire lien ; et ce à partir d'objets créateurs d'une collecte, gestion et coordination de connaissances distribuées (Trompette et Vinck, 2009 ; Vinck, 2009). Créer une culture commune ? Inculquer des normes ? Ou bien, comme nous le disent Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut (2014), répartir des tâches (donc se tenir les uns à côté des autres) et faire unité en faisant circuler de l'information ?

Que font les écrits au travail ? Que peuvent-ils nous apprendre sur les postures des uns et des autres ? Sur le « travailler ensemble » de professionnelles relevant de métiers différents ?

Pour Béatrice Fraenkel (1993), les écrits possèdent des « fonctions de communications et de représentation » auxquelles s'ajoute la « fonction d'enregistrement » mise en œuvre dans les procédures de traçabilité. En plus d'enregistrer, la traçabilité a une fonction testimoniale (Fraenkel, 1993), c'est-à-dire

²¹⁹ Les **séances de soins infirmiers** cotés en AIS comprennent l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. La cotation forfaitaire par séance **inclut** l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, **la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle**. (Source : Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie du 11 mars 2005)

qu'elle engage l'individu en tant que personne qui prend ses responsabilités en signant. La signature permet aussi de rendre visible son travail et ainsi de se faire reconnaître, comme l'a montré Françoise Acker auprès des infirmières hospitalières en oncologie (Acker, 1997).

La valeur juridique des écrits est reconnue par les membres de la famille. Les supports matériels mis à la disposition de scripteurs à domicile sont quelquefois l'initiative des familles elles-mêmes. Car comme nous le dira Magguy, la nièce de Jean (Campagne), les cahiers qu'elle a mis en place chez son oncle devaient garder la trace écrite d'une décision prise à l'oral entre elle et les infirmières, mais aussi, et surtout nous a-t-elle assurée en entretien, pour conserver une preuve dans l'éventualité de litiges familiaux.

De notre côté, ce n'est qu'en étant sur le terrain que nous avons envisagé la pertinence d'une étude portant sur les écrits. Cet intérêt s'est imposé à nous au fil de l'enquête dont les sites n'ont donc pas été choisis en fonction des écrits qui y sont produits. Nous déplorons *a posteriori* cet état de fait tant il est vrai, d'une part, que les écrits occupent une part importante du travail sanitaire, social et médico-social, et d'autre part que nous disposons de travaux hospitaliers qui auraient permis d'approfondir la connaissance des particularités du travail à domicile.

Toutefois, les matériaux collectés ont rendu possible l'analyse des usages des écrits, quel que soit leur mode de recueil.

8.1 Description des supports des écrits dans le « travailler ensemble »

Les supports de l'écrit posent la question de leur typologie à finalité analytique. Comment les classer ? Quels documents retenir dans nos observations ? « *De quelles grandes catégories disposons-nous pour introduire un principe d'ordre dans les matériaux collectés ?* » (Borzeix et Fraenkel, 2005 : 239). Sans prétendre à l'exhaustivité, nous avons tenté de faire leur inventaire en relation avec notre question principale, celle du « travailler ensemble » et de son impact sur le métier. Nous les présentons par ordre décroissant de formalisme.

Les supports sur lesquels les professionnelles peuvent écrire à domicile sont multiples. Nous envisageons ici de les examiner en posant la question de leurs usages dans le fait de travailler à plusieurs métiers autour de ces écrits.

Encadré n° 2: Appui théorique et Méthodologie d'analyse d'un corpus d'écrits inattendu

Les cahiers de transmission sur lesquels s'écrivaient professionnels et membres de la famille de Jean (Campagne) nous ont été remis au décès de celui-ci. Nous présumons de la richesse d'un tel matériau car six années et demie d'échanges entre infirmières, médecin, aide-ménagère et famille de Jean y figuraient. Ce corpus se distinguait du reste de nos données recueillies essentiellement par observation. Il nous a donc fallu construire un outil d'analyse spécifique. Dans ce but, nous nous sommes appuyée sur des préceptes prônés par Béatrice Fraenkel (2005b), Michèle Grosjean et Michèle Lacoste (1998) et Michèle Lacoste (2005) et avons construit la grille figurant en Annexe 7.

Pour les pragmatistes, l'important réside dans l'action située. Or, ce corpus ayant été recueilli en dehors de ses conditions de production, nous avons « (bricolé) plus que d'habitude » (Fraenkel, 2005b : 231) un outil d'analyse de manière à suivre, au mieux, les préconisations de l'auteur : repérer, inventorier, collecter et décrire les écrits en tant qu'objets, en étant attentive à leurs caractéristiques matérielles et à leur situation dans l'espace de travail (Fraenkel, 2005b : 241). Cela a permis de répondre aux questions : Qui écrit sur quoi ? À quel sujet ? Et comment ?

La grille d'analyse a été construite de façon à pointer le maximum d'éléments exploitables : caractéristiques discursives des écrits (le vocabulaire, la syntaxe, les sémantiques spécifiques), formes langagières (présence de formes abrégées, utilisation de symboles graphiques, ...), énoncés dialogiques, ...

La grille d'analyse des données de ce corpus se compose de 19 colonnes, permettant de relever les dates et heures des énoncés, le statut du scripteur, s'il signe ou pas cet énoncé, le type d'énoncé (est-il informatif, prescriptif, personnel, ... ?), la forme de l'énoncé (abrégé, codé, ...), sa fonction, et de quel thème cet énoncé relevait : du fait de « travailler ensemble », de la conception de la dépendance, de l'autonomie des infirmières, ...

Une partie des résultats apparaît dans le chapitre 8 pour ce qui est des relations entre professionnelles ; et une autre dans le chapitre 10 consacré au rôle de la famille dans la recomposition du métier d'infirmière libérale.

LE DOSSIER DE SOINS UTILISÉ PAR LES INFIRMIÈRES

Les infirmières libérales utilisent le dossier de soins en l'ajustant à leur pratique : la première feuille du dossier, qui permet l'identification de la personne qualifiée de dépendante, dresse également la liste des professionnels de santé ou structures sociales ou médico-sociales qui interviennent à ce domicile, avec leurs coordonnées respectives, facilitant ainsi leurs prises de contact. Par ailleurs, les infirmières utilisent davantage le diagramme de soins (Annexe 6) que les parties sur lesquelles il faut rédiger en toutes lettres. Ces dernières sont réservées pour noter les observations particulières et concernent surtout la description de soins évolutifs, ainsi que les transmissions au médecin.

Ce dossier nous a été présenté comme devant accompagner la personne qualifiée de dépendante dans ses déplacements, et notamment lors des hospitalisations. Mais les faits montrent que ce dossier suit très rarement la personne. Il reste au domicile le temps des hospitalisations : la communication entre les professionnels hospitaliers et ceux de ville n'est pas encore assurée par l'intermédiaire des dossiers de soins.

Le support matériel est le résultat d'une création infirmière. En secteur rural, ce sont les infirmières du cabinet qui ont confectionné ce dossier de toutes pièces. Elles en photocopient les originaux pour éditer de nouveaux dossiers qui prennent la forme d'un classeur. En secteur urbain, les différents cabinets étudiés adhèrent à une association de professionnels de santé libéraux dont l'objectif est de promouvoir le maintien des personnes soignées à domicile. L'utilisation d'un même Dossier de Soins Infirmiers fait partie des moyens mis en œuvre par cette association forte de 600 adhérents (infirmières, médecins, pharmaciens, diététiciennes, ...). Les infirmières libérales achètent le dossier-support de leurs écrits à cette association locale.

Il s'agit d'un « outil juridictionnel » (Bechky Beth, 2003, citée par Léonie Hénaut, 2016) dans le sens où il est lié aux activités de la juridiction du travail infirmier. À ce titre il est partagé avec les aides-soignantes.

LE DOSSIER DE SOINS UTILISÉ PAR LES AIDES-SOIGNANTES

Les aides-soignantes intervenant à domicile sont salariées d'un service de soins infirmiers à domicile qui fournit un dossier de soins, souvent sous forme de classeur. Ce dossier est semblable, dans sa constitution, au dossier mis en place par les infirmières libérales, puisqu'il répond aux mêmes obligations du fait qu'il est utilisé dans le cadre

de soins infirmiers délégués à des aides-soignantes. Les aides-soignantes utilisent, elles-aussi, essentiellement le diagramme de soins.

LE CAHIER DE TRANSMISSIONS DES INTERVENANTES DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Les intervenantes des services d'aide et d'accompagnement communiquent entre elles par l'intermédiaire d'un « cahier ». Leur hiérarchie leur demande de laisser une trace écrite de leur activité (ménage, courses, entretien du linge, lecture du journal à la personne dépendante, ...). Le terme de « cahier de transmissions » est un terme indigène que nous reprenons tel quel. D'autres l'appellent « cahier de liaison » (Vilbrod et Douguet, 2007 : 59). L'appeler « cahier de liaison » est déjà le définir par une fonction qui serait de « faire du lien », alors que le terme de « cahier de transmissions » entendu sur notre terrain souligne plutôt le fait de laisser une information à disposition des autres, sans prétention de créer ou d'entretenir du lien. Nous chercherons cet aspect dans l'analyse des usages. Le support couramment utilisé par les intervenantes des services d'aide et d'accompagnement est un cahier d'écolier apprêté selon des règles : il comporte un certain nombre de données que l'on retrouve sur le dossier de soins infirmiers (coordonnées de la personne dite dépendante, des professionnels intervenant chez lui, ...). Les énoncés, très souvent datés, y sont notés au fil de l'eau.

LES PAPIERS VOLANTS

De petits mots volants, quelquefois inscrits sur des bouts de papier trouvés aux domiciles des personnes, peuvent être utilisés pour transmettre des informations in situ. Il peut s'agir de consignes permanentes (comment ranger le linge dans cette armoire), ou de consignes temporaires. Ces petits mots volants servent alors de « pense-bête ». Ces papiers sont couramment utilisés par toutes les catégories professionnelles intervenant aux domiciles.

8.2 Les usages des écrits dans le « travailler ensemble »

Plus que le support, c'est l'usage de ce support, i.e. l'écriture en tant que pratique, qui nous intéresse. À travers cette pratique (déposer des messages quelque part dans le but, entre autre, qu'ils soient lus), c'est aux rapports sociaux entre les professionnelles et les autres acteurs du domicile des personnes qualifiées de dépendantes que nous destinons notre analyse. Qui écrit où ? Quoi ? Comment ? Quel contenu ? Qu'est-ce que ces « manières de faire » (De Certeau, 1990) amènent à la connaissance du

« travailler ensemble » ? Et au-delà, en quoi l'usage des écrits pourrait nous informer sur l'éventuelle épreuve de professionnalité que constitue le fait de travailler avec d'autres professionnelles auprès de personnes qualifiées de dépendantes.

Plus largement, les réponses à ces questions doivent nous permettre de questionner les caractéristiques des personnes qualifiées de dépendantes et de leurs soins, en tant qu'éventuelle épreuve de professionnalité.

INFORMER LES AUTRES POUR ÉVITER D'ÊTRE SOI-MÊME GÊNÉE DANS SON TRAVAIL

Dans le cadre du soutien à domicile des personnes qualifiées de dépendantes, un usage de l'écrit montre que les infirmières cherchent à éviter d'être gênées par d'autres professionnels au moment de leurs interventions. Le recours à l'écrit va leur permettre cet « agencement de chaînes d'activité » (Lacoste, 2005 : 324). Ceci est particulièrement visible entre professionnels libéraux tels que infirmières et kinésithérapeutes, tous deux « acteurs avec des autonomie partielles » (Lacoste, *Ibid.*).

Les différents professionnels libéraux s'informent mutuellement, en utilisant plutôt le cahier de transmissions des intervenantes sociales, des horaires prévus pour leur passage au domicile. Cette inscription est explicite sans être explicitée. Si les infirmières inscrivent quasi systématiquement les dates devant chaque énoncé, il n'en est pas de même pour l'heure à laquelle a été écrit le message. L'énoncé écrit s'inscrit entre passé et futur, entre réponses à des énoncés précédents, et informations données ou propositions faites aux lecteurs à venir. Les heures ne sont inscrites que dans un souci de précision, au tout début de l'intervention des infirmières par exemple, pour faire savoir au kinésithérapeute et autres intervenants professionnels (et éventuellement à la famille) comment les infirmières entendent organiser leurs horaires de passage. Entre infirmières et kinésithérapeutes libéraux, s'informer mutuellement de ses horaires respectifs revient à trouver tacitement des accords pour « s'éviter » au domicile. Il s'agit d'informer l'autre professionnel que telle plage horaire est déjà occupée.

Mais il ne s'agit pas d'une information portant sur le contenu du travail : chacun ignore ce que l'autre fait durant ses séances respectives. Les rencontres entre infirmières et kinésithérapeutes sont souvent fortuites, (dans le cas où leurs horaires prévus ont été décalés par des aléas), et ces rencontres ne se transforment pas, d'après les dires des infirmières, en réunions de travail. Le cahier de transmissions devient un outil *d'articulation opérationnelle* (Grosjean et Lacoste, 1999 : 167-168) limitée à l'organisation des tours de passage. L'efficacité visée par « la mise en cohérence » des activités ou des tâches (Lacoste, 2005 ; Bloch et Hénault, 2014) semble davantage viser

le travail de chacun des professionnels que les soins de la personne auprès de qui ces professionnels interviennent. Ces aménagements que trouvent les professionnels leur permettent de construire leur métier « *de manière à en assurer la supportabilité, la tenabilité et la durabilité* » (Bouchayer, 2008a : 102). Ils écrivent avant tout pour eux, pour continuer à travailler dans ce qui leur paraît être de bonnes conditions.

RENDRE VISIBLE SON TRAVAIL ET INFORMER DE L'ÉTENDUE DE SON TERRITOIRE

Les écrits, comme le travail de toilette, permettent de rendre public un travail qui se fait dans l'intimité d'un domicile, et dont la personne qualifiée de dépendante n'est souvent que le seul témoin. Certains supports écrits sont partagés par des professionnelles de plusieurs métiers. Les cahiers destinés aux transmissions entre intervenantes du secteur social sont aussi utilisés par les infirmières. Ces cahiers deviennent une arène publique sur laquelle chacune donne à voir ce qu'elle a fait. Cette arène peut s'élargir vers l'extérieur des murs des domiciles. C'est ainsi que Bernadette, aide-ménagère à Ville, nous parle du but de la traçabilité, i.e. *faire preuve*, quand elle nous dit : « *On marque pour le Conseil Général, si y'a contrôle* ». Mais en fait, en laissant une trace écrite de sa propre activité, le scripteur a bien conscience de s'adresser aux autres, à tous les autres.

L'arène publique que représentent les cahiers de transmissions permet aux infirmières libérales de se rendre visibles. Mais il ne s'agit pas ici de faire reconnaître un travail invisibilisé (comme le montre Françoise Acker (1997) à l'hôpital), mais bien plutôt de rendre visible quelles positions occupent des professionnelles intervenant aux domiciles, c'est-à-dire de faire connaître leur territoire. Ce que les infirmières écrivent sur un support commun permet de faire connaître la limite du territoire infirmier. Et ceci est vrai pour chacun des métiers scripteurs.

ÉCRIRE PERMET D'ARTICULER ET D'INFORMER SUR CETTE ARTICULATION

En écrivant, les infirmières procèdent à une *articulation opérationnelle* qui consiste à organiser et réaliser ce qui est prévu en gérant les aléas. Elle est particulièrement visible dans les relations écrites avec les kinésithérapeutes, nous l'avons vu. Mais elle se retrouve aussi auprès des familles que les infirmières tiennent informées de leurs décisions, prises en dehors des domiciles, décisions portant sur l'organisation temporelle du travail infirmier plus que sur son contenu. Les horaires, la fréquence des passages infirmiers, en sont des exemples. Si les familles sont présentes aux côtés de la personne qualifiée de dépendante, mais absentes au moment des soins, le

cahier de transmissions et les papiers volants sont des moyens pour tenir au courant la famille de ce travail *d'articulation opérationnelle* mené par les infirmières. L'écrit devient un outil rendant visible ce travail d'articulation en indiquant, si besoin, comment les aléas ont été gérés.

FAIRE DU LIEN OU EXPRIMER DES RAPPORTS PROFESSIONNELS ASYMÉTRIQUES

« L'analyse des fonctions des écrits demande de distinguer systématiquement entre fonctions supposées et fonctions réelles. Une certaine langue de bois irrigue les discours des agents, en particulier des responsables mais aussi des chercheurs dont l'idée centrale et illusoire est que tout écrit est fait pour être lu. L'analyse des usages réels de certains documents, le rapport d'activités ou le journal d'entreprise, montre que ces écrits peuvent remplir des fonctions symboliques et réglementaires par le simple fait d'exister et de circuler sans pour autant être lus. » (Borzeix & Fraenkel, 2005 : 242)

C'est pourquoi nous avons distingué écriture et lecture, toutes deux révélatrices de rapports professionnels asymétriques.

8.3 Des rapports professionnels asymétriques révélés par l'usage de l'écriture

En regardant de plus près qui écrit où, c'est-à-dire quels professionnels écrivent sur quels supports, nous nous sommes aperçue que les infirmières écrivaient sur tous les documents disponibles à domicile : le dossier de soins infirmiers, mais aussi les dossiers amenés par les aides-soignantes, ainsi que dans les cahiers de transmission des travailleuses de social. Elles utilisent également les petits mots volants.

Les aides-soignantes, quant à elles, n'écrivent que dans leurs propres dossiers de soins. Il arrive qu'infirmières et aides-soignantes partagent le même dossier. Cela est notamment le cas si les infirmières sont intervenues plus tardivement que les aides-soignantes dans l'histoire de l'intervention des professionnelles auprès d'une personne qualifiée de dépendante. Les infirmières disent qu'elles « prennent » alors le dossier des aides-soignantes (Cabinet Ville Centre), auquel elles rajoutent les feuilles destinées à recevoir des informations liées à l'activité spécifiquement infirmière (feuille de traitement médicamenteux, feuille de pansements par exemple).

« Quand les aides-soignantes interviennent, elles mettent leur classeur. En général on prend leur classeur, c'est-à-dire que l'on a glissé une feuille de traitement, alors ou c'est celles des aides-soignantes, ou on en met une, ... [...] Dans le classeur des aides-soignantes, on n'y a que le traitement en fait, et on acte notre présence sur leur fiche à elles. »

(Corinne, infirmière à Ville Centre)

Les infirmières agissent de la sorte à Ville, où elles achètent un dossier vierge. Or si elles se greffent sur un dossier existant, elles opèrent une économie financière (elles nous l'ont présentée comme telle), et elles le font sans en avertir le service de soins infirmiers à domicile dont relèvent les aides-soignantes. Cette pratique locale est acceptée par les services de soins infirmiers à domicile. L'inverse (c'est-à-dire que les aides-soignantes se greffent sur le dossier infirmier préexistant à leur arrivée à ce domicile) reste exceptionnel. Un seul témoignage va dans ce sens, mais il est intéressant à citer car la coordinatrice du service de soins infirmiers à domicile concerné a contacté le cabinet infirmier pour demander aux infirmières si le SSIAD²²⁰ pouvait utiliser leur dossier. L'infirmière qui a répondu à l'appel du SSIAD aurait préféré retirer son dossier et poursuivre les écrits infirmiers sur le dossier du SSIAD mais n'a pas osé s'opposer à la demande car, nous explique-t-elle, « *on est content de trouver le SSIAD lorsqu'on a besoin d'eux* » (Corinne, Cabinet Ville Centre). Nous relevons ici que si les infirmières libérales ne demandent aucune autorisation pour utiliser le dossier de soins apporté par les aides-soignantes, le SSIAD, lui, demande cette autorisation. Nous pointons une première relation asymétrique. Sur le terrain du domicile, les infirmières libérales reproduisent un ersatz des relations hiérarchiques hospitalières à l'endroit des aides-soignantes (même si celles-ci ne sont pas leurs subordonnées puisque salariées du SSIAD), en se permettant d'écrire sur les documents des aides-soignantes. L'infirmière coordinatrice du SSIAD, qui s'exprime au nom des aides-soignantes qu'elle représente, va demander l'autorisation que les aides-soignantes écrivent sur les documents appartenant aux infirmières. Elle n'impose pas aux aides-soignantes de le faire sans le demander au préalable aux infirmières : cette responsable de SSI²²¹ fait elle aussi, comme les infirmières dans d'autres circonstances, un « travail diplomatique » de maintien du lien.

Aides-soignantes et infirmières peuvent donc partager un dossier commun. Les infirmières vont même jusqu'à cocher leurs actes sur le même diagramme de soins que les aides-soignantes. Cette superposition des écrits de deux types de professionnelles sur un même espace montre qu'infirmières et aides-soignantes partagent l'outil

²²⁰ SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

²²¹ SSI : Service de Soins Infirmiers

d'inscription. On pourrait penser que c'est parce qu'elles partagent la sphère des soins de santé. Il est vrai que, comme cela a été relevé par ailleurs (Vilbrod et Douguet, 2007 : 59), « *l'écrit professionnel (...) prend modèle sur les pratiques hospitalières* » auxquelles ont été formées infirmières et aides-soignantes. C'est ainsi que les aides-soignantes utiliseront volontiers l'écrit pour communiquer avec les infirmières. Mais à la différence de l'hôpital, il n'existe pas à domicile de temps quotidiens de partage d'informations orales (temps de la « relève » à l'hôpital), alors les aides-soignantes ont mis au point un code. Elles ont augmenté leur dossier de soins par un dispositif technique qui a une fonction de signal et d'alerte (Grosjean et Lacoste, 1998 : 446) :

Question : et si elles [les aides-soignantes] voulaient vous dire quelque chose sur l'état de Madame Fidèle, elles feraient comment pour vous le dire ?

Corinne : euh ... (...), les aides-soignantes vont le marquer sur le cahier, ça on le voit parce qu'elles sortent la feuille, donc ça on peut le voir, (...).

(Corinne, infirmière à Ville Centre)

« *Elles sortent la feuille* ». C'est avec ces mots que les infirmières nous expliquent que lorsque les aides-soignantes ont noté une information qu'elles veulent transmettre aux infirmières, elles mettent la feuille à lire en exergue, la décale vers le haut à l'intérieur du classeur, ce qui va interpeller le regard de l'infirmière. Cette saillance informationnelle est un langage codé révélateur d'une culture commune qui s'est créée entre infirmières libérales et aides-soignantes intervenant à domicile.

Les travailleuses du social, quant à elles, n'écrivent que dans leur cahier de transmissions. Dans le cas où les infirmières disposent d'un dossier de soins infirmiers et n'utilisent pas de façon régulière le cahier de transmissions des travailleuses sociales, celles-ci ne notent jamais un mot à l'attention des infirmières dans leur propre cahier, qui ne sert pour elles qu'à tracer leur activité ou à se donner, entre auxiliaires de vie sociale ou aides à domicile, des nouvelles de leur travail (« *la machine à laver n'essore pas bien* », « *le linge est lavé, il est à étendre* », ...). Si les travailleuses sociales veulent contacter les infirmières, elles n'écrivent pas mais attendent de les rencontrer, par le hasard des rencontres, ou si c'est plus urgent, elles téléphonent. Contrairement aux aides-soignantes, les professionnelles du secteur social n'écrivent pas dans l'espace des écrits sanitaires, qui devient par le fait, un espace « réservé ». Mais il arrive que les infirmières ne mettent pas en place de dossiers de soins infirmiers, et c'est alors Sheila qui nous dit :

« Y'a des aides à domicile qui ont la spontanéité de mettre en place un cahier, un classeur, elles mettent en place un cahier, et en fait, en gros, on se greffe dessus, voilà... »

(Sheila, infirmière libérale Ville Nord).

En partageant l'outil d'inscription des travailleuses sociales, les infirmières s'inscrivent dans l'espace du travail social.

Comment les infirmières se sont-elles retrouvées à écrire sur ces différents supports ? Comment les non-infirmières se sont-elles retrouvées à n'écrire que sur leurs propres supports ?

La première réponse est que les infirmières, nous l'avons un peu évoqué ci-dessus, ont un rapport à l'écrit cultivé à l'hôpital. Écrire leur est plus facile qu'aux intervenantes sociales du niveau de formation des aides à domicile, ou auxiliaires de vie sociale, à qui il n'est pas demandé le même niveau d'exigence en matière d'expression écrite. De plus, l'écrit a une dimension symbolique (Fraenkel, 2005b : 233), « l'écriture peut être parfaitement banale, routinière, mais (...) est aussi, potentiellement, une pratique extraordinaire, différente de l'oral, ancrée dans une histoire religieuse et juridique » (*Ibid.*, p. 235). Cette dimension symbolique peut faire que se tienne à distance de l'écrit toute personne qui n'est pas obligée de le pratiquer. Comme peut faire se tenir à distance de l'écrit le fait que cette pratique revient à s'exposer culturellement : aisance avec le vocabulaire, les niveaux de langage, l'orthographe, ... Le risque encouru d'être dévalorisée dans cette activité est plus grand que le bénéfice à rentrer en communication avec les infirmières. L'écrit des non-infirmières sera alors réduit au minimum, et restera circonscrit aux outils propres à ces professionnelles.

La seconde réponse est que les infirmières s'autorisent à écrire sur d'autres supports que ceux qui leur sont particulièrement destinés. D'une part, parce que face aux aides-soignantes, elles se sentent en relation de hiérarchie. D'autre part, parce qu'elles écrivent aux intervenantes du secteur social, ce n'est pas tant pour leur laisser une information, que pour leur demander de faire ou de se procurer des choses (du matériel à acheter, des aménagements à apporter,...). Nous avons observé cela dans les cabinets de Ville Centre et Nord. Les aides à domicile sont alors instrumentalisées, vues comme des « instruments » par les infirmières dont elles complèteraient l'action. D'ailleurs, lorsque les infirmières parlent des auxiliaires de vie sociale, elles soulignent la complémentarité de leurs fonctions respectives. Complémentarité qui peut se muer en deux entités juxtaposées, comme le souligne Sabine :

« Chacun fait ce ... [qu'il a à faire], elles font le linge, les lessives, le ménage, ... ».

(Sabine, infirmière à Campagne)

Sabine rajoute même qu'elle n'a pas « à communiquer avec les aides à domicile puisque leurs activités sont différentes ».

Le discours à propos des aides-soignantes est très différent : ce n'est pas le registre de la complémentarité qui est avancé (ce qui pourrait être le cas), mais plutôt celui de leurs qualités humaines ou professionnelles :

« On leur fait confiance » (Corinne, infirmière à Ville Centre)

« Elles bossent bien » (Pauline, infirmière à Campagne).

En nous intéressant aux usages des écrits, nous mettons en évidence des relations professionnelles asymétriques entre infirmières libérales, aides-soignantes et intervenantes du secteur social. Une séparation conceptuelle des sphères sanitaire (où les professionnelles seront décrites par leurs qualités humaines) et sociale (dans laquelle les professionnelles seront décrites par leurs fonctions) est apparue dans cette analyse.

8.4 Des rapports professionnels asymétriques révélés par l'usage de la lecture.

C'est avec une attention particulière que nous avons distingué écriture et lecture. Dans la pratique de la lecture, nous avons observé qui lit quoi (ou qui), et surtout, nous avons cherché à savoir ce que l'on peut dire de ces « manières de faire ».

La première observation est que les lectrices sont sélectives de leurs lectures. Il arrive, de façon isolée, qu'une infirmière libérale lise l'ensemble des documents. Deux raisons à cela. Soit il s'agit d'une situation qualifiée de complexe, ou lourde, dans laquelle des éléments très divers comme l'heure du repas, la fréquence du ménage, le comportement de la personne pendant les soins aides-soignants, ... peuvent avoir un impact sur le déroulement des soins infirmiers. Soit il s'agit d'un comportement propre à une infirmière qui ne conçoit pas de travailler chez une personne sans avoir le maximum d'informations sur ce qui a pu se passer pendant son absence. Une seule aide à domicile nous a déclaré procéder elle aussi de la sorte parce que « tout l'intéresse »²²². Ce fait reste exceptionnel. Les habitudes observées sont plutôt que chacune lise les documents émanant de son propre groupe professionnel, alors même que la lecture de

²²² Cette aide à domicile s'est décrite comme une personne qui aime et souhaite comprendre. Elle a illustré ses propos en nous racontant comment elle s'était fait expliquer les problèmes médicaux de la personne qualifiée de dépendante dont elle s'occupe par les infirmières, mais aussi les méandres de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) par sa responsable hiérarchique, les effets secondaires des médicaments par le pharmacien, ...

l'ensemble est rendue possible par le fait que les documents, en restant à domicile, est à la disposition de toutes.

Les classeurs des infirmières ne sont consultés que par les infirmières. Les aides-soignantes et les aides à domicile (sauf exception) ne lisent pas les autres écrits que ceux qui figurent dans leurs supports respectifs : le dossier de soins pour les aides-soignantes, le cahier de transmissions pour les auxiliaires de vie sociales et aides à domicile.

Dans les faits, les infirmières ne regardent pas non plus les écrits des autres professionnelles de façon systématique, il arrive même qu'elles ne connaissent pas l'existence d'un cahier pourtant bien existant et régulièrement instruit.

« Je sais même pas si elles ont un cahier, c'est ça »

(Sabine, infirmière libérale à Campagne, en parlant des aides à domicile intervenant chez Mercédès).

Le seul moment où les unes et les autres se lisent est lorsque le support est partagé. En l'absence de dossiers de soins infirmiers, comme nous l'avons vu précédemment dans le cabinet Ville Nord, les infirmières écrivent sur le cahier de transmissions des aides à domicile (Sheila disait s'y être « greffée »). Elles peuvent également lire le document des autres si un signe permet d'attirer l'attention de la lectrice, comme c'est le cas du code mis en place entre aides-soignantes et infirmières à Ville (la feuille en exergue citée plus haut).

8.5 Alors, que peut-on dire de ces « manières de faire » ?

Le premier constat est que les écrits ne permettent pas aux intervenantes de différents groupes professionnels de communiquer de façon quotidienne. Elles ne communiquent par écrit que si elles s'avertissent qu'elles doivent se lire, ou si elles écrivent sur le même support, au fil de l'eau, et que les écrits des unes se mêlent aux écrits des autres. Les écrits, s'ils sont un support de communication intra professionnelle, ne sont un support de communication interprofessionnel que peu usité.

Le deuxième élément est que pour la lecture, comme pour l'écriture, les infirmières sont les professionnelles qui s'autorisent le plus facilement à naviguer d'un support à l'autre. Cette « manière de faire » souligne une différence de position entre elles et les autres professionnelles. Il existe des rapports sociaux asymétriques qui font

que les unes s'autorisent à tout lire tandis que d'autres s'interdisent de lire ce qu'elles pensent ne pas leur être destiné.

« Le dossier infirmier, ça ne nous regarde pas »

(Catherine, auxiliaire de vie sociale de Ville)

Nous avons montré jusque-là qu'il existe des *articulations opérationnelles* (organisation des tours de passage, prescription de ce qui reste à faire). L'asymétrie des rapports sociaux mise en évidence ici ne soulignerait-elle pas plutôt une *articulation structurante locale* ? Michèle Grosjean et Michèle Lacoste la définissent, à l'hôpital, comme un ensemble de règles définies dans un espace donné qui structurent « *la coopération entre catégories, l'organisation des communications orales et écrites, les procédures d'organisation du travail, les procédures techniques, les procédures de relation (avec les autres services à l'hôpital, avec les malades)* » (1999 : 167). Cette articulation est le fait « *des responsables de service, chefs de services, surveillantes* ». Dans le cas que nous étudions, l'espace considéré est celui existant entre les différentes intervenantes. Si par leurs lectures multiples, les infirmières ont une vision plus complète des activités menées par l'ensemble des intervenantes, elles n'en interviennent pas moins sur leurs procédures de travail ou de relation qui sont du ressort de leurs supérieures hiérarchiques

Les écrits professionnels sont un lieu partagé sans équité entre les différentes professionnelles, au bénéfice des infirmières libérales qui montrent ainsi que leur territoire professionnel recouvre partiellement celui des autres.

L'ANONYMAT COMME FORME DE RÉSISTANCE À L'ASYMÉTRIE DES RAPPORTS SOCIAUX ?

Les « petits mots » disposés aux domiciles sont une façon permanente, bien qu'inscrits sur des petits bouts de papier, voire des papillons adhésifs, de laisser des messages qui s'adressent à l'ensemble des intervenantes. Ils sont généralement mis en évidence, voire épinglés sur un support solide. Ces messages portent souvent sur les activités légères qui concernent l'ensemble des intervenantes : certaines salissent le linge (les infirmières ou les aides-soignantes en faisant les soins, mais aussi en changeant les personnes et en produisant ainsi du linge à laver), d'autres le lavent et le rangent (les aides à domicile), puis les premières dérangent ce linge propre pour l'utiliser à nouveau. Dans ce cycle du linge, il existe une véritable interdépendance entre les professionnelles. L'instruction claire de ce qui doit être fait par chacune est nécessaire au bon déroulement de ce cycle, le temps que les habitudes s'installent, ou pour éviter qu'elles ne se perdent. Les « petits mots » peuvent servir à identifier les

lieux où sont rangées telle ou telle pièce de linge. Ces mots volants (ou épinglés) ne sont ni datés, ni signés. De ce fait, ils agissent comme une consigne permanente, une injonction valable pour tous, et non comme engageant la responsabilité d'un seul individu. L'anonymat souligne l'universalité d'un message.

Si les messages avaient été signés, ils auraient alors été compris comme des demandes expresses, voire des ordres de celles qui gèrent, c'est-à-dire qui lavent le linge, à l'adresse de celles qui le salissent. Une telle consigne peut être mal reçue, car considérée comme un ordre donné par un subalterne à un supérieur, même si la relation hiérarchique n'existe pas dans la loi ; elle est symbolique. L'anonymat permet la neutralité d'échanges, il évite les tensions et révèle par là une forme de résistance aux rapports sociaux tels qu'ils sont établis.

Par ailleurs, l'étude des écrits nous interroge sur la valeur symbolique des activités. Si l'on part de l'hypothèse que le formalisme d'un document révèle l'importance des activités qui y sont consignées, alors nous mettons en évidence une hiérarchie des activités par la nature des documents qui s'y rapportent. Des papiers volants, qui plus est anonymes, seraient donc liés à des activités dévalorisées. Nous retrouvons, ici aussi, comme dans le cas du domicile, la question du linge comme activité dévalorisée. Nous relevons que dans le paysage des pratiques professionnelles, l'entretien du linge ne semble pas mériter plus qu'une forme de communication péjorative, soulignant de ce fait le caractère du « *sale boulot relégué* » qu'il constitue.

Si l'anonymat est considéré comme une forme de résistance à l'ordre établi (en donnant des indications à des professionnelles qui ont plutôt l'habitude d'en donner que d'en recevoir), il faut relativiser cette forme de résistance car elle concerne le secteur relégué du travail à domicile, celui du linge.

« FAIRE AUTORITÉ » OU COMMENT DÉFENDRE SON TERRITOIRE

L'écriture, nous dit Béatrice Fraenkel (2005b : 235), « *est un puissant moyen d'action* » né du lien de consubstantialité établi dans nos civilisations entre nos institutions (la justice, l'économie, la religion, l'État) et l'écrit. (...) Le contrat passé chez le notaire et signé par les parties est l'exemple banal de ce pouvoir. L'écrit nous est socialement vital ». Les auteurs relevant de la perspective pragmatiste distinguent les écrits qui « font savoir » (les énoncés informatifs), les écrits qui « font faire » (les prescriptions médicales), et les écrits qui ont pour fonction de « faire preuve » (les énoncés performatifs : « *il va bien* », « *nette amélioration* » ; les signatures manuscrites qui attestent) (Fraenkel, 2005b : 254).

Nos données nous permettent de rajouter que des écrits « font autorité » dans le sens où ils sont des marques d'autorité. Les relations d'autorité mises en évidence dans l'étude de la toilette (Chapitre 6) se retrouvent dans les écrits. Mais l'analyse de ces derniers permet de développer de nouvelles connaissances sur la relation d'autorité entre les différents professionnels du domicile.

Dans le but d'explicitier cette conclusion, nous proposons de présenter une partie de nos résultats concernant le corpus d'écrits prêté par la famille de Jean. Ce corpus comporte quatre types de scripteurs (le médecin, les infirmières libérales, l'aide-ménagère et la famille). Nous avons tenu compte du fait que les écrits « *relèvent du dialogisme, chaque type d'écrits participe d'un ensemble et n'a de sens qu'en relation aux autres* » (Fraenkel, 2005b : 235). Nous avons suivi le conseil de considérer les énoncés qui se répondent comme une des unités d'analyse. Pour cela, nous avons examiné comment les messages se répondent, leurs dates, qui signent quoi, la précision des heures, ... et ce que chacun de ces éléments a pu nous dire des relations entre les différents scripteurs.

Dans ses énoncés (15 occurrences), le médecin fait autorité dans cinq d'entre eux. Il montre par-là qu'il décide sur un territoire où d'autres pourraient intervenir. Ainsi, lorsqu'il évoque des passages plus fréquents des infirmières, sans les prescrire, il intervient sur la sphère d'autonomie des infirmières libérales qui consiste à évaluer les besoins de Jean. Il fait autorité en étant une force de propositions. Il fait autorité en suggérant. Il n'impose pas. De la même façon, le médecin fait autorité lorsqu'il écrit que les infirmières peuvent passer à son cabinet récupérer une ordonnance sur laquelle il aura prescrit ce qui leur manque comme matériel nécessaire à la réfection d'un pansement. Il fait autorité dans le sens où il dispose du temps et de la mobilité des autres (son cabinet est à une vingtaine de kilomètres du cabinet des infirmières libérales) mais en même temps, il laisse la possibilité aux infirmières d'évaluer ce qui leur est nécessaire pour faire le pansement. Il leur reconnaît une forme d'expertise en matière de pansement. C'est pourquoi nous parlons d'autorité et pas de domination. Il arrive même qu'il reconnaisse noir sur blanc l'expertise des infirmières lorsqu'elles suspectaient une infection. Il confirme cette hypothèse par un diagnostic : son écrit devient performatif. Mais même sur ce terrain de la plaie infectée, il continue à faire autorité en renvoyant aux autres la responsabilité de la guérison : « *il faut que Jean mange* ». Faire manger Jean est l'affaire des infirmières et de la famille, pas celle du médecin qui ne prescrira rien de plus devant une telle situation. L'autorité médicale ne s'analyse pas seulement à l'aune des prescriptions médicales. Elle s'envisage aussi dans une relation qui n'est pas prescriptrice au sens médicamenteux du terme, mais qui l'est

au sens du comportement que doivent adopter les personnes qui travaillent avec lui (y compris la famille).

Dans leurs énoncés (96 occurrences), les infirmières libérales font elles aussi autorité. Faire autorité lorsque l'on est infirmière libérale, c'est par exemple intégrer des données qui appartenaient au territoire familial (les habitudes de Jean par exemple) à leur territoire infirmier. C'est donc étendre le territoire professionnel en direction du territoire familial. Une autre façon de « faire autorité » envers la famille est de faire montre de son expertise : en prenant des initiatives, en mettant en place une prévention d'escarres, ou en faisant des propositions de matériel plus adapté à l'état de Jean, par exemple. L'expertise porte sur l'identification des risques et sur l'identification des conséquences (évolution de l'état de Jean par exemple). Cette expertise peut aller jusqu'à signaler des besoins de matériel, ce qui a pour effet d'impliquer la famille dans les soins en leur demandant de satisfaire ces besoins.

Une autre manière de montrer l'autorité des infirmières envers les familles peut être illustrée par un échange écrit entre la nièce de Jean et une infirmière : un dimanche où les infirmières ne travaillaient pas chez Jean, celui-ci est tombé et s'est fait une plaie que la nièce a pansée. Le lendemain, l'infirmière a évalué cette plaie et a estimé que le pansement n'était pas nécessaire. Elle a tenu informée la nièce de sa décision par un symbole signifiant « arrêt » du pansement, sans donner plus d'explications ni de justification de sa décision. Dans cette situation, une relation d'autorité s'instaure : pour l'infirmière, le pansement relève de son territoire, et l'usage des codes hospitalo-médicaux souligne de quel territoire relève le pansement (en l'occurrence celui des infirmières). L'usage des symboles et abréviations dans les textes écrits révèlent l'existence d'un jargon professionnel, importation d'habitudes et de codes hospitaliers, mais est aussi une marque d'autorité par la violence symbolique contenue dans le fait d'écrire un message qui ne puisse être décodé que par des initiés. L'usage des écrits abrégés ou codés, qui se rapprochent d'un jargon, va dans le sens d'une médicalisation du soutien apporté aux personnes qualifiées de dépendantes, médicalisation étant pris ici dans le sens du champ réservé à des professionnels (ceux en lien avec le travail médical et sa division) qui exclut les non-médicaux.

Enfin, face à la famille, les infirmières peuvent « faire autorité » en répondant à des messages qui utilisent un ton inhabituel à l'écrit et qui expriment une lassitude des scripteurs. À cinq reprises en moins d'un an (entre le 14 novembre 2010 et le décès de Jean en octobre 2011), la nièce de Jean demande à ce que les infirmières disposent un morceau de papier-ménage sur le bavoir de Jean lorsqu'elles l'installent face à son petit-déjeuner car Jean tâche son pull, que le bavoir ne protège pas intégralement. Les quatre

premiers messages ne laissent percevoir aucun agacement. Mais leur caractère répété prouve que les infirmières oublient régulièrement cette consigne. Au cinquième message, la nièce, lasse de répéter, écrira :

« Pour le bavoir, voir relève du 27 août ».
(Maggy, nièce de Jean, cahier de transmissions de son oncle)

La première infirmière à lire ce message n'a pas apprécié le ton employé et répondra sur le même ton :

« Pour le Mopral (médicament qu'elle demande à la famille d'aller chercher à la pharmacie, de façon répétée), voir relève du 29 juillet. Merci ».
(Pauline, infirmière, cahier de transmissions de Jean)

L'acte de « faire autorité » passe par le fait de répondre tout de suite, sur le même ton. Elle signifie ainsi qu'elle n'a pas d'ordre à recevoir, comme Pauline nous l'exprimera lors d'un entretien.

Pauline : « j'ai adoré faire ça, (rires)
Question : oui, pourquoi ?
Pauline : parce que j'aime pas cette façon de marquer. Elle aurait pu dire « excusez-moi », enfin j'aime pas les trucs comme ça quoi, moi je mets pas des ordres comme ça dans les cahiers quoi, c'est juste la formulation, la façon dont les choses sont dites. »

En réagissant de la sorte, Pauline nous montre qu'elle ne veut pas recevoir d'ordre de la famille.

On pourrait croire que les infirmières font autorité en ne s'adressant qu'à des personnes qui ne sont pas leur supérieur hiérarchique, or les infirmières font aussi preuve d'autorité envers le médecin de Jean lorsqu'elles réagissent à ses écrits qui renvoient les infirmières sur leur territoire, lorsqu'elles vont empiéter sur le sien (à propos de l'histoire des perfusions chez Jean déjà évoqué dans le chapitre 5). En lui répondant par écrit, elles signalent aux autres lecteurs (plus qu'au médecin qui ne reviendra que dans un mois et n'ira pas lire ce qui a été mis à la suite de son dernier message) que le médecin n'a pas le « dernier mot », qu'elles peuvent continuer à exprimer leur désaccord avec la façon de traiter de ce médecin.

Dans ses énoncés (41 occurrences), la nièce fait aussi autorité. Si faire autorité pour elle, c'est être la porte-parole d'une décision familiale (« *Ne pas hospitaliser Jean sauf en cas d'occlusion* »), son autorité s'exprime dans des énoncés de deux autres natures. Premièrement, la nièce fait autorité sur l'organisation de ce qui se passe avant et après les passages des infirmières : aménagement matériel de l'environnement (hors

matériel médical), réparation du petit matériel domestique, entretien du linge, ménage, ... Deuxièmement, la nièce (et la petite nièce) font autorité en exerçant un contrôle des infirmières. Ce contrôle ne porte pas sur leur travail, mais sur leurs passages. Il arrive que les infirmières, sans avertir, ne se présentent pas chez Jean : la famille signale alors, par écrit, cette absence. En l'inscrivant sur un support appelé à durer, la famille prend acte, en avertit les infirmières, ce qui constitue une forme de contrôle.

Les échanges écrits avec la famille ont permis de comprendre que ces échanges avaient pu commencer à l'oral. À un moment donné, la nièce a ressenti le besoin d'acter les échanges ou les décisions et est passé à l'écrit. L'écrit fait alors preuve et les infirmières devaient à leur tour répondre et clarifier leur position en procédant à l'écrit.

« Situées en bas de la hiérarchie des intervenantes à domicile, les auxiliaires de vie sociale ne possèdent pas cette culture de l'écrit professionnel qui prend modèle sur les pratiques hospitalières (rituel des transmissions entre équipes soignantes) » (Vilbrod, 2007 : 59).

Et pourtant, l'aide-ménagère intervenant autour de Jean tente de faire preuve d'autorité. Sur trois occurrences professionnelles, une seule fera appel à son autorité.

« Le linge ça ce met dans la pаниère à linge sale et les serviettes et les gants se mette à la place que vous laver trouver ».

(Denise, aide-ménagère, cahier de transmissions de Jean, 27 octobre 2010)²²³.

Pour cette aide-ménagère, « faire autorité » consiste à s'exprimer sur son territoire, celui du linge propre et sale, afin de dire aux infirmières ce qu'elles doivent faire.

Le langage « écrit de travail a le statut paradoxal » d'être « frustrant et sacralisé. Frustrant parce que pauvre, normé, à thèmes limités ; sacralisé parce qu'il renvoie à la compétence langagière, au capital symbolique de chacun qui est source d'intégration ou de ségrégation » (Fraenkel, 2005b : 244). Ici, l'aide-ménagère dépasse cette sacralité pour se faire entendre, et faire reconnaître son activité professionnelle.

À travers l'analyse des fonctions des énoncés, nous mettons en évidence que l'autorité n'est pas uniquement une relation descendante, elle peut circuler dans les deux sens. Ce qui la légitime est le territoire qu'elle concerne : chacun fait montre d'autorité sur son territoire ou sur ce qu'il considère être son territoire.

²²³ sic

La relation d'autorité, de tous vers tous, telle qu'elle est relevée ici, peut être pensée comme l'expression de la défense d'un territoire, à l'intérieur duquel chacun a besoin d'évoluer avec une certaine assurance pour engager et poursuivre les multiples négociations. Entretenir une relation d'autorité permet de rappeler à tous que chacun possède un territoire qui lui est propre et sur lequel il dispose d'une autonomie, condition nécessaire à l'engagement dans la négociation et à son déroulement. Négociation et autorité sont inscrites dans un même contexte, ils forment deux éléments d'un ordre social (Strauss, 1978). ,

L'analyse des écrits professionnels permet de conforter l'idée que les négociations se font depuis le territoire de chacun, même lorsqu'il est partagé ou que des tâches en sont échangées.

Mais faire autorité, c'est aussi garder le contrôle de la communication écrite. Nous le voyons dans les délais que les infirmières mettent à répondre aux messages des autres personnes. Le cahier devient une arène publique des relations entre tous. En répondant rapidement, les infirmières montrent l'importance qu'elles accordent aux messages. Elles font ainsi connaître leurs postures. Elles répondent avec rapidité et émotions lorsqu'elles se sentent agressées (mot de l'aide-ménagère) ou contrariées (mot du médecin), et elles répondent avec des délais beaucoup plus longs (jusqu'à trois semaines) quand la réponse demande concertation de l'équipe infirmière (modification de leur organisation par exemple). En montrant qu'elles gardent le contrôle sur le délai des communications, elles souhaitent montrer qu'elles gardent le contrôle de leur travail.

8.6 Quand les écrits témoignent de la conception infirmière de la Dépendance Situationnelle

Une lecture rapide des écrits professionnels met en évidence que les infirmières y transcrivent une vision fonctionnelle de la dépendance des personnes dont elles s'occupent, et mobilisent leur modèle biomédical. Mais une analyse plus avancée du corpus montre que travailler au long cours auprès des mêmes personnes agit sur le métier d'infirmière en modifiant sa conception de la dépendance.

8.6.1 Une dépendance fonctionnelle visible sur le court terme

Une lecture superficielle, rapide, des écrits professionnels montre que la dépendance fonctionnelle y est inscrite, décrite. Les cahiers de transmission de Jean

sont très illustratifs. De nombreux énoncés font allusion à son activité cérébrale, à ses facultés mentales (« *il a bien compris* », ...). Le premier, le médecin suggère par écrit un fauteuil roulant pour éviter à Jean de chuter lors de ses déplacements. Ce médecin s'intéresse à la dépendance fonctionnelle. Puis, par ordre chronologique dans les écrits, apparaissent l'incontinence, la difficulté qu'à Jean pour se faire comprendre, la fatigue, les œdèmes, le fait de ne pas le lever, les chutes, les fausses-routes, la diurèse qui diminue, puis le fait que les professionnelles ne comprennent plus du tout ce qu'il dit.

Ces énoncés donnent à voir que les professionnelles transcrivent la dépendance en termes de déficits (fonctionnels, communicationnels) avec des incursions de termes médicaux (œdèmes des membres inférieurs, diurèse, ...). Avec le temps, l'état médical de Jean se dégrade. Mais les écrits montrent aussi que les professionnelles accompagnent ces déficits de parades : appareillage (déambulateurs, fauteuil), équipements (lit médicalisé, lève-malade, verticalisateur), et autres procédés (mobilisation, eau gélifiée, ...). De façon quotidienne, la dépendance s'écrit selon la vision biomédicale, déficitaire et pour laquelle les professionnelles doivent agir en la compensant, comme la grille AGGIR²²⁴ l'envisage.

Quand Jean faiblit (que les épisodes d'infection se succèdent, ceux de fatigue durent, les plaies s'enchaînent), la famille se retire. Le matériel (lit médicalisé, matelas anti-escarres, lève-malades, ...) sont des affaires de professionnelles. Les écrits attestent que dans ces moments de plus forte médicalisation, la famille est moins visible (par la fréquence de ses traces écrites). Mais notre mode de recueil (hors contexte de production des écrits) ne nous permet pas de savoir si la famille se retire volontairement ou si les professionnelles s'emparent de la situation et écartent la famille.

Les écrits montrent que, dans les moments aigus de problème médical, les infirmières adoptent le modèle biomédical de pensée et n'inscrivent rien de leur vision large, sociale, situationnelle, que nous avons mise en évidence dans l'étude de la toilette. Les écrits, bien que devant garder trace, ne sont pas le reflet de l'intégralité des actions menées au quotidien, sur le long cours.

8.6.2 Une dépendance situationnelle visible sur le long terme

Car en effet, le suivi de Jean par les infirmières libérales s'inscrit sur le long terme. Or c'est de cette relation longue que naît la connaissance d'une *situation* dont les infirmières tiendront compte pour prendre des décisions.

²²⁴ AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (grille d'évaluation)

C'est ainsi que le cahier de transmissions, en recevant des informations factuelles, permet de garder une trace d'un évènement qui peut compter pour la suite. Par exemple, signaler une chute aura deux conséquences. À court terme, cela engendrera une surveillance du site de l'impact, voire de l'hématome, de l'écorchure ou de la plaie occasionnés par cette chute. Les énoncés donnent le résultat de cette surveillance à court terme (difficultés pour se déplacer, apparition d'un nouvel hématome, ...). Ces énoncés ne disent pas aux autres professionnels ce qu'ils ont à faire (surveiller, évaluer une douleur, ...), ils ne sont pas prescripteurs, seulement indicateurs de ce qui a été fait et laisse chacune faire ce qu'elle a à faire en connaissance des faits. Par contre, comme nous venons de le voir, ces écrits révèlent la vision déficitaire de la dépendance. À moyen ou long terme, les traces écrites d'évènements aigus permettront d'évaluer leur fréquence, si cette fréquence augmente, ... ; en d'autres termes, d'objectiver l'évolution de l'état biomédical fonctionnel de Jean.

Mais le temps long des énoncés n'apporte pas que des indications sur la dépendance fonctionnelle. Garder la trace de ces écrits sur plusieurs années permet de relire l'histoire de Jean au regard des modifications du soutien qui lui a été apporté et de noter que ces changements interviennent à la suite d'aggravations de santé (un moment de crise aiguë), mais aussi, plus étonnamment, suite aux périodes de vacances de Magguy, la nièce qui s'occupe de Jean. En effet, l'absence de la nièce pendant quelques jours permet aux infirmières de mesurer le résultat du travail domestique de soin (Cresson, 1995) opéré par celle-ci. Ce n'est pas tant la dépendance de Jean (comprise comme des besoins de soins) qui a changé, que le regard que les infirmières portent dessus et les réponses qu'elles mettent en place. Les évènements familiaux obligent les infirmières libérales à considérer la situation de la personne et ses ressources sociales : la dépendance est ici situationnelle.

Avant de partir en vacances, la nièce de Jean ne lui apportait pas toujours son petit-déjeuner, surtout lorsqu'elle avait travaillé de nuit et qu'elle dormait au moment du passage des infirmières. Mais en son absence, les infirmières prennent conscience que si elles-mêmes ne le font pas, personne ne le fera et personne ne cherchera de solutions pour que ce soit fait. Cette modification de soutien infirmier, qui montre la prise en considération de la situation de Jean, s'est ensuite installée dans la durée. Elle illustre bien la dépendance situationnelle.

Pour résumer, nous pourrions dire que l'analyse sociologique des écrits de travail laissés au domicile permet de montrer la double conception, par les professionnels, d'une dépendance fonctionnelle sur le court terme, et d'une dépendance situationnelle que les infirmières libérales inscrivent sur le long terme, sur le temps d'un parcours.

8.7 Conclusion du chapitre 8

L'analyse des écrits de travail devait montrer comment les différentes intervenantes à domicile « travaillent ensemble ». Or ces écrits révèlent qu'elles travaillent les unes à côté des autres. En effet, les communications se font davantage en intra professionnel qu'en interprofessionnel (certaines ont éprouvé la nécessité d'instaurer un code pour savoir à quels moments elles devaient se lire). Si l'étude de la toilette a dévoilé que les infirmières libérales tenaient compte des travailleuses du social et composaient avec elles, y compris pour partager voire échanger le travail, les écrits témoignent plutôt d'une distance maintenue entre ces deux groupes professionnels. Une de nos premières conclusions est que le partage du travail, mis en évidence ailleurs dans cette recherche, n'apparaît dans les écrits, que sous la forme d'activités juxtaposées : les échanges de travail ne sont pas rendus visibles.

Les écrits témoignent du maintien de la séparation des secteurs sanitaires et sociaux. Les infirmières s'adressent aux intervenantes du secteur social en termes fonctionnels (acheter, porter, déplacer, faire) alors qu'elles adressent des messages portant sur l'état de santé de la personne qualifiée de dépendante aux aides-soignantes. Dans les messages écrits (formels), les deux sphères (sanitaires et sociales) sont visiblement partagées. Nous pouvons en conclure que les écrits ne témoignent pas des aspects informels du « travailler ensemble »

Le seul travail partagé exprimé dans les écrits est le travail d'articulation entre les professionnelles ; il ne s'agit que d'organiser, pour chacun, son propre travail (permettant ainsi de ne pas se gêner). Ce travail partagé ne porte ni sur la personne qualifiée de dépendante, ni sur son corps, ni sur son logement. On s'écrit plutôt pour mieux « travailler à côté » que pour mieux « travailler ensemble ».

Le fait que les infirmières écrivent sur quasiment tous les supports, même ceux destinés à d'autres professionnelles s'explique davantage par le fait de vouloir occuper le territoire et en avoir le contrôle, que par le fait que les infirmières seraient plus à l'aise à l'écrit de par leur formation initiale dans laquelle l'écrit occupe une grande place, ou par leurs anciennes habitudes hospitalières, ou encore par leur obligation à tracer leur activité (cela ne les oblige pas à écrire dans le cahier des aides à domiciles par exemple) ou par leur volonté d'assumer leur responsabilité professionnelle. Elles pratiquent encore une fois un ajustement juridique en allant écrire sur des supports qui ne leur sont pas destinés.

Les écrits laissent apparaître, de façon formelle, les limites des territoires, mais ils rendent également visible une forme de contrôle exercé par les infirmières sur les territoires des autres professionnelles.

De manière générale, cette étude révèle qu'écrire permet de *faire valoir*. Ce peut être en rappelant les limites de son territoire, mais aussi en rendant visible les relations d'autorité quand elles se mettent en place entre les différents intervenants.

Par ailleurs, les écrits de travail rendent bien visibles les relations asymétriques. Lorsque des professionnelles de métiers différents communiquent, c'est plutôt depuis les infirmières libérales vers les autres. Toutefois, des formes de résistance à l'autorité apparaissent. Si elles n'ont pas été immédiatement visibles dans les observations que nous avons menées, elles se manifestent dans les écrits. Mais elles restent marginales : par leur fréquence, par les thèmes abordés et par leur (manque de) formalisme (messages non signés sur des papillons autocollants). Les relations d'autorité existent entre les différents membres qui travaillent ensemble, et ce dans les deux sens. Cela révèle une dynamique relationnelle entre professionnelles.

Pour répondre à la question posée en début de ce chapitre, nous pouvons énoncer que le « travailler ensemble » tel que nous l'avons identifié ailleurs (échange de *sale boulot* par exemple), n'est pas formalisé. Les écrits ne révèlent pas tant le « travailler ensemble » que le « travailler à côté de » qui permet d'avoir un regard sur l'autre et son travail.

Le fait que les infirmières libérales tiennent compte de l'ensemble des intervenants, variés, qui sont autour d'elles est une épreuve de professionnalité révélée par les écrits.

Chapitre 9 : « Travailler ensemble » : les limites du jeu interactionnel professionnel

Les infirmières libérales qui interviennent auprès des personnes qualifiées de dépendantes mettent en place un jeu interactionnel avec des professionnels médicaux, paramédicaux, ou encore ceux du travail du social avec qui elles sont amenées à composer. Les jeux interactionnels analysés jusque-là dans ce travail se déroulent à l'intérieur des domiciles. Mais, de façon plus large, ils s'inscrivent dans un environnement institutionnel qui peut les limiter, les contraindre ou tout au moins les réguler.

Nous considérerons essentiellement dans ce chapitre les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD²²⁵) et ceux d'aide et d'accompagnement (SAAD²²⁶). Ces deux organisations entretiennent, à travers leurs responsables, des relations avec les infirmières libérales et deviennent des éléments structurants du travail infirmier libéral. Ces services sont des interlocuteurs des infirmières parce que leurs salariés interviennent dans les mêmes logements qu'elles, et parce que leurs territoires respectifs se superposent. Après avoir analysé comment les infirmières libérales et d'autres intervenants aux domiciles des personnes qualifiées de dépendantes déterminent, les uns et les autres, leurs territoires géographiques d'intervention (9.1), nous examinerons comment les deux services cités ci-dessus structurent à la fois les interactions entre travailleurs de ces différents services et le travail infirmier libéral (9.2).

²²⁵ SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

²²⁶ SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

9.1 « Travailler ensemble » ou « s'inscrire ensemble » dans un territoire géographique

L'objectif de ce paragraphe est de décrire comment les infirmières libérales déterminent le territoire géographique sur lequel elles interviennent. Nous chercherons quels éléments elles prennent en considération pour déterminer l'étendue et les limites de ce territoire d'intervention. Nous chercherons dans un deuxième temps s'il y a une corrélation entre le territoire des infirmières libérales et ceux couverts par les professionnelles avec lesquelles elles travaillent dans les domiciles.

9.1.1 Description géographique du territoire couvert par les infirmières du cabinet rural :

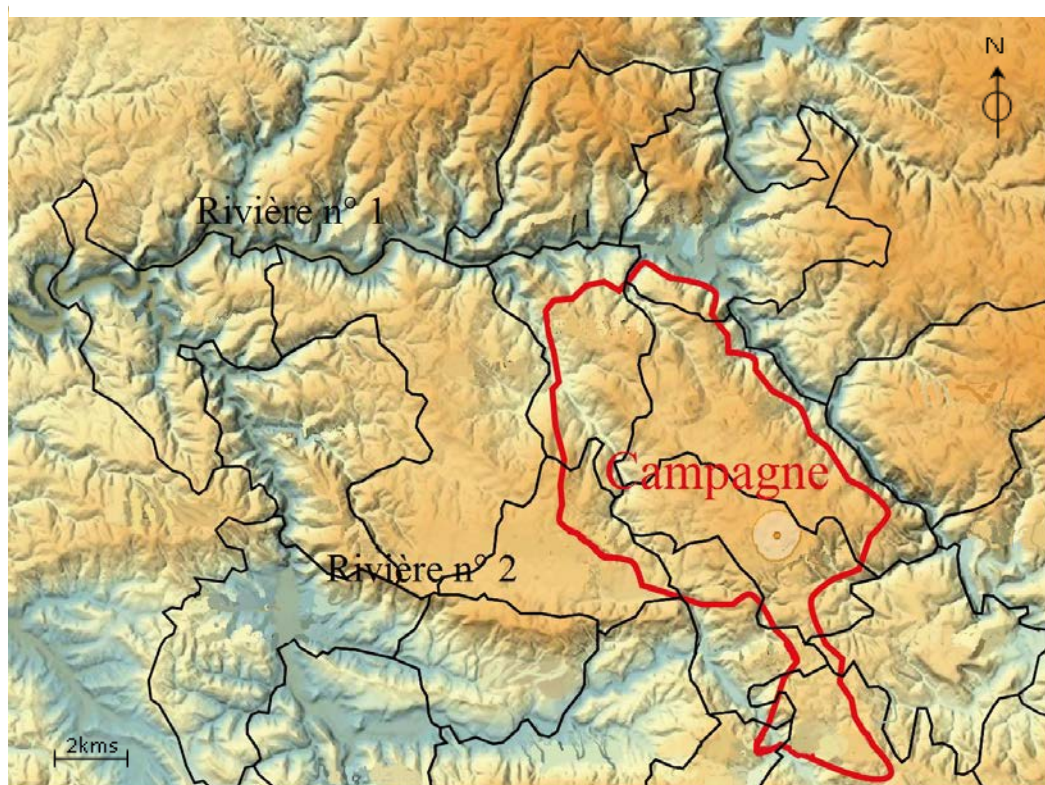
Le cabinet rural étudié se situe dans un grand département du sud-ouest de la France. D'une surface de 8 700 km², ce département a une densité de population qui avoisine les 32 habitants au kilomètre carré. La population municipale de sa préfecture est de 24 000 habitants, inclus dans une population de l'aire urbaine de près de 85 000 habitants²²⁷. La grande taille du département, la faible densité de sa population, ainsi que la petite taille de sa préfecture soulignent le caractère rural de ce département. Le cabinet d'infirmières est implanté dans le village de Campagne²²⁸, qui se situe sur une commune de près de 20 km², et compte une population de 444 habitants (chiffres de 2013), ce qui équivaut à une densité de population de près de 22 habitants au kilomètre carré (chiffre inférieur à la moyenne départementale). Cette commune s'étale sur un plateau entouré de vallées. Ainsi le relief de la commune est escarpé et fait varier les altitudes de la commune de 375 à 675 mètres. L'activité économique principale est l'agriculture de moyenne montagne. Ce village est situé à une trentaine de kilomètres de la préfecture mais la dimension des routes, couplée au relief escarpé obligent à prévoir cinquante minutes pour rallier ces deux lieux²²⁹. C'est dans cette préfecture que se situe le centre hospitalier le plus proche. Trois hôpitaux locaux sont situés autour de Campagne, chacun se trouvant à une vingtaine de kilomètres du village. Le cabinet d'infirmières étudié est le seul sur cette commune. Mais il existe un autre cabinet implanté plus à l'ouest sur le même plateau. Aussi les infirmières libérales qui se déplacent à domicile se sont partagé le secteur géographique du plateau de moyenne

²²⁷ Les chiffres de population datent de 2013.

²²⁸ Conformément à l'engagement pris auprès des populations enquêtées, tous les noms de lieux sont anonymisés.

²²⁹ Source : Site Viamichelin

montagne. Le cabinet de Campagne couvre le territoire cerclé de rouge sur la carte suivante (carte n° 1 : « Le territoire des infirmières et le plateau de Campagne »). Cette carte superpose le périmètre du territoire d'intervention des infirmières libérales avec le relief du secteur et les limites de communes (traits fins noirs). Cette carte rend lisible le fait que leur secteur d'intervention professionnelle est déterminé par la géologie des lieux et non par les limites communales. Les infirmières, pour des commodités de déplacement, cherchent à rester sur le plateau et ne pas descendre dans les vallées. À cela deux raisons : l'altitude du plateau peut faire craindre l'enneigement des chaussées l'hiver et donc les difficultés de déplacement qui vont avec ; par ailleurs, les infirmières cherchent à limiter les temps de déplacement. La partie la plus au Sud de leur secteur d'intervention présente une entorse à ce qui vient d'être décrit : des personnes habitant dans la vallée sont quotidiennement visitées. Il s'agit en fait de la tante et de l'oncle d'une des infirmières, qui par ailleurs, réside tout près de cette limite du territoire. Pour cette double raison, le couple a été intégré à la patientèle du cabinet. Nous verrons plus loin qu'il existe d'autres raisons structurelles au fait d'intervenir dans cette zone.



Carte n°1 Le territoire des infirmières libérales et le plateau de Campagne

Le facteur le plus déterminant du territoire d'intervention des infirmières est la géographie comprise dans son sens géologique. Mais nous verrons plus tard que la prise en considération de relations sociales peut faire varier les limites de ce territoire. Ainsi, « longtemps après les travaux pionniers de l'école de Chicago », le territoire est devenu « un cadre d'observations de la redéfinition des identités, des solidarités de proximité, des diverses formes d'interactions et de coordinations d'acteurs » (Alphandéry et Bergues, 2004 : 6). Un lien entre territoire et action sociale qui se retrouve chez Manuel Castells : « *Ce qui caractérise la nouvelle structure sociale, la société en réseaux, c'est que la plupart des processus dominants, ceux qui concentrent le pouvoir, le capital et l'information, sont organisés dans l'espace des flux. Mais la plupart des expériences humaines restent locales et ce qui fait sens pour les êtres humains le demeurent aussi.* » (Castells, 1999 : 155-156).

Les relations sociales qui nous intéressent sont celles qui existent entre infirmières libérales et autres professionnels de santé ou d'intervention sociale. Nous relevons qu'aucun médecin n'est installé sur le plateau, tous les cabinets médicaux avec lesquels les infirmières libérales de Campagne travaillent sont situés dans les vallées alentours. Nous visualiserons sur des cartes présentées ultérieurement, que les autres professionnelles intervenant à domicile (aides-soignantes de SSIAD, auxiliaires de vie, aides-à-domicile) relèvent de structures associatives implantées, elles aussi, dans les villages des vallées.

9.1.2 Description géographique des territoires couverts par les infirmières des cabinets urbains :

Les cinq cabinets étudiés en milieu urbain sont tous situés dans une grande aire urbaine d'un million deux cent cinquante mille habitants du Sud-Ouest de la France. Trois cabinets infirmiers (Centre, Fleuve, Est) se situent sur la municipalité centrale qui compte près de 450 000 habitants, les deux autres se situent dans des communes appartenant à l'agglomération (Sud et Nord). Les trois cabinets les plus centraux interviennent sur des zones géographiques délimitées par des éléments urbanistiques : boulevards, canal, allées. La densité de la population dans cette ville est de 3 874 habitants au kilomètre carré en 2013. Les activités économiques principales de ces secteurs sont commerciales, administratives et résidentielles. Plusieurs hôpitaux (dont des centres hospitaliers universitaires) sont implantés dans cette ville. Les deux cabinets qui se situent en dehors de la ville sont dans des zones de l'agglomération dans lesquelles les activités économiques sont industrielles, commerciales et résidentielles.

Les limites géographiques de ces deux cabinets sont plus floues. À cela une même raison invoquée malgré deux histoires différentes. La raison est que, plus important que le secteur géographique couvert par le cabinet, ce qu'il importe de trouver est l'équilibre entre volume et nature des activités. Le cabinet Sud est un cabinet qui est, ou plutôt sa patientèle, en restructuration après un « rachat » opéré par l'infirmier enquêté. Lorsqu'il a voulu s'installer, Jean Bernard a acheté à son prédécesseur ce qu'il a appelé des droits de présentation, c'est-à-dire un fichier de noms de patients-clients du cabinet. Il se trouve qu'avant l'arrivée de Jean-Bernard, ce cabinet avait une spécificité de soins : il travaillait auprès d'une majorité de patients atteints de pathologies psychiatriques qui se trouvaient répartis géographiquement sur un secteur assez étendu. Jean Bernard souhaite diversifier l'activité du cabinet, accepter des soins d'une autre nature, et surtout centrer son activité géographique sur un secteur plus petit. À travers la sélection des patients qu'il opère, Jean Bernard est en train, petit à petit, de dessiner un secteur géographique autour du local de son cabinet. Pour l'instant, il n'en a pas arrêté les limites géographiques. Elles s'imposeront d'elles-mêmes lorsque Jean-Bernard aura trouvé l'équilibre qu'il recherche entre son activité (nature des soins, volume de travail), et les adresses de ses patients.

Dans le cabinet Nord, c'est une autre problématique. Il s'agit là aussi d'un cabinet en construction, ou plutôt devrions-nous dire en reconstruction. En effet, ce cabinet a existé par le passé, puis a cessé son activité puisque le protagoniste principal, Denis, s'est tourné vers d'autres activités (mandat électoral national et formations), avant de décider de revenir sur ce secteur géographique créer à nouveau un cabinet de soins. Cette fois, il souhaite que ce nouveau cabinet ait un profil d'activités plus spécialisées, à savoir qu'il favorise les partenariats avec des médecins spécialistes pour créer des consultations infirmière-médecin. Ce projet s'inscrit dans une démarche expérimentale soutenue par l'Agence Régionale de Santé. La zone géographique couverte par ce cabinet comporte une population de 40 000 habitants, qu'il partage avec d'autres cabinets. Il s'agit d'une zone qualifiée de « sur-dotée », c'est à dire zone dans laquelle la concentration des cabinets infirmiers est assez importante pour que l'Agence Régionale de Santé n'autorise pas de nouvelles installations. Une façon d'accroître son activité est donc de la diversifier. Les limites recherchées par ce cabinet ne sont pas tant géographiques que liées à la nature et au volume du travail. En effet, l'idée de Denis est de promouvoir une nouvelle façon de travailler tout en développant l'activité « traditionnelle » du cabinet qu'il est en train de reconstruire. Pour cela, il envisage de multiplier les associés (il vient d'ailleurs de signer plusieurs contrats d'associations au sein de son cabinet au moment de l'enquête) et n'hésite pas à laisser partir celles de ses associées qui ne souhaitent pas travailler dans un cabinet qui grandit sans arrêt (quant au volume de travail). Les limites ne sont donc pas tant géographiques que, comme dans le

cas du cabinet Sud de Jean-Bernard, des limites données par un équilibre entre secteur géographique, volume de travail et nature des actes posés.

En fait, cet équilibre entre trois facteurs (volume de travail, nature des actes, secteur géographique) est recherché par l'ensemble des cabinets urbains. Il se trouve que les cabinets les plus anciens, qui n'ont pas connu de remaniements récents de leur composition, sont plus intransigeants sur le secteur géographique parce que l'équilibre entre volume et nature des soins est trouvé. Alors que pour les cabinets les plus récents, ou en restructuration, cet équilibre n'étant pas trouvé, les limites géographiques ne sont pas encore déterminées.

En milieu urbain comme en milieu rural, les limites géographiques représentent la valeur d'ajustement qui permettra de trouver l'équilibre recherché entre nature des actes et volume de travail. Une fois cet équilibre trouvé, le facteur temps et son élasticité (alternance de périodes de faible activité et périodes de forte activité) prendront le relai pour déterminer le volume d'activité.

Le territoire géographique couvert par un cabinet d'infirmières libérales est également couvert par d'autres structures d'intervenantes à domicile : les SSIAD avec les aides-soignantes, les services d'aide et d'accompagnement avec les aides à domicile ou auxiliaires de vie sociale, et d'autres services relevant de l'action sociale. L'ensemble de ces participants détermine, chacun, un territoire géographique d'intervention qui lui est propre. Nous proposons de présenter ces différents territoires à l'aide de cartes et schémas qui devraient nous permettre de comprendre ce que ces découpages variés représentent pour les infirmières libérales, sur le terrain. Ceci est également vrai en milieu urbain mais les interlocuteurs étant plus nombreux (notamment du fait de l'implantation d'entreprises privées de services à la personne qui interviennent dans le champ du soutien à domicile), nous ne présentons pas le cas urbain à partir de cartes. Nous le ferons sous forme de texte.

9.1.3 Description des secteurs géographiques couverts par les différents intervenants autres qu'infirmières en milieu rural

Pour décrire l'implantation de chacun des services étudiés sur le territoire rural, nous couplons une explication en toutes lettres à une représentation cartographique. La lecture concomitante des textes et des cartes rend plus accessible la complexité des découpages et/ou la superposition des territoires. Nous avons fait le choix de présenter textes et images en vis-à-vis à partir de la page suivante.

9.1.3.1 Description des secteurs géographiques couverts par les Services de Soins Infirmiers à Domicile

Les services de soins infirmiers (SSIAD) dans ce secteur sont représentés par une association dont le siège est à Le Rocher. Elle gère un secteur s'étendant théoriquement sur trois cantons : Saint Jacques (en orange sur la carte), Étourneau (en bleu) et Le Rocher (en jaune). Mais les particularités géographiques font que ce secteur se voit agrandi par des communes contiguës appartenant à d'autres cantons. L'association a donc implanté une annexe de son siège à Saint Cyr sur Dronne (canton de Saint Jacques).

Par ailleurs un SSIAD mutualiste est implanté à Villeneuve. Il est affilié à un centre de soins infirmiers (concurrent potentiel des infirmières libérales). Le secteur couvert par ce SSIAD mutualiste crée des zones sur lesquelles le SSIAD associatif n'intervient pas. Cet état de fait est le résultat d'une histoire locale de soins à domicile entre secteur mutualiste, très implanté dans ce département, et secteur associatif. De la même façon, un deuxième SSIAD mutualiste intervient dans le sud du territoire couvert par les infirmières libérales (canton de Courbet, en vert). Ce SSIAD est basé à Balmion, au-delà de Courbet²³⁰.

Le territoire des SSIAD associatifs n'est donc pas calqué exactement sur les limites des cantons (qui ont d'ailleurs changé depuis notre enquête) alors que c'était ce qui était prévu initialement.

Cette présentation souligne comment le fait de travailler avec un SSIAD est lié à l'offre mais aussi à l'histoire locales : les infirmières libérales travaillent avec les SSIAD associatifs mais pas avec les SSIAD mutualistes (qui représentent de potentiels concurrents). Selon l'adresse du domicile de la personne chez qui elles interviennent, les infirmières n'auront pas les mêmes interlocuteurs en matière de SSIAD et pourront ainsi faire varier leurs propositions de réponse.

²³⁰ Il ne figure donc pas sur la carte.



Carte n°2 Le territoire des infirmières libérales, les cantons et les sièges des SSIAD.

Le découpage du territoire devient un élément de décision infirmière dans le fait de dispenser la toilette à Mercédès. Nous avons déjà vu (chapitre 6) que Mercédès faisait partie de la patientèle des infirmières parce que l'hôpital l'avait demandé, mais aussi parce qu'elle n'a pas d'autre famille susceptible de l'aider quotidiennement dans ce soin si ce n'est un frère nonagénaire. De plus, elle est la tante d'une des infirmières et ceci constitue un élément important dans leur décision. Avec le découpage territorial que font les SSIAD entre eux, nous rencontrons un nouvel argument au choix des infirmières : celles-ci ne veulent pas travailler avec le SSIAD mutualiste qui intervient sur ce secteur parce qu'il représente une concurrence potentielle puisqu'il est adossé à un centre des soins infirmiers qui pourrait « récupérer » Mercédès comme patiente.

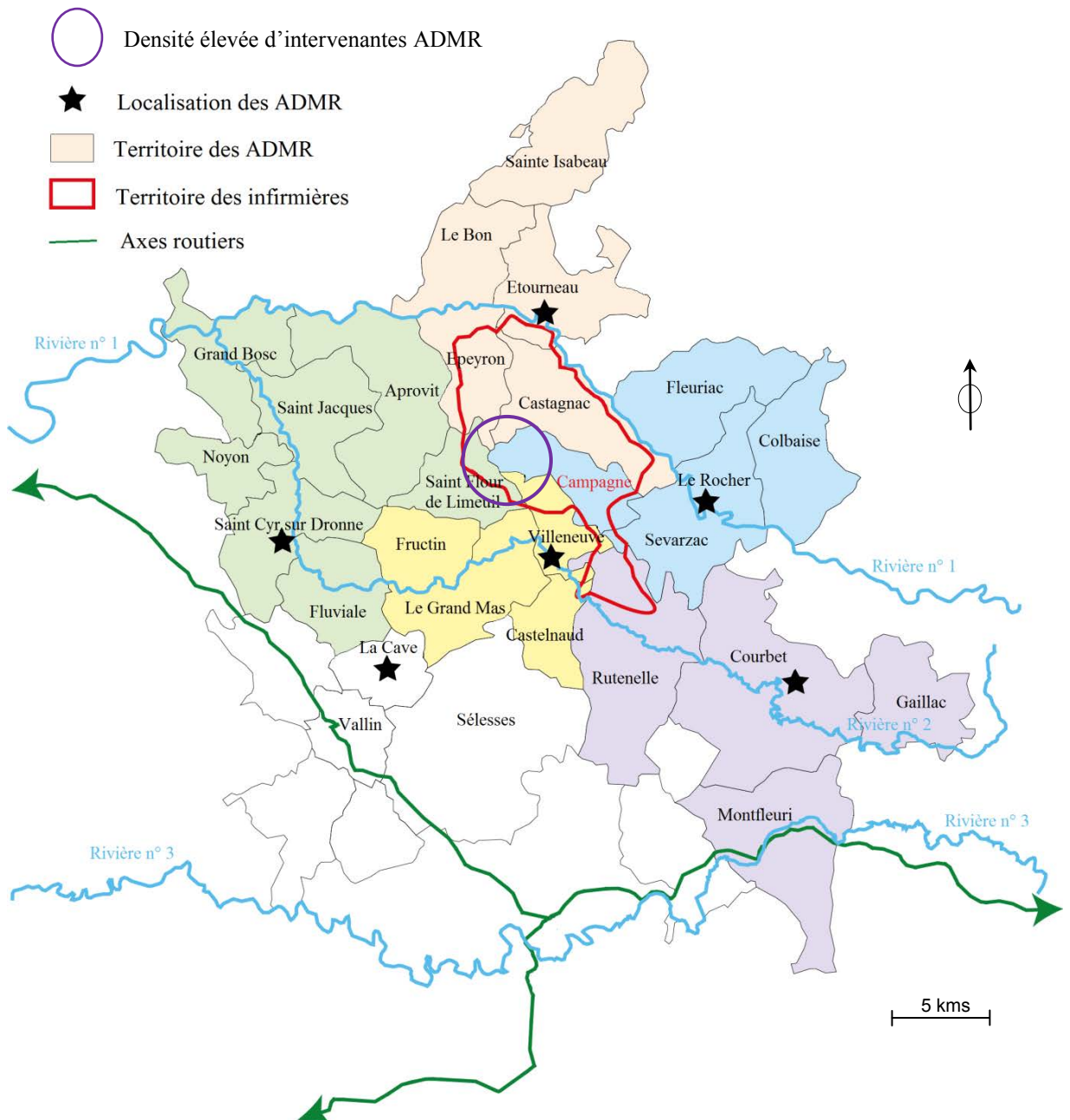
9.1.3.2 Description des secteurs géographiques couverts par les services d'aides et d'accompagnement :

Les services d'aide et d'accompagnement de ce territoire sont représentés par la seule ADMR²³¹. Cette enseigne se décline localement en plusieurs associations, chacune employant son personnel d'intervention aux domiciles. Les secteurs géographiques couverts par les associations sont fidèles au découpage administratif des communes. C'est ainsi que le territoire des infirmières libérales de Campagne se superpose avec les territoires de cinq ADMR : celle de Étourneau, Le Rocher, Courbet, Villeneuve et Saint Cyr sur Dronne. C'est un découpage assez facile à retenir même s'il divise le territoire des infirmières en cinq sous-secteurs. Mais il est quelquefois délicat. Nous vous invitons à prêter plus particulièrement attention à la petite zone encadrée en couleur violette. Les personnes domiciliées dans ces quelques centaines de mètres carrés²³² relèvent de quatre ADMR différentes.

Dans cette petite zone, les infirmières libérales ont quatre sièges d'associations différents comme interlocuteurs, sachant que chaque siège emploie plusieurs aides à domicile ou auxiliaires de vie sociale, ce qui multiplie le nombre d'intervenantes à domicile. Et donc le nombre d'interlocutrices potentielles des infirmières.

²³¹ ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

²³² Environ deux kilomètres carrés

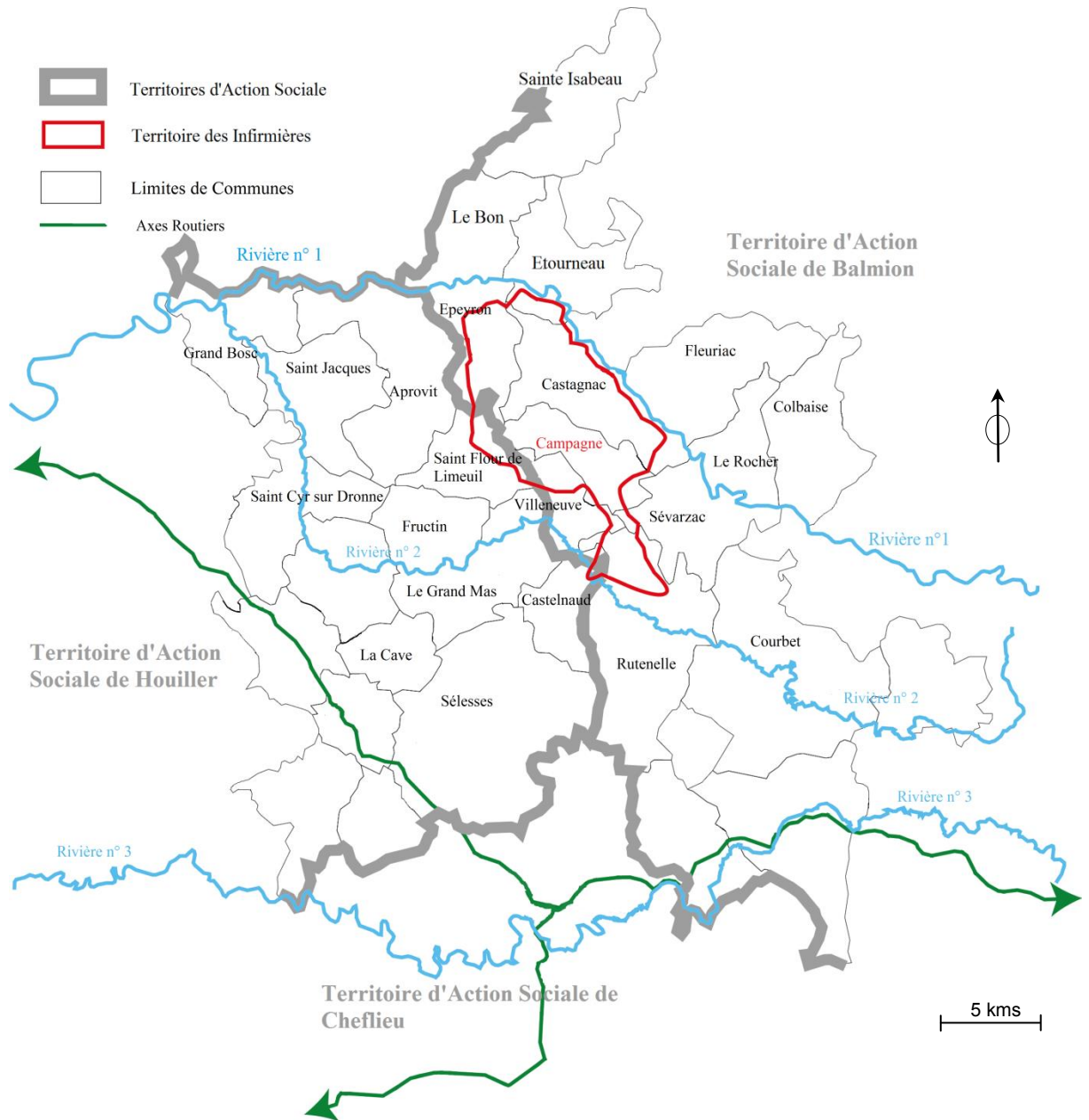


Carte n°3 Le territoire des infirmières libérales divisé par quatre territoires ADMR

9.1.3.3 Description des secteurs géographiques couverts par les services du conseil départemental (territoires d'action sociale) :

Les personnes qualifiées de dépendantes résidant sur le secteur des infirmières libérales de Campagne peuvent avoir été contactées par une assistante sociale du Conseil Départemental (dans le cadre d'un dossier APA²³³ par exemple). Le département concerné par notre enquête est divisé en quatre territoires d'action sociale. Le territoire d'intervention des infirmières libérales se situe à cheval sur deux de ces territoires d'action sociale. Certaines des personnes chez qui elles interviennent dépendent du secteur de Balmion, d'autres du secteur d'Houiller. Il est vrai que les infirmières libérales enquêtées ont peu de relations avec ces services mais les personnes chez qui elles interviennent sont amenées à leur parler de leur dossier APA et à faire référence aux services sociaux de ces territoires. Et donc à multiplier les noms des interlocuteurs sur le terrain.

²³³ APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie



Carte n°4 Le territoire des infirmières libérales divisé par deux Territoires d'Action Sociale

9.1.3.4 Description des secteurs géographiques couverts par le pôle gériantologique :

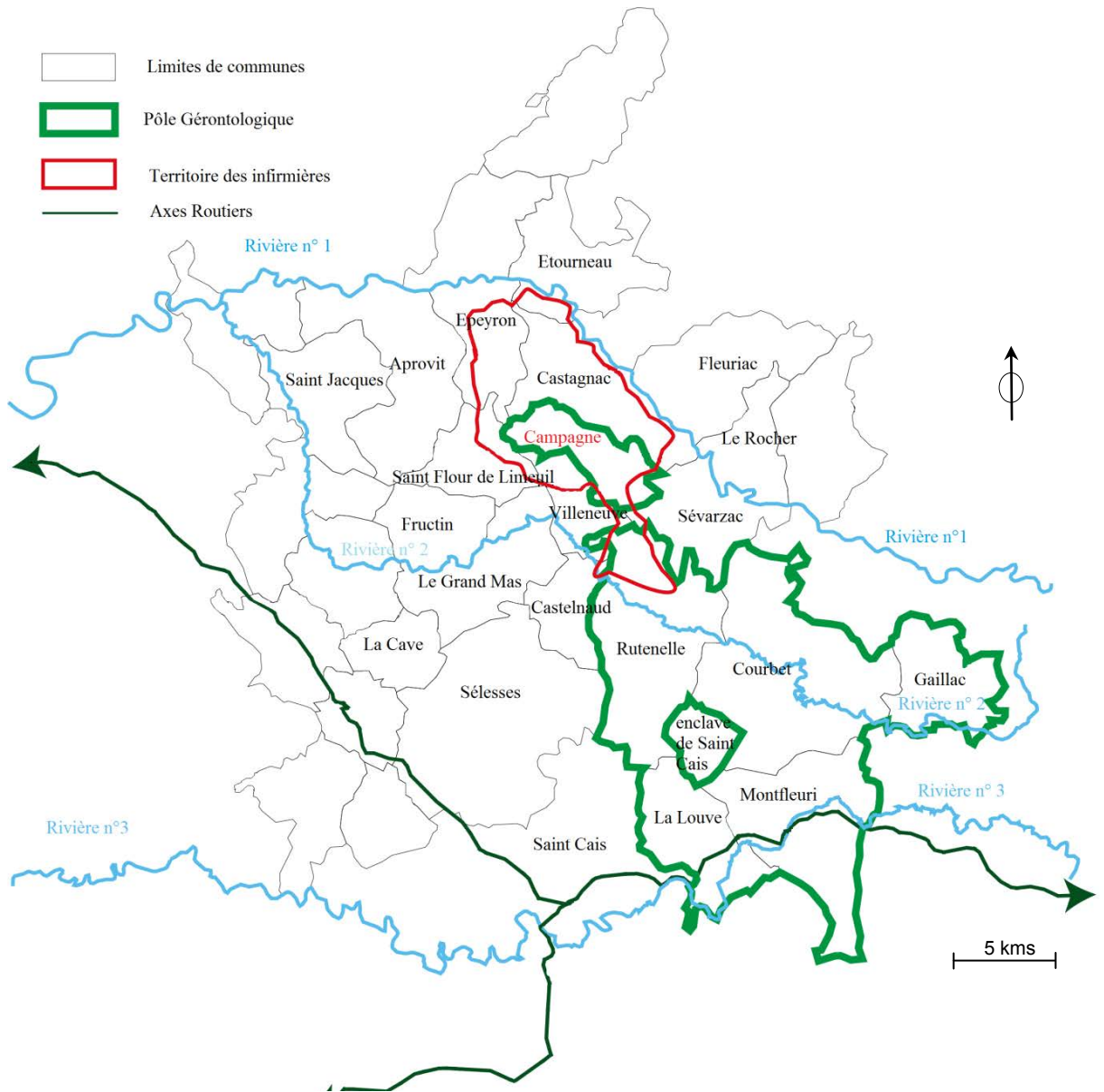
La commune de Campagne a décidé d'adhérer à un syndicat mixte regroupant cette commune et la communauté de communes de Courbet dans le but de créer une structure, le pôle gériantologique de Courbet dont les missions sont de procurer « toute l'information au quotidien dont peut avoir besoin la personne âgée de plus de 60 ans » (entretien avec Madame Pré, animatrice du pôle). L'animatrice de ce pôle gériantologique, seule salariée de la structure, est une conseillère en économie sociale et familiale qui renseigne, informe, conseille, aide dans les démarches administratives, et dirige vers d'autres services lorsqu'elle ne peut apporter la réponse elle-même. Elle travaille beaucoup avec les assistantes des services sociaux du conseil départemental (notamment pour les alerter sur des situations qui évoluent et nécessitent une réévaluation de leur dossier). Elle est interpellée par les personnes elles-mêmes, les familles, les travailleuses du social intervenant à domicile et quelquefois par les infirmières. Le territoire couvert par le pôle gériantologique est donc exactement celui de la communauté de communes de Courbet et la commune de Campagne. Tous les habitants de Campagne peuvent interpellier ce pôle.

Mais bien que cette structure ait plus de dix ans, les professionnels de santé n'ont pas bien identifié ses missions (dixit Madame Pré). Ce pôle gériantologique nous a été présenté par une infirmière de Campagne (Marie-Pierre) comme un intervenant de plus sur le territoire et qui fait double emploi.

« (...) alors son rôle c'est pareil, c'est coordination domicile-hôpital, c'est à la fois venir remplir les déclarations d'impôts quand les gens sont emmerdés, mais tout ça j'ai déjà l'impression que c'est des choses qui se font, déclaration d'impôts souvent c'est les banquiers ou les assureurs qui le font, tu vois, la relation hôpital domicile ça devrait être l'AS [Assistante Sociale] de l'hôpital, des fois je me dis mais ce pôle gériantologique longtemps je me suis dit c'est bien mais c'est encore du double emploi. »

(Entretien avec Marie-Pierre, infirmière à Campagne)

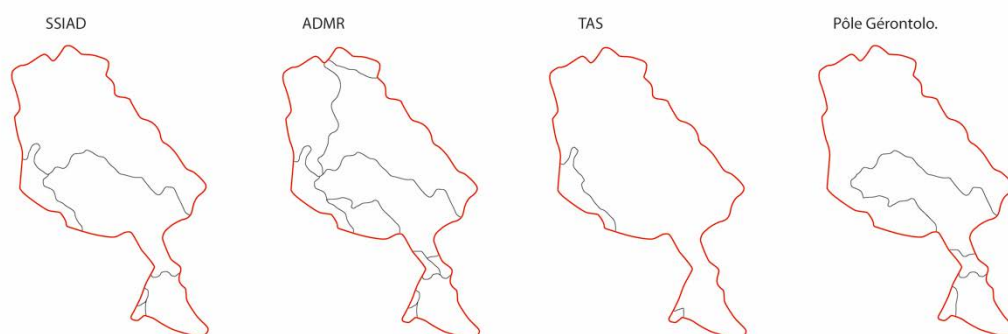
En plus de ne pas avoir bien identifié les missions de ce pôle, les infirmières y voient une structure qui ne couvre pas tout leur territoire ce qui a pour conséquence que les personnes domiciliées sur une partie de leur territoire d'intervention ont le droit d'avoir recours à cette structure et pas les autres. À propos de l'exemple de ce pôle gériantologique, les infirmières libérales de Campagne expriment que la multiplication des éventuels partenaires a plus tendance à brouiller les pistes et les repères qu'à les aider dans leur travail quotidien.



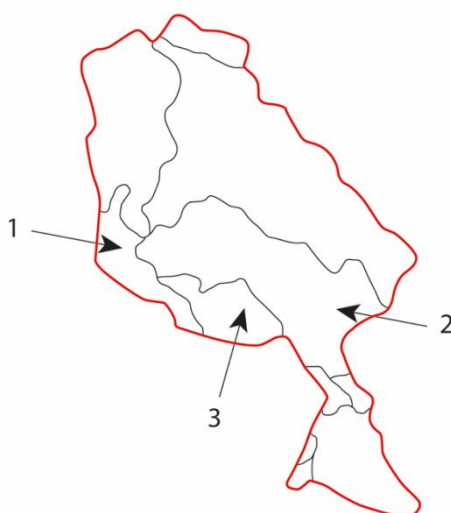
Carte n°5 Le territoire des infirmières libérales divisé par celui du Pôle

L'ensemble des cartes présentées ci-dessus illustrent des découpages de territoires géographiques différents selon les structures. En superposant ces différents découpages

sur le seul territoire des infirmières libérales, tels qu'ils figurent ci-dessous, nous obtenons la carte n° 6.



Celle-ci se présente comme une mosaïque de onze petits territoires sur une zone d'environ vingt kilomètres de long sur dix kilomètres de large.



Carte n° 6 : Superposition de quelques territoires d'intervention sociale ou médico-sociale sur le territoire d'intervention des infirmières libérales de Campagne

Chaque parcelle de la mosaïque correspond à une combinaison différente des intervenants par rapport à la parcelle voisine. Par exemple la parcelle géographique numérotée 1 relève à la fois du SSIAD mutualiste de Villeneuve, de l'ADMR de Saint

Cyr sur Dronne, du territoire d'action sociale de Houiller mais pas du pôle gérontologique. La parcelle géographique numérotée 2, voisine de la 1, relève du SSIAD de Le Rocher, de l'ADMR de Le Roscher, du territoire d'action sociale de Balmion et du pôle gérontologique. La parcelle numéro 3 relève du SSIAD de Le Rocher (mais le SSIAD mutualiste de Villeneuve y a quelques lits) ; c'est l'ADMR de Villeneuve qui y intervient ; elle est sur le territoire d'action sociale de Balmion et ne relève pas du secteur couvert par le pôle gérontologique. La difficulté à lire ces dernières lignes reflète la complexité des juxtapositions de territoires avec laquelle les infirmières devront composer. L'intérêt de cette représentation graphique est de visualiser la multitude de combinaisons de partenaires, effectifs ou potentiels. Elle traduit la difficulté des infirmières à identifier l'ensemble des intervenants et leur combinaison selon l'endroit où elles se trouvent sur un territoire géographique qu'elles connaissent pourtant si bien pour le sillonner dans tous les sens.

9.1.4 Les secteurs géographiques couverts par les différents intervenants autres qu'infirmières en milieu urbain :

À Ville, la répartition des différents intervenants à domicile change puisque dans cette grande agglomération, même si le principe des découpages par secteurs géographiques juxtaposés des associations (SSIAD, associations d'aide et d'accompagnement) ou des collectivités territoriales est comparable à ce qui se passe en secteur rural, il faut compter avec des entreprises de services à la personne qui sont moins liées à un territoire géographique puisqu'elles se positionnent dans une démarche commerciale concurrentielle. C'est ainsi que les aides à domicile de Monsieur Roumiguières de Ville Centre étaient salariées d'une entreprise basée dans la banlieue de Ville (à dix kilomètres de distance). Les infirmières libérales connaissent les intervenantes sociales de ce monsieur par le hasard des rencontres dans la cage d'escalier et par quelques écrits ou appels téléphoniques donnés en situation d'urgence.

En guise de conclusion, nous pouvons dire que les limites géographiques d'un territoire d'activité des infirmières libérales se déterminent en trouvant un équilibre entre les activités infirmières (nature des soins prodigués et volume de travail) et les distances séparant le cabinet des domiciles d'intervention. Mais sur ce territoire s'inscrivent les interventions de multiples autres partenaires, chacun d'entre eux ayant sa propre logique de détermination du territoire de ses interventions. C'est donc avec une mosaïque de combinaisons de prestations que les infirmières libérales peuvent travailler sur leur propre territoire. Les différentes combinaisons n'offrent pas toutes les mêmes services, ce qui va avoir un impact sur la nature (et peut être le volume) de l'activité infirmière. Il est des configurations dans lesquelles elles pourront travailler

avec des aides-soignantes, d'autres non, de la même façon qu'il est des configurations dans lesquelles elles travailleront avec un service d'aide et d'accompagnement qui ne proposera pas les mêmes services. Nous avons déjà vu ce qu'il en est du partage du travail entre infirmières libérales et d'autres professionnelles à l'intérieur des domiciles. Nous montrons maintenant que ce partage du travail est aussi structuré par l'organisation territoriale de l'intervention des structures dont dépendent les intervenantes.

9.2 Des partenaires de travail qui structurent les interactions

Nous avons vu, tout au long de cette recherche, que les partenaires de travail des infirmières libérales auprès des personnes qualifiées de dépendantes sont multiples. Après avoir interrogé et observé ces différentes professionnelles dans leur travail, notre questionnement porte maintenant sur un aspect qui dépasse les seules interactions aux domiciles et intègre le cadre qui permet à ces interactions d'avoir lieu. En effet, les interactions entre infirmières libérales et aides-soignantes, ou entre infirmières libérales et aides-à-domicile ou auxiliaire de vie sociale ne peuvent avoir lieu que parce que celles-ci sont mises en face à face. Ce qui les réunit est un contexte : un domicile et une personne qualifiée de dépendante. Il nous paraît indispensable d'interroger comment les décisions des infirmières libérales d'intervenir pourraient être liées à celles des responsables des services d'aide et d'accompagnement ou des services de soins infirmiers à domicile²³⁴ de faire intervenir les salariées de leurs services. Notre questionnement porte sur l'éventualité d'un rôle structurant de ces Services sur, d'une part, l'activité des infirmières libérales et sur, d'autre part, les interactions professionnelles qui se dérouleront ensuite aux domiciles.

Prenons deux cas. Nous commencerons par celui des aides-soignantes et des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile). Nous traiterons ensuite celui des aides à domicile et/ou auxiliaires de vie sociale et des SAAD (services d'aides et d'accompagnement à domicile). Pour chacun des deux Services, nous considérerons séparément ce que nous pouvons dire des relations entre les infirmières libérales et les professionnelles (aides-soignantes ou aides à domicile), de ce qui se passe entre les infirmières libérales et les Services employeurs de ces professionnelles.

²³⁴ Que nous appellerons Services dans la suite du texte pour simplifier la lecture.

9.2.1 Les Services de Soins Infirmiers à Domicile et les aides-soignantes

9.2.1.1 Les Services de Soins Infirmiers à Domicile : Travailler avec ou pas ?

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont des structures gérées par un organisme privé ou public à but non lucratif (association, mutuelle, fondation, hôpital, ...). Ils ont un statut d'Établissement Médico-social²³⁵. Initialement créés en 1975, ils se sont développés à partir de 1981 pour permettre aux personnes âgées en situation de dépendance qui le souhaitent de rester à leur domicile. Leur public s'est étendu, en 2004²³⁶, aux personnes de moins de 60 ans, en situation de handicap et aux personnes porteuses de maladies chroniques. Toutefois, plus de 95 % des places restent destinées aux personnes âgées de 60 ans ou plus²³⁷. Ils ont « pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant ou en différant l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers » (Vilbrod, 2007 : 57 ; Henrard et Ankri, 1994).

Ces services salarient des infirmières coordinatrices, du personnel administratif, des aides-soignantes (elles représentent 75 % des salariées de SSIAD au niveau national) et quelquefois d'autres professionnels de santé (pédicure, ...), dont des infirmières. Ils peuvent aussi passer une convention avec des infirmières libérales pour que celles-ci effectuent les soins infirmiers. Elles factureront alors leurs actes au SSIAD qui est entièrement financé par des crédits de l'Assurance Maladie, crédits contrôlés par les Agences Régionales de Santé qui fixent les tarifs.

La question du partage des patients vivant sur un territoire géographique entre infirmières salariées d'un service de soins infirmiers et infirmières libérales, comme celle du partage des tâches entre infirmières libérales et aides-soignantes, sont centrales dans les échanges entre ces Services et les cabinets d'infirmières libérales. Les discours syndicaux d'infirmières libérales maintiennent l'alerte auprès de leurs adhérentes sur la concurrence que peut représenter la proximité géographique d'un service de soins infirmiers. Dans le cadre de notre enquête, aucun des services de soins infirmiers cités ne salarient d'infirmières, ce qui réduit considérablement ce risque de concurrence. Les points sensibles portent alors sur le partage des soins avec les aides-soignantes.

²³⁵ Code de l'action sociale et des familles, Art. L312-1, 6° et 7°.

²³⁶ Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

²³⁷ Direction de la Recherche, des Études, des Évaluations et de la Statistique, 2010, « *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008* », Études et Résultats, n° 739, septembre.

9.2.1.1.1 Pourquoi les infirmières libérales travaillent-elles avec les SSIAD ?

Florence Douguet et Alain Vilbrod (2007 : 202) constatent, comme déjà Françoise Cayla *et al.* en 1992, que les cabinets infirmiers libéraux se répartissent en plusieurs profils : il y a ceux qui travaillent à côté des services de soins infirmiers en les ignorant et ceux qui travaillent avec eux en collaboration, le nombre de personnes prises en charge par les deux structures variant d'un cabinet à l'autre. Cette dichotomie s'est retrouvée sur les territoires que nous avons enquêtés.

Commençons par examiner ce qui se passe dans les cabinets favorables à un travail partagé avec les SSIAD.

Ces cabinets, la majorité, nous ont présenté les SSIAD comme une ressource sur laquelle ces infirmières peuvent compter pour s'occuper, de façon partagée, des personnes qualifiées de dépendantes. Certaines infirmières libérales vont même jusqu'à nous dire, en parlant des SSIAD : « Ils sont là pour ça ». De fait, leur présence participe à la sélection des soins.

Question : (...), et là vous m'avez beaucoup parlé du SSIAD, ...

Sylvie : Disons que nous ... (rires), à un moment donné comme on en avait marre de faire des nursing, on a trouvé cette solution qui nous paraît intéressante parce que on travaille avec des aides-soignantes, qui font donc le nursing, (...)

(Sylvie, infirmière, Ville Centre, entretien à propos de Mr Roumiguières)

Ou encore

« La présence de SSIAD nous donne bonne conscience à refuser des toilettes, on sait qu'elles seront prises ailleurs »

[Journal de terrain, 7 décembre 2012, entretien informel dans la voiture de Jean-Bernard, infirmier, Ville Sud].

Avoir recours au SSIAD, dans l'esprit des infirmières libérales, c'est se délester des toilettes. Les SSIAD sont aussi des partenaires dans le sens où, en prenant en charge la partie des soins dont les infirmières ne veulent pas, ils permettent à ces infirmières, non seulement d'opérer une sélection des soins, mais aussi, par voie de conséquence, de conserver la patientèle qu'elles souhaitent conserver : demander à un SSIAD d'intervenir, c'est s'assurer de ne pas faire les soins indésirables tout en gardant le patient dans sa propre patientèle. Sylvie l'exprime très clairement :

Sylvie : alors pareil, il me semble, ils nous ont dit qu'ils avaient besoin de quelqu'un pour la toilette, on leur a dit qu'on travaillait avec les aides-soignantes. Il a été ralenti un moment cérébralement, c'est clair.

Question : donc c'est vous qui les avez dirigé vers les aides-soignantes ?

Sylvie : oui, parce que nous quand on nous dit « on a besoin d'une toilette », nous, on dirige vers le SSIAD, ça nous permet de garder le soin technique et les aides-soignantes de faire la toilette quoi, avant d'envoyer sur un autre cabinet. On sait que si on oriente sur ... on perd tout, la famille quoi.

(Sylvie, Infirmière, Ville-Centre, entretien à propos de Mr Parquet)

En ville comme à la campagne, le recours au SSIAD est ordinaire. Il s'agit d'un partenaire souvent cité dans les entretiens.

Le recours au SSIAD arrive dans les mêmes situations en ville qu'à la campagne : des soins infirmiers techniques sont débutés par les infirmières libérales chez une personne dont l'état physique, lorsqu'il se dégradera, nécessitera de l'aide dans les gestes de la vie quotidienne (besoin de soins d'hygiène bien souvent). Les infirmières appellent un SSIAD ou demandent à la famille d'appeler un SSIAD pour effectuer ces soins d'hygiène. Le même scénario peut se passer sans soins techniques préliminaires : un état physique se dégrade et un besoin d'aide apparaît. La personne, ou plus souvent la famille, réagit en demandant son avis au médecin qui dirigera cette demande vers les SSIAD. C'est ainsi que les SSIAD ont pour principal demandeur les familles, avant les établissements de soins (hôpitaux, services de soins de suite), et devant les infirmières libérales²³⁸. Autrement dit, les infirmières libérales ne se placent pas en tête des demandeuses de recours au SSIAD. Lorsqu'elles le font, la question se pose de savoir quel SSIAD contacter. En fait, les SSIAD, lors de leur demande d'agrément en tant qu'établissement médico-social, se voient affecter un secteur géographique validé par l'Agence Régionale de Santé, secteur déterminé par une équation prenant en compte à la fois la démographie des professionnels libéraux du secteur et l'existence d'autres SSIAD sur ce territoire. Cet agrément précise le nombre de « lits » et le public bénéficiaire des places (personnes âgées, personnes en situation de handicap, ...) de ce SSIAD.

Les SSIAD sont donc considérés comme des ressources permettant aux infirmières de se délester d'un travail qu'elles ne veulent pas, et participant ainsi à la

²³⁸ Source : entretien exploratoire téléphonique avec une coordinatrice de SSIAD non enquêté de Ville

sélection des patients décrite précédemment²³⁹. Ils constituent un moyen, pour les infirmières libérales, de continuer à choisir leur manière de travailler.

9.2.1.1.2 Pourquoi les infirmières libérales ne travaillent-elles pas avec les SSIAD ?

De la même façon qu'il existe des cabinets favorables à un travail partagé avec les SSIAD, des cabinets y sont opposés. Les arguments motivant une telle posture sont au nombre de trois.

Le premier argument est que les SSIAD sont présentés par les infirmières libérales comme des structures limitées par leur mode de rémunération forfaitaire et ne pouvant pas faire face à toutes les situations²⁴⁰. Cette impression exprimée par les infirmières libérales est confirmée par Françoise Cayla *et al.* :

« Le problème majeur est lié au mode de tarification forfaitaire des soins qui rend difficile, voire impossible, les prises en charge « lourdes » (grabataires-mourants). Les services [SSIAD], pour répondre à l'accroissement de la dépendance de leur clientèle, sont de ce fait amenés à compenser les cas lourds par des cas légers. Lorsque leur quota de cas lourds est dépassé, un certain nombre d'infirmiers font état d'un transfert de malades dans le secteur libéral, dont le mode de financement (à l'acte) est plus souple et peut mieux s'adapter à l'accroissement des charges en travail ». (Cayla et al., 1992 : 21)

C'est aussi ce que nous avons pu entendre lors de notre recherche :

« En fait les SSIAD, ils fonctionnent avec des forfaits, avec des prix de journée qu'ils redistribuent, donc l'infirmière [libérale] rentre dans un forfait, également, bon donc il faut dispatcher le forfait à tout le monde, donc l'aide à domicile, l'infirmière, etc, ce qui ne colle pas tout le temps au besoin du patient en fait. Parfois il faut trois passages d'infirmière pour faire un soin technique infirmier, et comme le forfait n'est pas extensible à souhait (...). ».

« (...) dans un cadre de SSIAD forfait, c'est pas possible ça, c'est pas possible, donc on colle pas aux besoins, avec un SSIAD elle n'aurait pas collé aux besoins de cette patiente, alors que les libéraux, nous, on peut passer trois fois si la prise en charge est trois fois, on peut y aller trois fois. »

²³⁹ Voir chapitre 3

²⁴⁰ Les SSIAD fonctionnent avec une dotation globale versée par l'Assurance Maladie en fonction du nombre de « lits » autorisés par l'ARS (Source Ameli.fr). On peut convertir cette dotation en forfait journalier. Les chiffres obtenus sont autour de 32 à 36 €/j (source : Cour des Comptes).

(Sheila, infirmière Ville, Cabinet Nord, extraits d'entretien à propos du fonctionnement de son cabinet)

Les SSIAD sont donc contraints de compenser les cas lourds par des cas légers (et ne peuvent pas accepter tout type de profil sans un équilibre entre ces profils). Le recours au SSIAD ne règle pas tous les problèmes de partage du travail, surtout pour les cas les plus lourds. Cette conclusion apparaissait déjà dans le travail de Françoise Cayla *et al.* comparant les SSIAD et les infirmières libérales dans « les soins infirmiers à domicile aux personnes âgées » :

*« Mais quelques spécificités apparaissent quand on tient compte du niveau de dépendance initial. Les personnes âgées qui présentent une dépendance forte sont plus souvent institutionnalisées quand les soins sont assurés par les SSIDPA. Les décès interviennent plus fréquemment au domicile dans la cohorte libérale et inversement à l'hôpital pour les malades pris en charge en SSIDPA. »*²⁴¹ (Cayla *et al.*, 1992 : 16)

La deuxième raison incriminée par les infirmières libérales pour ne pas travailler avec des SSIAD est la méfiance basée sur des arguments qui ne sont pas toujours vérifiés, tel que le niveau des compétences des salariés du SSIAD, ce qui s'accompagne d'une crainte de la dévalorisation du travail infirmier. Dans l'exemple suivant, nous exposons le point de vue de l'associé de Sheila (Cabinet Ville Nord), qui s'en fait porte-paroles au cours d'un entretien portant sur la présentation générale de leur cabinet. Il faut préciser que Sheila est associée depuis trois ans à Denis, dont la carrière d'infirmier diplômé est de trente ans et l'ancienneté en libéral de plus de vingt ans. Il est celui qui a donné son profil à leur cabinet (choix des partenaires, type de soins ou de patients, ...). Sheila n'est ici que la porte-parole de Denis : elle n'a elle-même aucune expérience de collaboration avec des SSIAD.

« (...) Parfois il faut trois passages d'infirmière pour faire un soin technique infirmier, et comme le forfait n'est pas extensible à souhait, et ben c'est les aides à domicile qui vont prendre les TA [Tension Artérielle] à 16 heures. Voilà. Et ça, il [son collègue et associé] n'a pas envie de rentrer dans ce système-là. Donc on n'a pas envie de travailler avec les SSIAD. On travaille avec les HAD [Hospitalisation à Domicile] mais pas avec les SSIAD. Par exemple Mme M., que vous allez rencontrer, elle vous le racontera, elle a eu au tout début [une infirmière libérale] qui n'a pas voulu la prendre en charge parce qu'elle était trop lourde en termes de soins, donc elle l'a réorientée, cette infirmière libérale, vers un SSIAD, en sachant que c'est une dame qui a demandé au début beaucoup de temps, donc elle rentrait pas dans un forfait SSIAD, elle aurait pas eu Elle a quasiment ... parce

²⁴¹ SSIDPA : Service de Soins Infirmiers à Domicile pour Personnes Âgées, noms donnés au SSIAD au moment où ils ne s'occupaient que d'un public âgé.

que il y a une aide pour elle, et il y a une aide pour sa famille, donc elle a une aide à domicile, mais l'aide à domicile elle s'occupe pas d'elle, elle s'occupe des vêtements de ses enfants, parce qu'elle a une jeune puce qui a 10 ans, donc voilà, l'aide à domicile elle s'occupe d'amener la petite au poney, elle s'occupe aussi de l'emmener à l'école si besoin, le mari depuis il a repris son travail, bon ben l'aide à domicile comble tout ça, dans un cadre de SSIAD forfait, c'est pas possible ça, c'est pas possible, donc on colle pas aux besoins, avec un SSIAD elle n'aurait pas collé aux besoins de cette patiente, alors que les libéraux, nous, on peut passer trois fois si la prise en charge est trois fois, on peut y aller trois fois. »

(Sheila, infirmière, Ville Nord, entretien de présentation du son cabinet)

C'est ainsi que nous verrons confondre, dans ses propos, les aides à domicile et les aides-soignantes. Cette confusion montre le niveau de méconnaissance de Sheila sur le fonctionnement réel des SSIAD et sur le niveau de compétences proposé. En effet, elle parle de surveillance de tension artérielle. Les aides-soignantes peuvent désormais surveiller les pressions artérielles²⁴², ce que semble ignorer Sheila. De la même façon, l'infirmière libérale ici interviewée parle des SSIAD qui emploieraient des aides à domicile, ce qui n'est pas le cas²⁴³. Visiblement, Sheila suit les décisions prises par son associé avant qu'elle n'arrive dans ce cabinet, sans réellement connaître le fonctionnement des SSIAD. Cet exemple montre par ailleurs comment la familiarisation à l'exercice libéral se met en place par les pairs.

Enfin, le troisième argument dans l'ordre d'importance (et qui n'a d'ailleurs plus de valeur à ce jour²⁴⁴), est celui du montant des cotisations sociales qui accompagnent tout revenu. Les infirmières libérales ont passé une convention nationale visant à régir leurs rapports avec les organismes d'assurance maladie²⁴⁵. Dans le cadre de cette convention (Titre VI, Dispositions sociales), les parties signataires (syndicats infirmiers libéraux d'un côté, caisses d'Assurance Maladie de l'autre) ont convenu que les caisses

²⁴² Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant (Annexe 1, Module 2 : l'État clinique d'une personne : Mesure des paramètres vitaux chez l'adulte et chez l'enfant : pulsations, température, pression artérielle, rythme respiratoire, mensurations, conscience, volume urinaire.)

²⁴³ Il peut arriver qu'un SSIAD soit adossé à un Service d'Aide à Domicile (SAD), structure d'un autre type et ayant une autre mission dans laquelle des aides à domicile sont salariées. Ceci a pu induire Sheila en erreur.

²⁴⁴ Avenant n°4 de la Convention Nationale, JO du 19 mars 2014

²⁴⁵ Journal Officiel de la République Française, 25 juillet 2007, Texte 33 sur 140, Décrets, arrêtés, circulaires, Textes Généraux, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, « Arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmières et les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie » (à savoir : caisses primaires d'assurance maladie, caisses de mutualité sociale agricole et caisses du régime social des indépendants).

d'Assurance Maladie financent les cotisations sociales à hauteur de 9.7 % du montant de l'assiette de cotisations quand les cotisations dues s'élèvent à 9.81% de cette assiette. Les infirmières libérales ont donc des cotisations sociales au titre de l'assurance maladie et maternité qui s'élèvent à un montant représentant 0.11 % de l'assiette de cotisations. Or, travailler avec un SSIAD, c'est facturer des soins à un établissement médico-social et pas à un organisme d'assurance maladie. Avant 2014, il s'agissait donc d'une facturation hors convention. Les cotisations sociales pour ces revenus étaient calculées à partir du taux de 9.81 %. Jusqu'à l'avenant n°4 de 2014, travailler avec un SSIAD entraînait donc de cotiser davantage pour un travail identique que celui fait en libéral conventionné, et, de plus, demandait aux infirmières libérales de faire une comptabilité différenciée selon que leurs actes professionnels étaient posés dans le cadre de la Convention Nationale ou pas. Ce travail supplémentaire (beaucoup d'infirmières libérales rencontrées font leur propre comptabilité) pouvait rebuter les infirmières et se rajouter aux arguments pesant dans la décision de ne pas travailler avec un SSIAD.

En conclusion de ce paragraphe sur les SSIAD, nous pouvons retenir que les infirmières libérales se divisent en deux groupes : celles qui trouvent de l'intérêt à travailler avec des SSIAD (notamment celui de se débarrasser du « sale boulot ») et celles qui en voient plutôt les inconvénients. Parmi les premières, l'analyse montre que les relations entre SSIAD et infirmières libérales sont nourries de compromis permettant à la relation de durer dans le temps.

9.2.1.2 Les aides-soignantes.

Nous allons nous attacher à décrire les relations entre aides-soignantes et infirmières libérales à partir des entretiens que nous avons eu avec elles, et pas seulement en analysant des pratiques.

9.2.1.2.1 *Le travail aide-soignant : prendre soin des relations et expertise*

Nos entretiens avec les aides-soignantes ont mis en évidence qu'elles se considèrent comme de véritables professionnelles paramédicales. Elles définissent leur métier avec les termes d'« écoute, de réconfort, de soins techniques et relationnels, d'émission de conseils », mais l'accent est aussi mis sur le fait d'être « les yeux et les oreilles de l'infirmière », ce qui demande une « présence au soin en train de se faire », une posture permanente d'observation, d'éveil, d'attention. Ces résultats corroborent d'autres études sur ce groupe professionnel (Arborio, 2001 ; Lechevalier-Hurard, 2015). Nos observations ont relevé que les aides-soignantes effectuent par ailleurs un travail

de discernement puisqu'elles n'informeront les infirmières que si elles le jugent nécessaire. Elles exercent donc un premier travail d'expertise, de jugement portant sur la pertinence de transmettre les informations recueillies (informations cliniques, psychologiques, ...). C'est pourquoi les infirmières ont pu nous paraître quelquefois ne pas considérer la personne dont elles s'occupent dans sa « globalité », comme elles nous le disent pourtant : d'autres qu'elles font le travail de recueillir et de trier les informations pertinentes que les infirmières traiteront dans un second temps pour prendre leur décision²⁴⁶ (Crawford, 2010).

L'expertise des aides-soignantes peut même aller jusqu'à discerner si les informations doivent figurer par écrit ou doivent n'être transmises que par voie orale (souvent téléphonique) de façon à ménager la personne qualifiée de dépendante ou à la famille : l'exemple de troubles digestifs chez Honorine (à Campagne) ou de troubles de l'humeur (chez Mr Parquet à Ville) n'ont pas été inscrits pour ne pas provoquer le mécontentement ou la colère de personnes concernées²⁴⁷. Le travail d'expertise des aides-soignantes est invisibilisé. Et cette invisibilisation est faite au nom de l'entretien de la relation entre professionnelles et personnes qualifiées de dépendantes. Les aides-soignantes prennent soin des personnes mais aussi des relations entre ces personnes.

9.2.1.2.2 *Les aides-soignantes : des professionnelles salariées*

Les aides-soignantes avec qui les infirmières libérales travaillent à domicile sont salariées puisque le statut libéral n'existe pas (encore) pour les aides-soignantes²⁴⁸. Elles peuvent être employées par des centres de soins (mutualistes, municipaux, congréganistes, ...) ou des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). L'ensemble des aides-soignantes rencontrées sur nos terrains étaient salariées de SSIAD. Nous avons déjà abordé par ailleurs les relations entre aides-soignantes et infirmières libérales²⁴⁹. Nous traiterons ici de ces relations dans le cadre des SSIAD. En effet, nous avons qualifié les relations entre aides-soignantes et infirmières libérales de tendues ou distendues. Nous pouvons montrer le rôle joué par les SSIAD dans la nature de ces relations.

²⁴⁶ À l'image de la *division du travail avant centralisation dans le but de produire une décision* décrite par Matthew Crawford dans *l'Éloge du Carburateur* (2010).

²⁴⁷ Les professionnelles rencontrées nous ont parlé de discrétion, mais à aucun moment de secret professionnel au sens juridique.

²⁴⁸ Le statut libéral pour les aides-soignantes est régulièrement évoqué dans les tribunes professionnelles (revues, syndicats).

²⁴⁹ Chapitre 6 sur la Toilette et chapitre 8 sur les Écrits.

Le SSIAD joue ce rôle d'intermédiaire dès le début d'un travail conjoint à un domicile : au moment où la décision est prise que des soins vont être dispensés par le SSIAD et par des infirmières libérales, un contact liminaire entre responsable du SSIAD et infirmières libérales s'établit, portant davantage sur la répartition des tâches, sur la distribution des soins selon leur nature, que sur les horaires des passages respectifs qui seront énoncés approximativement, surtout par les infirmières. L'organisation prévue n'est jamais figée. C'est le déroulement des faits quotidiens qui donnera l'occasion de réajustements si le besoin s'en fait sentir, dans le cadre d'un jeu interactionnel.

Les rencontres physiques entre infirmières libérales et aides-soignantes sont exceptionnelles. Toutefois, certains SSIAD organisent des rencontres sous forme de réunions. C'est le cas pour le cabinet situé à Campagne. Une fois par trimestre, l'ensemble des infirmières du cabinet est convié à rencontrer l'équipe des aides-soignantes et leurs responsables, dans les locaux du SSIAD, de façon à s'entretenir à propos des personnes suivies concomitamment par les deux structures, à harmoniser les pratiques (par exemple les heures de passage des unes ou des autres peuvent être rediscutées ici), et à s'accorder sur les points qui pourraient déranger les unes ou les autres dans leurs pratiques respectives. Ce mode de fonctionnement n'a été observé qu'à Campagne. A Ville, ce système de rencontres n'a pas été mis en place.

À partir de ces observations, nous avons déterminé deux types de relations infirmières libérales / aides-soignantes : des relations « distendues », et des relations tendues.

9.2.1.2.3 Les relations distendues entre aides-soignantes des SSIAD et infirmières libérales

Distendues ne signifie pas détendues. Il peut même arriver que les relations soient conflictuelles et nous traiterons des tensions dans un deuxième temps. Mais ce que nous souhaitons souligner ici est l'espace laissé entre les interlocutrices, ce qui est plus avantageusement souligné par le terme « distendues ». En effet, aides-soignantes et infirmières libérales conviennent d'un mode de communication minimal qui permet à chacune des protagonistes de faire son travail en l'absence de l'autre. Elles ne se voient quasiment jamais. Les relations se font surtout par écrit. Des codes se sont mis en place pour signaler qu'un message est à lire. Elles ne s'appellent par téléphone qu'en cas de problème, ce qui est apprécié par les infirmières libérales qui ne sont pas encombrées d'informations²⁵⁰. Le silence des aides-soignantes signifie que « tout va bien ». Les

²⁵⁰ Nous retrouvons là le travail de sélection des informations que les aides-soignantes opèrent.

transmissions sont donc réduites : infirmières libérales et aides-soignantes ne se croisent pas (ou exceptionnellement), ne se parlent au téléphone qu'*a minima*, ne communiquent que par écrit.

Cette laxité dans l'espace entre les deux types de professionnelles agirait comme un catalyseur de confiance puisque c'est aussi dans ces configurations que nous recueillons les discours les plus favorables aux aides-soignantes, de la part des infirmières libérales. Un discours soulignant le professionnalisme des aides-soignantes :

« Donc en fait les aides-soignantes elles nous appellent, elles nous disent « ben voilà avec ce monsieur je m'en sors pas, il faudrait que vous veniez lui faire le pansement, ou venez chez Honorine, la sonde fuit, allez voir son talon »,... on leur fait confiance quand même, c'est ça, elles bossent bien. »

(Pauline, infirmière à Campagne, entretien à propos de Jean).

Mais aussi un discours flatteur de leur mode d'organisation. À Marie-Pierre à qui l'on demandait pourquoi les aides-soignantes avaient été choisies pour faire les soins chez Honorine, alors qu'auparavant les infirmières les assuraient, il nous a été répondu que la première raison en était le coût pour le SSI, mais que la deuxième ...

« Et puis la deuxième, c'est qu'on n'arrivait pas à avoir des horaires fixes, et ça gênait un peu la Mamie. »

(Marie-Pierre, infirmière à Campagne, entretien à propos d'Honorine)

De plus, les aides-soignantes ont programmé leur passage l'après-midi chez Honorine :

« Voilà, elle discute beaucoup avec les aides-soignantes, en plus c'est le moment où elle est parfaitement réveillée, c'est pas le moment où elle est dans un demi-sommeil, en sortant du lit, et puis après il y a le café, donc c'est vraiment un moment « parlotte », l'heure est idéale pour ... tu vois, elle est bien réveillée. »

(Marie-Pierre, infirmière à Campagne, entretien à propos d'Honorine)

Marie-Pierre reconnaît que les aides-soignantes peuvent assurer des services que les infirmières ne peuvent pas garantir (respecter l'heure de passage prévue tout en prenant le temps puisque le soin est programmé à un moment où les aides-soignantes ne seront pas bousculées).

Cette forme de relâchement dans les relations infirmières/aides-soignantes tient au fait que les moments de tensions et les raisons pour lesquelles il pourrait y avoir des tensions (un partage des tâches qui laisserait une impression d'empiètements de territoires par exemple) se règlent entre infirmières d'une part et les responsables des

SSIAD d'autre part, jamais avec les aides-soignantes directement. Cet intermédiaire permet de maintenir la distance entre les professionnelles.

9.2.1.2.4 Les relations tendues entre aides-soignantes des SSIAD et infirmières libérales

Des relations tendues entre aides-soignantes et infirmières libérales nous ont été plusieurs fois relatées mais nous n'en avons pas observé. Sauf une qui est un cas exceptionnel que nous souhaitons rapporter ici parce qu'il est significatif du poids des SSIAD en tant que structure dans les relations aides-soignantes - infirmières libérales.

Les relations « tendues » ont été observées dans le cabinet de Ville-Est dans lequel une des infirmières (Huguette) est également administratrice d'un SSIAD, et donc participe indirectement à l'emploi des aides-soignantes avec qui elle travaille. Les raisons des tensions entre infirmière libérale et aides-soignantes relèvent du partage des tâches et de la liberté d'agir (ou non) sur ce partage.

Il s'agit d'un cas particulier, où les intermédiaires entre l'infirmière libérale et les aides-soignantes sont réduits au minimum. En effet, du fait de la place qu'elle occupe au sein du SSIAD, cette infirmière est directement informée des doléances portées par les aides-soignantes à leur supérieure hiérarchique. Les requêtes portent sur différents points, tels que le droit de ces salariées de réclamer d'être à deux pour mobiliser une personne qu'elles estiment mettre en danger en la mobilisant seule (risque de chute), et les mettre à leur tour en danger lors de ce travail de manutention. Par ailleurs, elles refusent de travailler plus tard le soir pour exécuter des soins qui pourraient être faits, d'après elles, plus tôt dans la soirée (les aides-soignantes résistent pour ne pas avoir à faire des « couchers » après 19 heures, par exemple).

Les revendications des aides-soignantes vont avoir un impact direct sur l'activité professionnelle d'Huguette. En refusant de faire certains soins, les aides-soignantes « obligent » l'infirmière libérale à les faire. En effet, si ces soins ne sont pas effectués au nom de la protection que tout salarié est en mesure de demander à son employeur, ils pourront être effectués par une personne qui accepte de ne pas se protéger, de prendre le risque de mobiliser seule une personne difficile à manipuler. L'infirmière libérale est dans ce cas. C'est à elle, et à elle-seule, d'accepter de prendre ce risque. Elle pourrait le refuser. Ce cas particuliers aurait pu faire l'objet d'un dossier décrivant dans le détail la particularité de cette situation dans le but de solliciter un financement approprié par l'Assurance Maladie. Ce recours aurait peut-être permis d'obtenir les moyens de faire travailler les aides-soignantes en binôme chez cette personne. Mais le recours n'a pas

été demandé et Huguette a accepté de prendre les soins de cette personne sur sa tournée et de les prodiguer seule. Elle présente cet état de fait comme le résultat d'une attitude répréhensible de la part des aides-soignantes : celles-ci ne « *veulent pas travailler* », ne « *veulent pas faire d'efforts* ». En effet, on peut se demander s'il ne s'agit pas de stratégie collective d'évitement du *sale boulot* (Arborio, 2001). L'infirmière poursuit en disant qu'en agissant ainsi, « *elles ne se rendent pas compte qu'elles mettent le SSIAD en péril* », et que « *si ça continue, ce sera le SSIAD qui fermera parce qu'on est usé de gérer des aides-soignantes qui ne veulent pas travailler* » (le « on » est censé représenter l'ensemble des administrateurs et les responsables du SSIAD), et que « *ça sert à rien de perdre toute cette énergie à gérer un SSIAD si c'est, au final, pour faire les soins soi-même* ».

Sans doute cette dernière phrase exprime la raison principale de la colère d'Huguette à l'encontre des aides-soignantes : en refusant les soins et leurs horaires, les aides-soignantes contraignent les infirmières à faire ce qu'elles-mêmes ne veulent pas faire. Or le SSIAD aurait été créé à l'initiative d'infirmières libérales (dont Huguette) pour que celles-ci puissent se délester de soins qu'elles ne veulent pas faire, autrement dit le « *sale boulot* » (les soins d'hygiène « *pénibles* » pour le corps du soignant et risqués pour le corps du soigné, les couchers tardifs,...). Dans cet exemple, les infirmières libérales sortent vaincues. Ce ne sont plus elles qui décident des limites de leurs propres territoires professionnels : ce sont les aides-soignantes.

Stratégies d'évitement du *sale boulot* par les aides-soignantes et détermination du territoire infirmier par ces mêmes aides-soignantes sont deux raisons des relations tendues entre infirmières libérales et aides-soignantes.

Ce cas est, nous l'avons déjà signalé, une exception dans les différentes configurations rencontrées. Il n'est pas représentatif des relations infirmières/aides-soignantes qui sont plutôt de type « *distendues* », mais sa présentation a paru heuristique car elle permet de mettre en évidence le rôle déterminant qu'un SSIAD peut jouer dans les relations entre aides-soignantes et infirmières libérales : celui d'apaiser les éventuelles tensions en créant un intermédiaire (ce qui n'est pas le cas ici puisque SSIAD et infirmière libérale se confondent).

9.2.1.3 Les SSIAD : des partenaires structurant de l'activité infirmière libérale et des interactions professionnelles.

Les SSIAD sont des structures dont le rôle premier est d'offrir des soins à une population. Dans ce but, elles travaillent avec les infirmières libérales et leur personnel.

Leur souci est d'harmoniser les pratiques et d'apaiser les relations éventuellement tendues entre aides-soignantes et infirmières libérales. Pour les infirmières coordinatrices de ces structures, ces réunions permettent par ailleurs de faire des infirmières libérales des partenaires qui les aideront à « boucler » leur budget²⁵¹.

Sur le secteur rural, le SSIAD avec lequel les infirmières libérales travaillent le plus réunit, à un rythme trimestriel, l'ensemble de son personnel (soignant et administratif) et les infirmières libérales du secteur (plusieurs cabinets d'infirmières libérales sont concernés sur le territoire couvert par ce SSIAD qui a deux antennes, dans deux villages distincts). Ces réunions favorisent l'interconnaissance et maintient le lien entre les différentes structures. La réunion qu'il nous a été permis d'observer a rassemblé les deux coordinatrices, six aides-soignantes et sept infirmières venues représenter trois cabinets libéraux. C'est ainsi qu'à la fin de cette réunion, une des deux infirmières coordinatrices nous présente l'intérêt qu'elle voit à ces réunions : « *Ça permet de souder l'équipe, tout le monde se connaît comme ça* ».

Le contenu de ces réunions consiste à nommer le nom des personnes prises en charge conjointement par des infirmières libérales et par le SSIAD et à laisser parler l'ensemble des professionnelles qui ont à s'exprimer à propos de cette personne. L'infirmière coordinatrice anime la réunion : elle décide de l'ordre des dossiers et distribue la parole si nécessaire. Cette réunion se déroule dans les locaux du SSIAD, donc sur le territoire des aides-soignantes : les infirmières libérales sont des invitées.

Les aides-soignantes sont toujours les premières à s'exprimer. Les données relatées portent sur l'état général de la personne et ses variations, sur l'évolution de la relation entre les personnes qualifiées de dépendantes récemment prises en charge par le SSIAD et les soignantes (« *Au bout de 15 jours, il s'est donné* », propos énoncé par une aide-soignante non enquêtée par ailleurs), sur les relations à l'intérieur de la famille, du couple, ... L'une des aides-soignantes profite de cette tribune pour partager ses connaissances nouvellement acquises en matière de maladie d'Alzheimer.

La coordinatrice intervient pour donner des informations sur l'évolution du dossier médical (« *le diagnostic n'a pas encore été posé* », « *le médecin a refusé de prescrire des séances de kiné* », par exemple).

Les infirmières libérales n'interviennent que pour faire préciser des données aux aides-soignantes ou leur demander leur avis sur la pertinence de faire d'autres soins. Les

²⁵¹ Nous avons évoqué le cas du passage infirmier chez Honorine qui n'était pas facturé au SSIAD à son juste prix, à la demande de celui-ci. Voir Chapitre 6.

aides-soignantes ont pu ainsi énoncer des besoins de compléments alimentaires, des besoins de changements de position plus fréquents, ... Cela montre que ce sont les aides-soignantes qui ont le plus d'informations, qui argumentent, qui analysent et délivrent des préconisations en termes d'actions à poser.

En mettant en place ces réunions, les responsables gardent une « main mise » sur ce qui se passe au domicile. En invitant les infirmières libérales dans leurs locaux, en s'octroyant le rôle d'animatrice, en décidant du tour de parole, les infirmières coordinatrices du SSIAD exercent une relation de pouvoir qui reste informelle puisqu'il n'existe pas de relations hiérarchiques entre elles et les infirmières libérales. De plus, les situations de négociations repérées par ailleurs entre SSIAD et infirmières libérales illustrent l'ascendant de celui-ci sur celles-là.

Le sens de circulation des appels téléphoniques souligne par ailleurs le rôle d'intermédiaire des SSIAD. Les aides-soignantes téléphonent directement aux infirmières libérales pour leur signaler un problème qui demande une réaction rapide, et uniquement dans ces cas. Tandis que les infirmières n'appellent jamais directement les aides-soignantes. Elles passeront par les infirmières coordinatrices pour s'adresser aux aides-soignantes.

En organisant ces réunions, en jouant l'intermédiaire dans les relations téléphoniques, les infirmières coordinatrices du SSIAD structurent une partie du travail des infirmières libérales.

À Ville, le cabinet Centre nous a fait part d'une invitation annuelle de la part du SSIAD qui intervient sur le même secteur géographique que les infirmières libérales, à participer à un « pot », en fin d'année, de façon à rencontrer d'autres infirmières libérales, mais aussi des infirmières de centres de soins. Les infirmières libérales rencontrées dans le cadre de notre recherche n'adhèrent pas à cette proposition. Elles argumentent leurs postures par le fait de ne pas vouloir changer les relations entre elles et le SSIAD, relations qui leur conviennent telles qu'elles sont : une communication directe par téléphone, avec une personne que les infirmières ont comme interlocutrice depuis plusieurs années. Le partenariat fonctionne par habitudes, mais aussi par connaissance interpersonnelle, résultat de parcours professionnels.

À Ville comme à Campagne, les SSIAD interviennent dans les interactions entre infirmières et aides-soignantes. Les exemples rencontrés à Ville montrent le poids important donné aux relations interpersonnelles entre infirmières et responsables du SSIAD dans la gestion des relations entre infirmières et aides-soignantes. À Campagne, le SSIAD étudié se donne une mission de gérer collectivement les interactions aides-

soignantes – infirmières libérales. Sur les deux territoires, les SSIAD sont également structurants de l'activité infirmière libérale dans le sens où ils peuvent tour à tour offrir des ressources ou les limiter, être facilitateurs ou contraignants de l'activité infirmière libérale.

9.2.2 Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile et les aides à domicile et/ou auxiliaires de vie sociale.

Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) sont des structures avec lesquelles les infirmières ne choisissent pas de travailler puisque le recours à ces services est l'œuvre des personnes concernées ou de leurs familles. Les infirmières subissent donc les choix faits par d'autres personnes. À Campagne, l'offre est unique. Les personnes n'ont pour recours que les services proposés par une seule association, l'ADMR, qui toutefois couvre l'intégralité du secteur. À Ville, l'offre est plus importante puisque qu'au maillage offert par une association couvrant l'intégralité de l'agglomération, se superpose une multitude de services gérés soit par des associations plus petites, soit par des entreprises privées qui se sont développées à la suite de la loi dite Borloo²⁵². Nous n'avons pas observé, dans les domiciles, de différences de relations entre les infirmières libérales et les salariées de ces différentes structures qui seraient liées à la nature de la structure (associative, entrepreneuriale). Par contre, nous avons observé des différences de relations entre ces structures et les infirmières selon le secteur géographique considéré. Aussi, nous commencerons par étudier les relations entre professionnelles intervenant aux domiciles, avant d'examiner les relations entre infirmières et SAAD.

9.2.2.1 Les Aides à Domicile

9.2.2.1.1 La méconnaissance des métiers de l'aide à domicile par les infirmières libérales

Sous l'appellation d'« Aides à domicile » sont regroupés une nébuleuse de professionnelles aux missions différentes, aux appellations évolutives, aux formations multiples. Sur le site de l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles (UNA), des métiers du domicile sont répertoriés et décrits. Sur le site du

²⁵² LOI n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (Journal Officiel n°173 du 27 juillet 2005, page 12152)

ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, à la rubrique « Métiers du social », figurent d'autres métiers qui se pratiquent uniquement en institution, et donc pas au domicile, mais ne figurent pas sur ce site certains métiers du domicile tels que agent à domicile ou encore employée de maison. Les différents rapports d'études ne portent pas de manière exhaustive sur l'ensemble de ces métiers du domicile (Com-Ruelle et al., 2002 ; Nahon, 2015) et auraient même tendance à les analyser en les regroupant sous l'item d' « intervenantes à domicile » tout en soulignant les diversités de formations, d'activités, et de diplômes qui règnent chez ces intervenantes (Marquier, 2010a, 2010b). Il sera pour nous quasi impossible de comparer nos résultats avec les études déjà faites du fait de ces regroupements de professionnelles sous des appellations différentes selon les auteurs. Cette multitude de métiers fait dire à certains que le secteur du maintien à domicile est un « secteur dispersé » (Cour des Comptes, 2005 : 45), quand d'autres écrivent que « l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes est une pelote de laine emmêlée par trois chatons » (Weber *et al.*, 2014 : 22). Cette façon emmêlée et dispersée à la fois de présenter l'aide à domicile se retrouve chez les infirmières libérales interrogées lorsqu'elles donnent à voir leur connaissance (ou plutôt leur méconnaissance) des méandres du secteur social avec lequel elles travaillent. À commencer par les appellations des intervenantes. Les infirmières utilisent indifféremment, à quelques exceptions près, les vocables d'aides à domicile, aides ménagères, auxiliaires, auxiliaires de vie, AVS²⁵³. Parmi ces derniers, le terme qui revient le plus souvent dans la bouche des infirmières est celui d'aide-ménagère. Cette appellation n'est plus utilisée dans les structures de l'aide à domicile au motif que le mot « ménagère » restreint le rôle de la professionnelle en question à des activités d'entretien du logement. L'aide-ménagère ne correspond d'ailleurs à ce jour à aucun code de la Nomenclature de l'Activité Française - Activité Principale Exercée (NAF APE²⁵⁴). Dans l'histoire des professionnels du domicile, les aide-ménagères à domicile ont existé, et avaient pour mission d'accomplir chez les personnes âgées un travail à la fois matériel, moral et social à travers « la prestation de confort (qui consistait à aider les retraités dans les tâches ménagères qu'ils ne pouvaient plus accomplir ou qu'ils ne souhaitaient pas effectuer » (Croff, 1998 : 177). Dans un souci de revalorisation de ces métiers d'aide à domicile, l'appellation en a été changée au moment de la mise en place d'un diplôme sous la forme d'un certificat d'aptitude : le Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD) (Avril, 2014). L'appellation d'aide-ménagère devient alors, de façon officielle, l'appellation consacrée

²⁵³ AVS : auxiliaire de vie sociale

²⁵⁴ NAF : Nomenclature Activité Française, APE : Activité Principale Exercée, nomenclature de l'INSEE. Cette nomenclature permet, entre autre, de faire figurer le code de l'activité exercée par une personne sur son bulletin de salaire et d'établir des statistiques nationales en matière de travail et d'emploi.

aux personnes qui vont aux domiciles pour ne plus pratiquer que des tâches ménagères (quand l'aide-ménagère n'est pas le nom d'une aide financière allouée par les caisses de retraite ou les départements aux personnes nécessiteuses afin d'accomplir des travaux domestiques de première nécessité). Lorsque les infirmières libérales nous parlent d'aide-ménagères, elles sont en fait en train de nous parler de personnes qui, lorsqu'on leur demande, se définissent elles-mêmes comme des aides à domicile, appellation portée sur leur bulletin de salaire. L'appellation d'aide-ménagères utilisée par les infirmières libérales correspond à un langage profane des métiers du social, comme en témoigne un extrait d'entretien avec Ginette, aide à domicile à Campagne, dans l'entretien à propos de Gustave :

Ginette : « Il y a quelques années, les gens disaient « aide-ménagères ». Mais en fait l'aide-ménagère n'est pas que l'aide-ménagère. Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, il faut faire autre chose, mais les gens, malheureusement, on est considéré comme l'aide-ménagère. C'est vraiment, voilà... c'est ancré chez les gens ça. Et c'est dommage parce que parfois certainement on pourrait apporter davantage de choses, c'est vrai ... parfois certainement on pourrait apporter un certain nombre de choses, y'a des cas, voilà les filles elles ont un cas, la dame leur dit « moi le ménage je m'en fous, c'est pas mon truc. Moi ce que je veux c'est parler parce que je parle à personne. » Alors cette dame il faut lui faire un petit peu de ménage mais parler, elle aime parler, et moi je trouve que c'est important ça.

Question : Donc en dehors du ménage, vous pouvez parler, faire des chèques, ...

Ginette : oui, et puis même faire leurs papiers, des fois où ils comprennent pas, les aider oui, ça, ça fait partie de notre travail, et on prend les gens, on les amène chez le docteur, on les amène et on les récupère chez le coiffeur, on fait les courses avec eux, ...

Question : Et vous pouvez les prendre dans votre voiture ?

Ginette : Ah oui, à partir du moment que c'est en accord avec le bureau, on remplit des papiers pour ça et on a le droit de le faire. Y'a des filles qui tous les jours amènent quelqu'un faire les courses et y'a pas de problèmes avec ça. Ça rentre dans leur travail (...). »

(Ginette, aide à domicile à Campagne)

Ginette nous dit que le terme d'aide-ménagère est « ancré ». Les infirmières, comme les profanes, utilisent ce terme.

Après vérification auprès des intéressées, nous pouvons affirmer que les infirmières (à quelques rares exceptions près) ignorent le métier de celles qu'elles croisent : elles ne savent pas qui est « aide-ménagère », autrement dit aide à domicile, ou qui est auxiliaire de vie sociale. L'appellation utilisée par les infirmières ne

correspond pas à ce que les intervenantes à domicile interviewées nous livrent comme information sur la dénomination de leur métier.

9.2.2.1.2 Travailler avec des « méconnues », voire des inconnues

Après ce détour sémantique, revenons aux relations entre infirmières libérales et diverses Aides à domicile²⁵⁵, et justement à leur façon de travailler ensemble. La méconnaissance des infirmières ne s'arrête pas à la dénomination exacte des métiers qu'elles fréquentent, elle s'étend au contenu et à la nature du travail de leurs collègues : les infirmières ne connaissent pas exactement les tâches assignées à chacune des professionnelles qu'elles ont en face d'elle. C'est ainsi que Sheila nous dira en entretien qu'il lui arrive de demander aux Aides à domicile de préciser leurs prérogatives :

« Donc j'ai demandé aux Aides à domicile quels étaient leurs rôles, qu'est-ce qu'elles pouvaient faire, parce que chacune même si elles ont l'étiquette d'Aide à domicile, certaines ont des formations, certaines sont des aides-soignantes mais qui ne peuvent pas être aide-soignante à domicile, ça n'existe pas, sauf quand on travaille dans un SSIAD mais si on fait partie d'une association d'Aides à domicile, on est aide à domicile, on n'est pas aide-soignante, même si on a le diplôme. Donc voilà, qu'est-ce qu'elles sont habilitées à faire ? On s'est entendues là-dessus, on a discuté, on a rebriefé tout le monde, on a recadré tout le monde. »

(Sheila, infirmière Ville, entretien à propos d'Ingrid)

Mais aucune observation de notre part ne vient corroborer cette information. Le plus souvent, les infirmières ignorent les actions des Aides à domicile. Plus que ça, il arrive que les infirmières de Ville (à l'inverse de ce qui se passe à Campagne) ne connaissent pas personnellement, n'identifient pas les intervenantes à domicile.

« Alors ce sont des auxiliaires de vie, alors je pense que ce ne sont pas les mêmes, je ne les connais pas mais je sais que tous les après-midi il sort, il va en ville donc quelqu'un le pousse dans son fauteuil, et le matin, y'a quelqu'un pour la toilette. »

(Sabine, infirmière Ville, entretien à propos de Mr Roumiguières)

²⁵⁵ Convenons que dans ce paragraphe consacré aux services d'aide et d'accompagnement à domicile et à leurs salariées, les Aides à domicile (avec une majuscule) représentent l'ensemble des professionnelles travailleuses sociales qui interviennent à domicile, les aides à domicile (sans majuscules) représentent les personnes titulaires du CAFAD et considérées comme telles sur leur bulletin de salaire, quant à l'aide à domicile (au singulier) représente le système mis en place pour organiser les interventions à domicile de travailleurs sociaux variées.

De la même façon, les infirmières ne connaissent pas précisément les fréquences de passage ou la durée des interventions chez les personnes dites dépendantes. Croiser les informations délivrées par les unes et les autres a quasi-systématiquement montré que les infirmières ne connaissent pas exactement l'organisation temporelle du travail des différentes intervenantes à domicile. Comme nous le rappelle Alain Vilbrod (2007 : 59) en faisant référence aux travaux de Laure Com-Ruelle et al. (2002), « les infirmières libérales ont une connaissance plutôt imprécise des intervenantes du secteur de l'aide à domicile et de leurs attributions respectives ».

C'est sur la base de cette méconnaissance que le travail se partage. Car, comme nous l'avons déjà vu, entre infirmières et aides à domicile, il s'agit bien de partage de travail. Certaines tâches effectuées par les infirmières du fait de leur décret de compétences et de leur rôle propre sont également mises en œuvre par les Aides à domicile. Il peut s'agir d'actes tels que la distribution de traitement médicamenteux. Ou encore de soins portant sur l'hygiène corporelle. Les services employeurs d'Aides à domicile disent répartir les salariées en fonction du plan d'actions de la personne dite dépendante. Ainsi, pour les personnes nécessitant des soins en contact direct avec le corps, comme une toilette, les auxiliaires de vie sociale (ensuite AVS) seront prioritaires, du fait de leur formation initiale, sur les aides à domicile. En effet, le Diplôme d'État des AVS comprend dans son programme de formation l'enseignement des gestes nécessaires au bon déroulement d'un soin d'aide à la toilette, en tenant compte de la gestion du « propre » et du « sale » (les notions de « propre / sale » concernent les parties du corps, les eaux, le linge, l'environnement matériel, ...), ainsi que de la sécurité de la personne bénéficiaire. Mais le fait que les AVS soient autorisées à aider à une toilette n'est pas une condition suffisante pour qu'elles seules le fassent.

Pour les travailleuses sociales elles-mêmes, les appellations ne sont pas très claires non plus. Ou plutôt ce qui est clair ici ne l'est plus ailleurs. C'est ainsi que Nina nous explique qu'elle appartient à l'association ADMR²⁵⁶ la plus diplômée de son département, celle qui possède la plus grande proportion d'AVS. Elle enchaîne en nous expliquant la différence entre les différents profils de professionnelles dans son ADMR :

« Il y a donc aides à domiciles, c'est donc les personnes non diplômées, qui font uniquement le ménage. Et qui sont en catégorie A. Catégorie B, ce sont les assistantes de vie, donc ils peuvent faire un lever ou éventuellement, une aide à la toilette, mais accompagnée d'une aide-soignante, et après y'a les auxiliaires de vie, donc là, classe C, où on peut faire change, lever, aide à la toilette seule. »
(Nina, Auxiliaire de vie sociale à Campagne)

²⁵⁶ ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

Cette classification ne ressemble pas à celle que nous trouvons dans d'autres associations d'aide à domicile, ni sur les sites des organismes de formations qui eux-mêmes peuvent employer d'autres appellations telles que intervenante à domicile, gouvernante, aides aux personnes âgées, ...

Les infirmières ont un manque de connaissances précises en matière d'appellation des travailleuses sociales, mais nous venons de le voir, ces appellations sont multiples et ne revêtent pas toujours le même sens selon les sources, mêmes officielles (par exemple sur les sites internet ministériels ou ceux d'organismes de formation). La polysémie pose la question de la communication entre des professionnelles qui sont amenées à travailler ensemble.

9.2.2.1.3 *Quand la situation fait le métier, loin des lieux d'organisation du travail*

Les infirmières libérales ne nomment pas leurs collègues travailleuses du social en fonction de ce qui est noté sur les fiches de poste ou les bulletins de salaire de celles-ci. Elles utilisent, par défaut, le vocable d'aide-ménagère, puis celui d'auxiliaire de vie²⁵⁷ à propos de situations moins routinières. Ce constat souligne le fait que les infirmières libérales connaissent les (ou ont au moins une idée des) nuances entre les différents métiers de l'aide à domicile : elles savent qu'une auxiliaire de vie sociale a un périmètre d'action plus large que celles qu'elles appellent les aide-ménagères. Ceci était déjà vérifié en 2002 (Com-Ruelle, 2002 : 48) : « *Ces réponses montrent que les infirmiers libéraux établissent une distinction entre les fonctions de l'aide-ménagère et celles de l'auxiliaire de vie : l'aide-ménagère est sollicitée plus souvent pour un rôle de soutien de l'individu dans son environnement (alimentation, repas, ménage) ; l'auxiliaire de vie est sollicitée pour des attributions plus en rapport avec le sujet lui-même (transferts et déplacements, élimination, toilette, habillage)* »²⁵⁸.

²⁵⁷ Il y a ici abus de langage. Les infirmières nomment « auxiliaire de vie » des « auxiliaires de vie sociale ». Les auxiliaires de vie occupent un emploi d'aide auprès de personnes dépendantes mais aucune obligation de diplôme n'est exigée, à l'inverse des « auxiliaires de vie sociale » qui sont venues remplacer les aides à domiciles (détentrices du CAFAD) à la suite de la création du diplôme d'État en 2002 et qui ont des prérogatives élargies en intervenant auprès des familles.

²⁵⁸ Au moment de la publication de ces résultats, en 2002, le diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) est récemment créé. Les auxiliaires de vie dont il s'agit ici ne sont pas les auxiliaires de vie sociale que nous connaissons aujourd'hui. Leur métier avait été créé à l'origine pour être le pendant des aide-ménagères sur des publics différents : les aide-ménagères intervenaient auprès des personnes âgées, quand les auxiliaires de vie devaient agir auprès des personnes dépendantes et handicapées. Mais leurs fonctions étaient proches. (Source : Com-Ruelle, 2002 : 47)

Cette distinction établie par les infirmières entre les différentes professionnelles n'empêche pas d'opérer un glissement sémantique d'un vocable à l'autre en parlant de la même personne dans deux circonstances différentes. Les propos de Sabine à ce sujet sont illustratifs :

Question : Et du coup, est-ce que tu penses que vous aurez bientôt à passer plus souvent ?

Sabine : Ça dépend de son état, si son état le nécessite, peut-être, mais si ça se maintient comme ça, dans l'immédiat, je pense pas. Enfin ça dépend aussi des familles, qu'est-ce qu'elles ont demandé de plus, mais nous elles nous en ont pas fait cas, non, non. Je pense qu'il y aurait pas eu les aide-ménagères le matin, peut-être que oui, tu vois, pour le lever je pense que oui ...

Puis, plus loin dans le même entretien, toujours à propos de Jean-François :

Question : Et si un jour ça devait se faire, qui prendrait la décision, comment ça se passerait ?

Sabine : C'est à la demande de la famille et de l'auxiliaire de vie aussi.

(Sabine, Infirmière à Campagne, extrait d'entretien à propos de Jean-François)

C'est ainsi que les infirmières libérales nomment leurs collègues du travail social en fonction des circonstances et des compétences mobilisées par ces travailleuses dans les situations : un lever relève de l'aide-ménagère alors que décider de demander une nouvelle organisation est une prérogative de l'auxiliaire de vie sociale²⁵⁹. Pour les infirmières libérales, ce n'est pas l'appellation qui fait le métier, c'est la situation.

Car c'est effectivement dans la situation, dans l'instant et dans le lieu, que le travail de chacune va s'ajuster à celui de l'autre. Ces ajustements mutuels (Mintzberg, 2010 : 19), forme de « coordination du travail par simple communication informelle », sont cités par Frédérique Streicher (2014) à propos d'une étude portant sur des services d'aide à domicile lorrains et luxembourgeois. L'auteure souligne que ces ajustements mutuels sont d'autant plus observés dans ces services d'aide que les acteurs travaillent dans les domiciles, loin du lieu d'organisation de leur travail (le siège de leur service). Du côté infirmier, certaines décisions organisationnelles sont prises en amont des interventions dans les domiciles, nous l'avons vu chapitre 3, mais le dernier travail

²⁵⁹ En effet la compétence 6 – Travailler en équipe pluri-professionnelle –, dans laquelle il est demandé à l'Auxiliaire de Vie Sociale de « Savoir exposer une situation et formuler des propositions à l'équipe et à l'encadrement », sera recherchée et validée dans le cadre de la formation de ces professionnelles (Source : <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr96>, consulté le 18 février 2015).

d'organisation, celui qui fera que les acteurs travaillent ensemble ou pas, se fait au domicile, dans le factuel, pas dans le prévisionnel.

9.2.2.1.4 Entre infirmières libérales et Aides à domiciles : trois logiques de relations qui s'articulent et se nuancent

Qu'elles se connaissent ou pas, qu'elles se voient ou pas, qu'elles se croisent et échangent verbalement ou pas, infirmières libérales et Aides à domicile développent différentes formes de relations basées sur le partage du travail. Nous avons évoqué longuement le partage du sale boulot basé sur l'échange. Mais le sale boulot n'est pas le seul autour duquel infirmières libérales et Aides à domicile ont des relations. En 2007, Alain Vilbrod mettait déjà en évidence trois types de relations relevant de trois logiques différentes : la complémentarité, la concurrence et le décloisonnement (2007 : 59-60). Pour cet auteur, la complémentarité revêt l'aspect de deux activités différentes qui se complètent pour obtenir un même but : le maintien à domicile, chaque groupe professionnel (les infirmières libérales et les Aides à domicile) ayant ses tâches bien définies. Nous avons pour notre part observé de nombreuses situations dans lesquelles les Aides à domicile interpellent les infirmières sur un problème qu'elles ont identifié. Elles savent que la solution à ce problème serait apportée par les infirmières.

« (...) les aide-ménagères nous appellent quand elles voient qu'il y a un problème, on a aussi des appels des aides ménagères, qui sont chez les patients qui nous appellent, oui, qui constatent que quelque chose ne va pas, par exemple là on a une dame qui est juste au-dessus, l'aide-ménagère m'a appelée en me disant qu'elle se trouvait pas bien. »

(Corinne, infirmière libérale Ville-Centre, entretien à propos de Mme Couture).

La complémentarité prend ici plusieurs formes : l'Aide à domicile a évalué une situation, l'a jugé et a conclu à la nécessité d'une intervention infirmière. Elle est aussi complémentaire en étant une source d'information. Comme elle l'est en avertissant l'infirmière. Mais l'information n'est pas toujours urgente à transmettre. C'est au cours des rencontres physiques que se transmettent ce que les Aides à domicile ont à livrer. Les informations peuvent alors être qualifiées de précieuses :

« Chez d'autres personnes, par exemple chez Mme Couture, il y en a une qu'on croise régulièrement, tous les matins quand on y va on la croise, et elle, elle nous dit beaucoup d'info, ... vraiment beaucoup d'info, c'est vraiment précieux, ... »
(Corinne, infirmière libérale Ville-Centre, entretien à propos de Mme Fidèle).

De telles relations sont basées sur une logique de complémentarité.

La seconde logique, celle de la concurrence, serait liée au risque de récupération de certains soins infirmiers, notamment la toilette, par les Aides à domicile. Et enfin, le décloisonnement est compris dans le sens d'une ouverture entre sanitaire et social et se définit par la tolérance de la part de quelques infirmières à de « légers débordements » des Aides à domicile, c'est-à-dire que ces dernières se verraient autorisées à effectuer des actes infirmiers tant que les infirmières restent les chefs d'orchestre de ce décloisonnement. La logique de décloisonnement se rapproche de ce que l'on a identifié avec le partage-échange du sale boulot. Les trois logiques décrites par Alain Vilbrod ont valeur analytique et nous permettent de mieux penser les relations entre ces deux types de professionnelles. Nous souhaiterions apporter des nuances à chacune de ces logiques, et plutôt que les séparer, nous proposons de les articuler.

Pour commencer, parlons de la logique de la complémentarité. Si effectivement, la complémentarité peut être comprise comme la juxtaposition de deux domaines nécessaires au maintien au domicile des personnes qualifiées de dépendantes, notre recherche montre que la limite de cette juxtaposition est quelquefois poreuse. La complémentarité peut aussi être une intrusion demandée, et contrôlée par l'infirmière, à l'intérieur même des soins infirmiers. Nous avons déjà montré que cette complémentarité pouvait être recherchée par l'infirmière dans le but d'augmenter son confort de travail (le cas de manutention au moment de lever Gustave à Campagne est évoqué Chapitre 5). Il s'agit alors, pour les Aides à domicile, d'apporter une aide physique à l'infirmière en intervenant dans le cadre du soin infirmier. En le retenant au bord du lit pendant les mobilisations opérées par l'infirmière, l'Aide à domicile évite d'éventuelles chutes de Gustave (à Campagne). Les infirmières libérales expriment que les Aides à domicile les « aident bien ». Cette complémentarité est à prendre dans le sens d'une aide additionnelle, chacune restant dans son domaine. Alain Vilbrod nous l'avait mentionné. Notre nuance porte sur le fait que cette logique de complémentarité s'exprime sous un contrôle opéré par les infirmières. Nous envisageons cette « aide contrôlée » comme se situant à l'articulation entre complémentarité et concurrence.

Le second mode de relations présenté par Alain Vilbrod est celui de la concurrence (ibid. : 60) Cet auteur lie la concurrence à la part d'activités que les infirmières consacrent aux soins d'hygiène : plus une infirmière effectue de soins d'hygiène, plus elle se sent menacée par les Aides à domicile. Nous ne remettons pas en cause ce résultat basé sur un grand nombre d'enquêtées. Mais nous pouvons rajouter que la concurrence ne se joue pas seulement autour de la toilette, et que même pour des cabinets à faible activité de soins d'hygiène, il existe une menace représentée par les

professionnelles de l'Aide à domicile. Des épisodes de tensions déjà présentés dans ce travail illustrent le fait que cette menace peut se jouer à un autre niveau : celui de la relation d'autorité entre les métiers. Rappelons brièvement l'exemple de Denise qui demande, assez sèchement, par écrit, dans le cahier de transmissions de Jean que le linge sale soit trié (Chapitre 8). Elle tente de « faire autorité ». Et ce qui a choqué les infirmières dans cet énoncé n'est pas tant son contenu que sa forme, que le ton utilisé. Dans ce cas, la rivalité ne porte pas sur le travail, ni sur le partage du travail, mais sur la façon de communiquer. Toutefois, l'anecdote montre que les faits se déroulent autour de l'entretien du linge, activité liée à la sphère domestique. Or l'entretien du linge n'est pas considéré par les infirmières comme de leur ressort. On peut penser que Denise ne se sente pas menacer de perdre son domaine d'activité. Mais être tancée là-dessus par Denise rappelle aux infirmières que leur métier a à voir avec des activités domestiques. Or, comme nous l'avons vu avec le sale boulot échangé, les infirmières acceptent d'exécuter des actes typiquement domestiques s'ils ont une contrepartie. La concurrence existe donc sur les domaines d'activité et sur les relations d'autorité. Chacune voulant garder autorité sur son domaine, et donc autorité sur ceux qui n'en respectent pas les limites. La concurrence ne concerne pas que des actes (qui pourraient être pensés comme des cœurs de métiers), elle s'étend au domaine d'activité, au territoire professionnel (Abbott, 1988).

Les limites des territoires professionnels sont à défendre dans les deux sens : des intrusions, nous l'avons dit. Mais aussi d'éventuels débordements, comme ce serait le cas si des infirmières faisaient ce qu'elles considèrent être du *sale boulot* sans qu'il y ait échange. Pour tenir ces frontières, les professionnelles se battent (*turf battles*) sur « les choses des frontières » (Abbott, 2016) comme la situation ci-dessous va nous le montrer. Nous retrouvons le cas de Jean, dans une situation entre Marie-Pierre (infirmière) et la même aide-ménagère, Denise. Rappelons que la maison de Jean n'a pas d'eau courante. Or les différents énoncés relevés sur les cahiers de transmission montrent que l'hygiène du seau qui sert à transporter l'eau pour la toilette de Jean, et de celui du fauteuil garde-robe relève du travail de Denise. Plusieurs fois, les infirmières lui demandent de laver ces contenants, et de les passer à l'eau de Javel. Les batailles dont parle Abbott ne signifient pas forcément agressivité. Le ton mis dans les messages peut même être prévenant.

« 4 février 2011 : Encore un petit mot pour toi, Denise !! Quand tu as du temps, pourrais-tu « javelliser » la poignée du lit de Jean, et la barrière ? (quand on l'assoie le soir, un peu de selles échappe souvent...) et aussi la bassine bleue et le seau noir ? Excuse-moi mais ça serait bien ...Bon week-end, merci pour tout ça ... (signé) Marie-Pierre ».

(Marie-Pierre, infirmière à Campagne, Extrait du cahier de transmissions chez Jean)

Le ton utilisé par Marie-Pierre (un ton minimalisant : « petit mot », la liberté laissée à la planification de l'acte : « *quand tu as le temps* », la conjugaison au conditionnel, les excuses de demander une telle chose, les remerciements) n'est pas autoritaire, il est même doux, mais rappelle tout de même à Denise que ce travail, ce sale boulot absolu, est de son ressort. En demandant à Denise de faire ce travail, Marie-Pierre entretient une relation de type hiérarchique et rappelle la limite du territoire de Denise. En faisant de la sorte, elle maintient une distance. Dans ce cas-là, plus qu'une concurrence, nous préfererions parler de maintien à distance entre infirmières et Aides à domicile.

Le maintien à distance serait, comme l'aide contrôlée, à l'articulation entre complémentarité et concurrence. Le maintien à distance permet que le territoire infirmier n'empiète pas sur des domaines vers lesquelles les infirmières ne souhaitent pas aller (comme les activités domestiques). La seconde (l'aide contrôlée) permet aux infirmières de garder le contrôle sur leur territoire tout en s'y faisant aider.

La troisième logique présentée par Alain Vilbrod, celle du décloisonnement, autorise les débordements, c'est-à-dire que les Aides à domicile se voient autorisées par les infirmières à poser des actes relevant du domaine infirmier. Ce sont les mêmes infirmières qui défendent le plus ardemment la DSI (démarche de soins infirmiers) comme un instrument d'orchestration entre le sanitaire et le social (*ibid.* : 61). La méthodologie mixte (quantitative et qualitative) utilisée dans le travail dont Alain Vilbrod tire ces résultats a certainement permis de faire des liens statistiques entre logique de décloisonnement et défense de la Démarche de Soins Infirmiers. De notre côté, nous avons rencontré des cas de décloisonnement dont celui de Jean-François à Campagne chez qui Nina, auxiliaire de vie, a pris l'initiative de poser des actes de toilette avant d'en prévenir les infirmières. Et celles-ci ont abondé dans le sens de la décision de Nina. Mais nous tenions à préciser que notre méthode qualitative a permis de mettre en évidence que Jean-François bénéficie d'un entourage professionnel et familial important en nombre d'heures de présence, et qu'il habite à l'extrémité du territoire d'intervention géographique des infirmières. Le décloisonnement est aussi une histoire de « situation »²⁶⁰.

Pour le dire autrement, nous reprenons à notre compte les trois logiques décrites par Alain Vilbrod. Mais nous proposons de rajouter une double articulation entre la

²⁶⁰ Nous avons déjà évoqué ce cas en le comparant à Mercédès, pour illustrer la notion de Dépendance Situationnelle, chapitre 6.

logique de Complémentarité et celle de Concurrence. La première articulation serait l'Aide Contrôlée qui permet à l'infirmière de se faire aider, d'être soulagée, tout en gardant le contrôle sur les activités des Aides à domicile. La seconde articulation, au contraire, est le Maintien à Distance des Aides à domicile, et de leurs territoires professionnels, de façon à ne pas s'y laisser emporter. Enfin, le Décloisonnement ne peut être compris qu'en tenant compte du contexte humain de la configuration d'interventions, autrement dit la « situation », dans lequel il s'inscrit.

9.2.2.1.5 *Et une violence symbolique perçue par les Aides à domicile*

Quelle que soit la logique de relations dans laquelle s'inscrivent les interactions entre Aides à domicile et infirmières libérales, une forme de hiérarchie apparaît. Les propos des Aides à domicile, à partir desquels est rédigé ce paragraphe, éclairent le sujet de la relation de pouvoir que les infirmières entretiennent avec ces Aides à domicile. En effet, celles-ci disent connaître les fréquences et l'heure de passage des infirmières. Par contre, elles ne connaissent pas toujours le contenu des séances de soins infirmiers. Elles parlent des infirmières avec l'image qu'elles en ont : celle de professionnelles pressées, chargées de travail, n'ayant pas le choix de leurs horaires, au rôle limité aux activités de soins et à des tâches administratives, et ne prenant pas le temps de regarder leur cahier de transmissions tous les jours.

Si l'on interroge les Aides à domicile sur les relations qu'elles entretiennent avec les infirmières libérales ou les aides-soignantes, la proximité ressentie avec chacune des deux professions varie. Dans leurs discours, cette distance apparaît liée à la façon de travailler et au temps passé au domicile, plutôt qu'au contenu des séances des différentes professionnelles (et donc la nature du travail). Ainsi, auxiliaires de vie sociale et aide-ménagères expriment qu'elles se sentent plus proches des aides-soignantes par le fait que comme elles, celles-ci n'ont pas beaucoup de « patients » par matinée (5 ou 6), alors que les infirmières en ont beaucoup plus (elles n'énoncent aucun chiffre concernant les infirmières), ce qui a pour conséquence d'avoir moins de temps chez chacun. Ce manque de temps est bien identifié chez les Aides à domicile et il est pointé par Émeline, aide à domicile à Campagne, comme la raison qui maintient la distance entre les deux groupes professionnels :

« Question : Vous sentez qu'il y a une distance ?

Émeline : Oui, un peu plus, mais je suis pas la seule à le dire, quand on parle avec les collègues, souvent elles le disent, c'est plus facile de demander quelque chose à une aide-soignante qu'à une infirmière.

Question : Parce que ça vous est plus difficile de le formuler, ou parce que ce n'est pas reçu de la même façon ?

Émeline : Voilà, je pense que ce n'est pas reçu de la même façon, tout à fait. Je pense que les infirmières aussi, elles ont des tournées très chargées, donc il faut qu'elles fassent toutes leurs maisons, alors que les aides-soignantes c'est comme nous, elles ont que cinq ou six patients sur la matinée, et elles y restent plus longtemps. Ma belle -sœur est aide-soignante ici, au centre de soins du village voisin, donc j'ai beaucoup discuté avec elle, ils ont trois quart d'heure par patient, que l'infirmière c'est impossible. »

(Émeline, aide à domicile à Campagne)

Pour les Aides à domicile, la distance entre elles et les infirmières libérales n'est pas spécifiée par la définition des métiers, par les textes de lois, par des éléments extrinsèques et macroscopiques, mais bien plutôt par la façon dont chaque métier organise sa propre activité, et gère son temps. Elles construisent leurs catégories à partir de leur vécu, de leur ressenti, de la réception qu'elles font des actes posés par les infirmières. C'est pourquoi nous parlons de violence symbolique (Bourdieu et Passeron, 1970).

Cette notion de gestion du temps est la partie visible de la relation entre les métiers puisqu'il y a unité de lieu (le domicile) et quelquefois unité de temps. C'est justement cette unité de temps qui va permettre de rendre visible la primauté d'un groupe sur un autre. En effet, les Aides à domicile interviennent à un domicile après qu'aient été évalués les besoins de la personne qualifiée de dépendante, et que ces besoins aient été traduits en temps (durée, horaires) et nature de l'aide à apporter (aide aux repas, ménage, ...). L'aide décidée est à son tour traduite en actions programmées en fonction des heures de passage des professionnels paramédicaux si ces professionnels (infirmière, kinésithérapeute) nécessitent la collaboration des Aides à domicile dans leur travail. L'infirmière est plus aléatoire dans les horaires que le kinésithérapeute, souvent plus régulier. Donc, lorsque l'infirmière nécessite la présence d'une Aide à domicile, elle « oblige » ces Aides à se rendre disponibles, instaurant de fait une relation de dépendance. L'Aide à domicile devra organiser son propre travail en fonction de l'heure de passage des infirmières (ou du kinésithérapeute).

Mais ces mêmes Aides à domicile admettent cette dépendance et y adhèrent parce qu'elles disent trouver leur compte à participer à des activités valorisantes que sont les soins aux corps (aide à la toilette avec l'infirmière, aide à la marche avec le kinésithérapeute, ...) et le fait de rendre service directement à la personne qualifiée de dépendante (et non pas seulement en s'occupant de son environnement). Elles retournent le stigmate (Arborio, 1995) d'être dépendantes d'une autre professionnelle en partageant avec elle le prestige de son activité. Dans « l'aide contrôlée » que nous avons

identifié précédemment, les infirmières trouvent leur compte en soulageant une pénibilité liée à un risque (par exemple la chute que l'Aide à domicile empêchera). Nous savons maintenant que les Aides à domicile y trouvent également le leur.

Les rencontres fortuites permettent de faire connaissance, de mettre des visages sur des prénoms régulièrement entendus parce que cités par la personne dite dépendante. Et même si ces rencontres fortuites restent rares, elles sont décrites par l'ensemble des professionnelles comme des occasions d'échanger des informations, des points de vue. Les auxiliaires de vie sociale ou aides à domicile et les aides-soignantes disent se rencontrer plus fréquemment entre elles qu'avec les infirmières libérales. Même si ces rencontres sont l'occasion d'échanges, elles ne sont pas recherchées. Certaines auxiliaires de vie sociales de Ville nous ont même dit ne pas apprécier les rencontres avec les infirmières car elles ne se sentent pas reconnues par ces dernières, qui se placent, d'après les auxiliaires de vie sociale, en prioritaires, en professionnelles qui n'ont jamais le temps. Aussi, lorsqu'une infirmière libérale est attentive au travail des auxiliaires de vie sociale et les remercie pour leur travail, cela étonnent les auxiliaires de vie sociale.

Le simulacre mutuel qui se joue autour du maintien de l'autorité des infirmières s'accompagne de violence symbolique comme le montre l'exemple suivant. Il s'agit d'une absence de discussion entre différentes professionnelles au sujet des temporalités infirmières. En effet, les infirmières libérales sont liées aux temporalités des autres professionnelles, selon qu'elles souhaitent les rencontrer pour effectuer des soins ensemble ou échanger des informations, ou selon qu'elles souhaitent les éviter pour ne pas occasionner de gêne.

Nous avons relevé le cas d'infirmières qui avaient modifié leur tournée (horaire de passage, mais aussi contenu du soin) pour rendre service à d'autres professionnelles. Les choses ont alors été explicitées. Mais cette disponibilité des infirmières en matière de temps reste anecdotique. L'organisation chronométrée de leur activité leur laisse peu de marges de manœuvre. Au contraire, elles laissent aux personnes avec qui elles travaillent le sentiment qu'elles sont pressées. Elles donnent l'impression d'avoir beaucoup de travail et de manquer de temps. C'est ainsi qu'Émeline, aide à domicile à Campagne, nous parle des infirmières alors que l'entretien se déroulait autour du thème du linge propre qu'elle a goût à maintenir rangé dans une armoire :

« Parce que les infirmières elles arrivent, elles tirent [sur la pile de linge], elles ont pas le temps ! »

(Émeline, aide à domicile à Campagne)

Ce qui est qualifié de manque de temps par Émeline est la face visible d'un temps mesuré. Avec le prétexte de ce « manque de temps », les infirmières arrivent à poser des gestes qui ne respectent pas le travail des autres professionnelles, par exemple déranger la pile de linge propre que l'aide à domicile avait auparavant ordonnée. Cet acte relève de la violence symbolique permettant d'asseoir la domination infirmière. Mais cette violence symbolique s'exprime dans un travail que l'on peut considérer comme un sale boulot parce qu'il s'agit d'un travail domestique déclassé, dans lequel l'infirmière n'intervient pas, celui de classer le linge propre dans les armoires. Cette situation laisserait à penser que lorsque l'infirmière n'a pas de contrepartie à attendre, elle ne négocie pas son autorité et se laisse aller à de la violence symbolique.

Émeline, de son côté, ne critique pas le comportement des infirmières, elle regrette seulement que par ce « manque de temps », aides à domicile et infirmières ne puissent pas se parler. Notre analyse de ces faits est plutôt qu'en organisant leur travail de façon si chronométrée, c'est une deuxième forme de violence symbolique qui s'exprime par la mise à distance des Aides à domicile en limitant les temps de contact avec elles. Les infirmières, en imposant leur allure, contrôlent l'interaction (Strauss, 1992b : 90).

La violence symbolique est un des moyens mobilisé pour maintenir une autorité sur les autres professionnelles, lorsqu'il n'y a pas de contrepartie à attendre. Sinon, nous avons vu que les infirmières libérales utilisent d'autres moyens : partage/échange, arrangements, compromis de travail, ...

Du côté des infirmières, le discours est différent. A Ville comme à Campagne, les infirmières reconnaissent l'importance du travail des travailleuses du social lors des entretiens, mais elles n'en font pas part aux intéressées.

Interroger tout à tour les Aides à Domicile et les infirmières libérales sur leurs relations montre qu'il y a des attentes mutuelles qui ne sont pas exprimées entre les professionnelles. Comme le reconnaît Corinne, infirmière libérale de Ville-Centre dans un entretien à propos de l'auxiliaire de vie sociale qui travaille chez Mme Fidèle :

« Avec les AVS, y'a pas beaucoup de liens »

(Corinne, infirmière à Ville-Centre)

Les constats de relations faibles existent mais aucune des professionnelles ne les présentent comme un fait à changer. Seules les dispositions personnelles des unes ou des autres permettent la mise en place de relations plus soutenues avec des professionnelles rencontrées occasionnellement.

Le « travail diplomatique » que nous avons mis en évidence dans d'autres types de relations (avec les médecins, avec les responsables de structures, ...) n'a pas été relevé ici.

9.2.2.2 Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

Pour Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut (2014), circulation de l'information et répartition du travail ne suffisent pas à affirmer qu'il y a coordination. Il faudrait qu'il y ait, par ailleurs, une unité du collectif. Or notre travail souligne davantage la création d'un entre soi professionnel que la production d'une unité. Cet entre soi est le fait des communications orales qui se déroulent en dehors du domicile (lieu d'exposition publique inhibant toute création d'entre soi) ; il se crée dans les relations entre infirmières libérales et travailleuses du social, mais aussi avec les responsables des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

9.2.2.2.1 *La création d'un « entre soi » par les échanges oraux*

Nous avons relevé, à plusieurs reprises dans ce travail, l'importance des écrits dans le métier d'infirmière libérale. Cette fois, l'oralité va montrer son rôle primordial dans le « travailler ensemble ». D'une part, l'oral permet de transmettre des informations « délicates » à écrire. D'autre part c'est en se parlant que se partagent des expériences qui permettront de créer un « entre soi ».

SE TRANSMETTRE LES INFORMATIONS « DÉLICATES » À L'ORAL

Les supports des écrits sont des objets qui restent au domicile. Par ce fait, les personnes ou les membres de leur famille deviennent des lecteurs potentiels. Or, les professionnelles, tous groupes professionnels confondus, font état de l'existence d'informations qualifiées de « délicates » (l'alcoolisme de Mr Parquet, les sautes d'humeur d'Antoine, la méfiance de Mr Roumigières). Ce type d'informations ne figure pas dans les écrits : les professionnelles ont recours à la voie orale pour se transmettre de telles informations.

« On marque avec beaucoup de précautions, parce que les prestataires peuvent lire. Donc il faut que ce soit toujours succinct, et que ça ne les mette pas en cause ».

(Extrait d'entretien avec Catherine, Auxiliaire de Vie sociale à Ville)

En effet, laisser une trace écrite peut provoquer des situations embarrassantes. Une personne qualifiée de dépendante a pu un jour très mal réagir parce qu'elle avait lu dans le cahier de transmissions qu'elle était tombée et qu'elle avait eu besoin d'aide pour se relever. Cette exposition d'un épisode de ce qu'elle estime être sa vie intime avait été vécue comme une trahison.

L'explication donnée par les professionnelles est que n'est noté que ce qui ne contrariera pas la personne qualifiée de dépendante si elle était amenée à lire ces écrits. Ainsi, chez une personne qui a l'habitude de lire le cahier de transmissions des auxiliaires de vie sociale, ne seront pas consignés des troubles digestifs qui pourraient pourtant entraîner une déshydratation, donc être préjudiciables à sa santé et méritée une attention de la part des personnes qui viennent travailler chez elle. La raison invoquée à cette absence d'information est que la personne considérée n'apprécie pas du tout que ces événements de sa vie intime soient exposés par écrit. Il est arrivé qu'Antoine (à Campagne) se fâche suite à des écrits des auxiliaires de vie sociale. Par contre, chez une autre personne, incapable physiquement de se déplacer jusqu'au cahier de transmissions, et donc de le lire, les écrits se font l'écho de ses troubles de l'humeur, ce qui pourrait la mettre en colère si elle le savait.

La conclusion est que le fait de ne pas inscrire une information n'est pas corrélée à l'importance accordée à cette information, (ou en l'occurrence à sa « non-importance»), mais plutôt à la conséquence de cet écrit en termes relationnels entre la personne dite dépendante (ou sa famille) et les professionnelles. Cette observation est l'illustration d'un ajustement des pratiques selon les situations prises dans le sens d'un système complexe de faits et de relations entre les personnes.

En souhaitant rester active et continuer à jouer un rôle dans les interactions entre les différents protagonistes, la personne qualifiée de dépendante provoque chez les professionnelles la mise en place de tactiques d'évitement des conflits qui permettent quand même à l'information « délicate » de circuler et renforce, de ce fait, les relations directes entre professionnelles. C'est ainsi que nous avons assisté à une conversation provoquée par Sheila, infirmière libérale à Ville-Nord, quand elle est allée à la rencontre de l'auxiliaire de vie sociale qui étendait du linge dans le garage d'Ingrid. L'infirmière a

alors expliqué à l'auxiliaire de vie sociale qu'elle ne devait pas conduire Ingrid à une clinique pour y subir l'intervention chirurgicale esthétique prévue par celle-ci car le médecin de la clinique ne connaissait pas le dossier médical d'Ingrid et que son état de santé ne lui permettait pas de supporter une telle intervention pour l'instant. L'infirmière avait tenu les mêmes propos à Ingrid. En allant voir l'auxiliaire de vie sociale, Sheila la constitue en alliée, en partenaire de soins, en lui demandant de tenir le même discours que l'équipe infirmière. L'entrevue entre les deux professionnelles s'est tenue à l'insu d'Ingrid. L'observation de ces informations qui ne sont pas écrites mais transmises oralement, illustre la mise en place d'ajustements des pratiques entre professionnelles visant à former un collectif cohérent face aux décisions des personnes dont elles s'occupent ensemble.

Mais il s'agit d'un collectif labile, qui tient aux personnes qui le composent, tant qu'il ne s'inscrit pas dans une structure porteuse.

LES RÉUNIONS DITES DE « COORDINATION » : LIEU DE RÉGULATION D'UN SAVOIR COLLECTIF

Les réunions dont nous allons parler ont été observées en milieu rural. Rien de semblable n'est mis en place sur le secteur urbain enquêté. Les infirmières libérales de Ville travaillent avec des services d'aide et d'accompagnement qui ne les convoquent pas à des réunions régulières. Les relations sont limitées à des communications téléphoniques, pour traiter au coup par coup les situations délicates. Et ceci est vrai pour les grandes associations de Ville, comme pour les petites associations, et les entreprises. Huguette, infirmière à Ville-Est nous a dit préférer travailler avec une petite association qui a été créée par un ancien infirmier. Connaissant le terrain et les besoins des personnes comme des professionnelles, le responsable de cette association fournit des services qu'Huguette estime plus « à la carte » que les services proposés par les grosses enseignes. Sheila, infirmière à Ville Nord, travaille maintenant avec une structure associative d'aide et d'accompagnement à domicile dont la responsable est une ancienne collègue de travail du secteur hospitalier où elles ont travaillé toutes deux auparavant. Dans ces deux cas, les relations entre infirmières et services d'aide et d'accompagnement sont interpersonnelles. L'intensité, la densité et la durée de ces relations entre ces infirmières libérales urbaines et des responsables de services d'aide et d'accompagnement signent leur inscription dans un réseau social (Peto et al., 1992). C'est le fait d'être inscrit dans ce réseau qui structure le recours que les infirmières ont à ces services, contrairement au secteur rural où les relations entre infirmières libérales et services d'aide et d'accompagnement sont structurées par le découpage géographique du territoire.

À Campagne, l'ADMR organise des réunions dites de « coordination ». Nous reviendrons sur cette appellation. Mais il faut avant tout préciser qu'une disparité existe au sein même du territoire géographique couvert par les infirmières libérales rurales. Les ADMR sont des associations locales, fédérées au niveau départemental. Chacune fonctionne selon une organisation décidée par son(sa) président(e) qui est bénévole. C'est ainsi que toutes les associations n'organisent pas de réunions régulières avec les infirmières libérales.

Lorsque ces réunions existent, les professionnelles s'y rencontrent. Pour certaines professionnelles, ces réunions sont le seul moment de rencontrer des collègues puisque les lieux et les moments de travail chez les personnes qualifiées de dépendantes ne sont pas partagés. Plusieurs professionnelles rencontrées dans le cadre de cette enquête parlent de ces réunions comme un moyen de rompre avec une forme d'isolement professionnel. Nous avons pu assister à des réunions entre infirmières libérales d'un même cabinet et l'équipe d'une association d'aide et d'accompagnement à domicile. Ces réunions sont appelées « réunions de coordination » et nous ont été présentées comme des lieux d'harmonisation des pratiques. Or nos observations révèlent que ces lieux ne sont pas des instances décisionnelles (aucune décision n'a été prise au cours de ces réunions) mais bien plutôt des chambres d'enregistrement de décisions prises en amont. Ces décisions sont explicitées, rediscutées, de manière à « se mettre d'accords sur des désaccords » (Ravon, 2012b). Il s'agit de créer un savoir collectif, à partir de partage d'expériences. En sortant de telles réunions, l'ensemble des professionnelles repart avec une version du débat qui a pu avoir lieu autour d'évènements antérieurs à la réunion. Toutes les professionnelles n'adhèrent pas à cette version, mais, rendue publique dans cette instance officielle, la version donnée sert de référence commune. Il en est ainsi du cas d'Aimée, épouse de Gustave, et de « l'affaire du lève-personne ». Voici l'histoire. Une bénévole de l'association d'aide à domicile (ancienne infirmière chef par ailleurs, aujourd'hui à la retraite) va à la rencontre d'Aimée et lui explique que les personnes qui s'occupent des manutentions de Gustave (infirmières libérales aidées d'aides à domicile de l'association dont cette bénévole s'occupe) auraient besoin d'un matériel tel qu'un lève-personne pour épargner leur peine. Aimée reconnaît avoir du mal à accepter l'évolution de l'état de Gustave et l'idée de la présence de matériel médical à son domicile lui est pénible. Dans un premier temps, elle refuse. La réaction de la bénévole a été de culpabiliser Aimée en lui expliquant que si les professionnelles venaient à faire chuter Gustave au moment des manutentions, elle en porterait la responsabilité. Aimée a été bouleversée par ses propos. Une seule infirmière libérale était au courant de cet entretien entre Aimée et la bénévole. Or celle-ci a appuyé les propos de la bénévole mais n'en a pas parlé à ses associées. Le lève-personne a été commandé par la bénévole, avant qu'Aimée donne son accord. Les aides à domicile ont été très perturbées par la

réaction d'Aimée, qui était effondrée, partagée entre sa culpabilité et sa peine à admettre l'évolution de l'état de santé de son époux. Les autres infirmières libérales aussi. Lors de la réunion, chacune a pu s'exprimer sur son propre vécu, sur son point de vue, mais les décisions avaient été prises, et la réunion n'a rien changé à ces décisions. Elle a juste permis à la parole de circuler, à chacune d'exprimer son avis, à signifier aux protagonistes (la bénévole et l'infirmière libérale impliquée) qu'elles auraient pu agir autrement. En fait, ces réunions permettent de travailler sur la norme. On peut parler de négociations dans le sens où les interactions entre professionnelles se situent à l'intérieur d'une configuration où la norme est rediscutée, et où la sanction morale est présente (il est rappelé aux protagonistes qu'elles auraient pu agir autrement). Cette élaboration de normes, ou leur rappel, permet de constituer le collectif.

De façon marginale, nous avons également observé que ces réunions pouvaient constituer une arène publique pour faire valoir des initiatives personnelles. Nina, auxiliaire de vie sociale ayant pour projet une validation des acquis expérientiels pour un diplôme d'aide-soignante, profitera d'une telle réunion, devant ses responsables, employeurs et infirmières libérales, pour expliquer son initiative d'intervenir dorénavant dans l'aide à la toilette de Jean-François. La réunion devient chambre d'enregistrement tant qu'aucune voix ne s'élève contre cette décision. Là encore, il s'agit plus de faire connaître son activité que de convenir de comment la partager, la coordonner à d'autres.

Ces réunions ADMR permettent de produire collectivement des normes, de mener un travail réflexif, de créer un savoir collectif, et d'opérer une régulation continue de l'intervention à domicile, à tout moment révisable. À aucun moment elles n'ont permis de coordonner des actions, contrairement à ce que leur appellation aurait pu laisser penser.

9.3 Conclusion du chapitre 9

En définissant leur territoire d'intervention, les infirmières libérales font preuve d'autodétermination : elles tentent de se rapprocher d'un équilibre souhaité entre une activité (volume, nature) et des temps de déplacements (contraintes géographiques). Mais une fois ce territoire déterminé, celui-ci va devenir à son tour structurant de leur activité par l'effet des services qu'il propose et qui interfèrent dans l'activité infirmière. En effet, des structures, implantées sur ce territoire, interviennent également dans les domiciles, et les infirmières libérales sont en relation avec ces structures pour partager le travail. Or le partage du travail ne se décide pas qu'au cours de l'action, à l'intérieur des domiciles, comme nous avons pu le voir jusqu'à maintenant. Il est aussi le résultat

des interactions entre les infirmières libérales et les responsables de ces structures. Ces dernières régulent les interactions entre leur personnel et les infirmières libérales en mettant en place des temps de rencontres et d'échanges, en gardant la main sur ces moments (organisation et animation), ou encore en se plaçant comme intermédiaire dans la circulation téléphonique des informations entre les différentes professionnelles. Cette régulation permet de créer des normes communes, voire un savoir collectif de travail auprès des personnes qualifiées de dépendantes. En d'autres termes, de mettre en place un entre soi. Mais les responsables de ces services régulent également l'activité des infirmières en proposant des ressources, en négociant, voire en imposant des décisions²⁶¹. Les relations que les infirmières libérales entretiennent, ou pas, avec les Services de Soins Infirmiers à Domicile et les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile leur permettent de manœuvrer autour de leur territoire professionnel : le garder, en céder une partie, négocier pour cela. Les relations que les infirmières libérales ont avec ces interlocutrices extérieures structurent leur rapport au travail tel qu'il a été convenu et organisé au sein de leur cabinet. De plus, ces relations, lorsqu'elles ont lieu, permettent aux infirmières libérales de se positionner sur l'échiquier des métiers en retravaillant les rapports qu'elles ont avec les différentes professionnelles : relations distendues, tendues, chargées de violence symbolique, ...

²⁶¹ Comme nous l'avons déjà vu dans le chapitre 6.

Chapitre 10 : Les familles : entre soutien et épreuve

Notre projet initial d'enquêter sur les professionnelles qui interviennent auprès d'une personne donnée excluait *a priori* sa famille, et de façon plus large son entourage. Notre travail se voulait être contigu aux recherches portant sur les aidants (Cresson, 1997 ; Pennec, 2000 ; Cresson et Mebtoul, 2010). Or, les infirmières libérales n'interviennent qu'à un moment dans la trajectoire d'une personne qualifiée de dépendante. Dans son histoire de vie, la famille est présente. Elle a même pu être là et accompagner les personnes dès les premiers signes de problèmes fonctionnels, cognitifs, ou de santé de manière plus générale. Des arrangements conjugaux et/ou familiaux (Eideliman et Gojard, 2008) ont été trouvés un temps. Avant d'être une activité professionnelle, entourer et s'occuper des personnes qualifiées de dépendantes est une affaire de famille (Cresson, 1995).

Comment la famille s'est-elle imposée à nous ? La prise de décisions de la demande de services, infirmiers ou autres, est à situer dans un contexte relationnel, prioritairement familial (Valette et Membrado, 2004). La demande de faire intervenir des professionnelles (de l'aide ou du soin) émane souvent de la famille. Le plus souvent, celle-ci tient à passer le relais tout en gardant des prérogatives sur le travail d'aide et de soins mené auprès de son proche maintenant qualifié de dépendant.

Les deux pratiques infirmières étudiées précédemment, la toilette et les écrits, rendent visibles l'intervention des familles et leur façon de mettre à l'épreuve la professionnalité des infirmières, notamment en devenant des interlocutrices incontournables des activités infirmières.

Nous avons jusque-là parlé de la famille. Mais celle-ci ne peut pas être considérée comme une entité homogène. Il existe plusieurs types de familles et chacune a son genre de demande vis-à-vis des professionnelles. Par exemple les familles aux normes familiales et sexuées fortes sont le plus enclines à se passer des services d'aide et de

soins (Vezina et Membrado, 2005). Une multitude de positionnements des familles s'est d'ailleurs présentée à nous sous des aspects divers mais comparables aux résultats trouvés par ailleurs. Dans une recherche portant sur la demande d'aide et de soins à l'extérieur des membres de la famille, Aline Vezina et Monique Membrado créent une typologie qui explore la perception que les professionnels ont de l'aidante familiale. Celle-ci peut être ressentie comme « *un problème, une ressource, en besoin de ressources, ou une partenaire* » (2005 : 226-227). Nous avons pu repérer ces différents types d'aidantes. Leurs présences prennent des formes différentes : une présence physique (notamment dans les cas de cohabitation comme chez Honorine), une présence médiée (notamment par les écrits), et une « absence présente » (comme la nièce de Mercédès qui, résidant à une dizaine de kilomètres et étant en activité, tient à connaître la façon dont les soins à sa tante sont organisés par les infirmières de façon à pouvoir convenir avec l'association d'aide au maintien à domicile des horaires de passage des aide-ménagères)²⁶².

Pour analyser ce que le fait de travailler (ou non) avec des proches de la personne qualifiée de dépendante fait au métier d'infirmière libérale, nous reprenons les deux pratiques professionnelles étudiées plus haut. Nous chercherons dans un premier temps ce que la toilette peut nous montrer des relations entre infirmières libérales et familles (10.1), avant de nous pencher sur ce que les écrits peuvent nous révéler des relations sociales (10.2) entre ces différents acteurs. La question est de savoir si les familles jouent un rôle sur la professionnalité des infirmières libérales. Dans le cas où cette hypothèse serait confirmée, nous proposons alors d'examiner comment les infirmières libérales font face à cette épreuve (10.3).

10.1 Des familles auxquelles les infirmières tiennent : l'exemple de la toilette

La prise de décisions de dispenser ou non une toilette à une personne qualifiée de dépendante revient théoriquement aux infirmières libérales qui en ont reçu mandat par la législation française (à travers la Démarche de Soins Infirmiers). Nous avons précédemment montré plusieurs exemples d'hétéronomie décisionnelle, dont celle exercée par la famille d'Honorine pour que la toilette soit dorénavant exécutée par les aides-soignantes. Mais les familles s'invitent autour de la question de la toilette pour

²⁶² Cette nièce est le seul membre de familles que nous n'avons pas rencontré physiquement et avec qui nous n'avons eu que des entretiens téléphoniques.

imposer autre chose que leurs choix. Elles négocient. Et en cela, elles jouent un rôle sur la professionnalité des infirmières libérales.

10.1.1 Accepter de négocier avec la famille : un engagement infirmier favorable au maintien du lien

Familles et infirmières organisent leurs participations respectives à partir d'un accord explicite préalable. Les familles apprécient avoir des précisions explicites, notamment sur les horaires de passage des infirmières. Elles peuvent les discuter s'ils ne leur conviennent pas. Or ces négociations gênent les infirmières, à l'image de Pauline, infirmière à Campagne :

« Mais c'est les horaires, je comprends pas cette ... comment dirais-je, voilà, il leur faut des heures. Ce qui est normal aussi. Sauf que nous, en tant qu'infirmière, tu peux pas toujours prévoir ta tournée, entre les insulines, les prises de sang, ... tu vois, c'est difficile de caser tout le monde quoi. »

(Extrait d'entretien avec Pauline, infirmière à Campagne.)

Pauline redoute de ne pas tenir ses engagements. Il ne lui semble pas toujours possible de satisfaire les demandes des familles (« *il leur faut des heures* ») alors même que son travail comprend une part d'incertitude (« *tu peux pas toujours prévoir ta tournée* »).

Les familles observées ont besoin de connaître ces horaires car elles inscrivent le passage de l'infirmière dans l'organisation de leurs activités. Certains membres des familles profitent du passage de l'infirmière pour s'éclipser faire un achat à l'extérieur ou aller à des activités associatives (épouse de Mr Résidence à Ville). D'autres au contraire tiennent à être présents pour avoir l'occasion d'échanger avec l'infirmière sur l'état (souvent de santé) de la personne qualifiée de dépendante, ou encore sur leur propre vécu d'aidante (épouse de Gustave à Campagne). Nous avons pu observer que le passage de l'infirmière pour la toilette constitue un « événement » quotidien, un temps particulier qui rythme la journée des cohabitants de la personne qualifiée de dépendante. Dans une journée, il y a un avant et un après la toilette. Pour les personnes qui ne se lèvent pas seules, la toilette se termine souvent par un lever accompagné. La vie domestique d'un foyer n'est pas la même lorsqu'une personne de la maison reste au lit dans sa chambre ou est assise au salon, ou encore déambule dans la maison. Les autres membres de la famille tiennent compte de ces paramètres pour organiser les activités de ménage par exemple. Passer une serpillière assez tôt pour que le sol soit sec au moment où l'infirmière arrivera et ne le salisse pas, mais aussi pour que la personne qualifiée de dépendante ne glisse pas une fois levée est un exemple cité par Aimée,

épouse de Gustave. Ces résultats rejoignent ceux mis en évidence par Myriam Valette et Monique Membrado (2004) à propos des aides à domicile dont les temporalités s'imposent aux femmes aidantes et les contraignent à organiser leur emploi du temps sur celui des intervenantes. Au moment de l'instauration de la toilette, l'horaire de passage est donc discuté, négocié entre les infirmières libérales d'une part (qui l'inscrivent dans un programme de journée préexistant) et une famille d'autre part, souvent un conjoint, qui a ses propres habitudes domestiques et les fait valoir. Il s'agit bien là d'une négociation : situation où chacun fait valoir ses arguments de façon explicite.

Lorsqu'une heure ou une fourchette horaire est convenue, les infirmières tenteront de respecter cet engagement. Toutefois, du fait de la nature de leur activité, elles peuvent être amenées à rencontrer des aléas qui retarderont l'exécution de leur programme. Considérant que les toilettes ne constituent pas un soin devant être fait à heure fixe (à l'inverse d'une injection d'insuline par exemple), elles se permettent d'arriver avec retard (ou plus rarement d'inverser l'ordre prévu des soins et de passer plus tôt). Les observations montrent que ce changement d'horaire s'accompagne toujours d'explications, voire de justifications, quelquefois mensongères. Là encore, ce qui importe, c'est de faire sentir aux personnes qu'elles restent considérées par les infirmières qui sont conscientes de leur retard et que le changement d'horaire, le non-respect de l'engagement, avait un caractère inévitable. L'important pour les infirmières est de maintenir la confiance, de façon à maintenir le lien. Dans ce cas, négocier avec les familles, c'est faire entendre sa voix et ses arguments, mais c'est aussi entendre ceux de l'autre, en l'occurrence la famille. Convenir d'un horaire ou d'une tranche horaire est un engagement qui mettra à l'épreuve la relation de confiance qui elle-même soutient le lien que les infirmières cherchent à tenir. Envers les familles comme envers les autres professionnelles, le but est le même : tenir la relation, ne pas rompre le lien.

10.1.2 Négocier avec la famille : un partage basé sur l'échange

Après les négociations sur les horaires, un deuxième sujet met infirmières et familles en discussions : la division des tâches. Qui fait quoi ? L'acte de toilette ne débute pas avec le passage de l'eau savonneuse sur le corps. En amont, il est nécessaire que le lieu où cela se passe (salle de bains, cuisine, ou chambre) soit accessible et propre. Que le matériel utilisé selon les habitudes de la personne qualifiée de dépendante soit disponible : linge de toilette, savons, shampoing, gants de toilettes, bassine, habits propres. Que le lieu soit ensuite débarrassé des stigmates du soin : linge sale, eau souillée, voire matériel à usage unique utilisé. Une toilette s'anticipe dans l'organisation du temps, nous venons de le voir, mais elle s'anticipe aussi dans

l'organisation de l'espace et de l'usage d'objets. Les infirmières demandent à ce que soient prévus ces aspects matériels de leur passage de façon à faciliter l'exécution de la toilette. Lorsque les familles sont présentes, qu'un ou des membres de cette famille sont cohabitants de la personne dite dépendante, la demande est adressée de façon explicite aux familles, souvent lors du premier passage des infirmières. Mais il arrive que cette demande soit l'objet de négociations. Chez Jean, qui, rappelons-le, vit seul dans une maison de hameau et a pour voisin immédiat son neveu et sa nièce qui s'occupent de lui, il a été négocié que les infirmières s'occupent de l'installer à la table de son petit-déjeuner lorsqu'elles ont fini leur soin matinal, en contrepartie de quoi elles ne s'occupent pas de nettoyer l'espace, laissent les eaux usées dans les seaux et bassines utilisés pour la toilette. Cette entente a été trouvée car le matin, la nièce de Jean dort après sa nuit de travail et ne peut s'occuper du petit-déjeuner de Jean. Par ailleurs, Jean n'ayant pas d'eau courante dans sa maison, les infirmières sont allées chercher l'eau nécessaire à la toilette dans le garage de la nièce. Elles n'auront pas à faire le trajet à nouveau pour se débarrasser des eaux usées. Cet arrangement correspond à la situation particulière de Jean qui, d'une part, ne se déplace pas et ne peut se servir le petit-déjeuner seul, et d'autre part, ne possède pas de système d'évacuation des eaux usées dans sa maison.

Question : « D'accord, et vous tous, vous faites quoi. Vous, les infirmières, vous occupez des soins du corps ? »

Pauline : Oui, on fait les soins du corps et le petit-déjeuner. Et après elles [la nièce et les petites-nièces qui interviennent quelquefois chez Jean] font le reste, le repas, le changement du lit, le ménage, elles vident notre seau d'eau là, on a négocié quoi, ouais, après elles s'occupent du reste, les médicaments, ça on va pas chercher, les couches, tout ça, la nourriture. »

(Extrait d'entretien avec Pauline, infirmière à Campagne, à propos de Jean.)

Comme avec les professionnelles avec qui elles travaillent, les infirmières acceptent de faire du *sale boulot* en distribuant un repas parce qu'il y a contrepartie d'un autre *sale boulot*, le nettoyage des traces de leur passage sous la forme de l'évacuation des eaux usées, fait par d'autres. Avec les familles comme avec les auxiliaires de vie sociale, les négociations aboutissent à un partage des tâches basé sur un échange. Mais à l'inverse des « ententes » (Strauss, 1992a) qui peuvent exister entre professionnelles, les négociations entre infirmières libérales et familles sur ce partage de tâches sont explicites.

Les infirmières libérales, en prenant en considération plusieurs critères sociaux (présence d'une famille, âge et disponibilité des aidants familiaux, ...), tiennent compte des déterminants environnementaux, c'est à dire que pour elles, "*deux personnes ayant suivi un même accident ou étant atteintes d'une même maladie n'ont pas nécessairement*

les mêmes besoins, en fonction de l'environnement dans lequel elles évoluent et aussi de leurs facteurs personnels." (Bloch et Hénaut, 2014 :162). En cela, les infirmières libérales se rapprochent de la démarche d'accompagnement promue par les politiques sociales de la dépendance (ou de la perte d'autonomie) qui préconisent la mise en place de dispositifs, tels que ceux envisagés par les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie). En considérant les déterminants environnementaux, les infirmières libérales s'éloignent de la vision médico-centrée du parcours de soins et montrent une inclination à un mode de pensée par dispositifs. Ce qui, pour elles, s'accompagne de décision partagée.

Ce zoom sur la participation des familles autour de l'acte de toilette nous enseigne deux choses. La première a déjà été largement montrée dans la littérature : les familles sont impliquées dans la mise en œuvre des activités des professionnelles qui interviennent dans les domiciles (intermédiaire entre les intervenants, mise à disposition des locaux, ...). La seconde est le résultat de la focale que nous avons adoptée, celle de regarder ce que l'activité auprès des personnes qualifiées de dépendantes (et donc de leurs familles) faisait au métier d'infirmière libérale. Nous mettons en évidence que les infirmières adoptent, avec les familles, les mêmes postures qu'avec leurs partenaires professionnelles : la négociation, le partage-échange du *sale boulot*, et l'importance de tenir le lien.

10.2 Des familles que les infirmières tiennent à distance : l'exemple des écrits

Les membres des familles rencontrés sont multiples. Il y a la fille d'Honorine, les épouses de Gustave, Monsieur Parquet, Monsieur Résidence, les filles de Jean-François, le frère et la nièce de Mercédès, les nièce et petites-nièces de Jean, les petits-enfants de Mesdames Couture et Fidèle, les maris de Ingrid et Mademoiselle Baptiste. Nous avons plusieurs sources de données concernant l'implication de ces familles. Les entretiens et les observations sont de celles-là. Mais parce que le volume et la consistance du matériau exploitable que nous avons à notre disposition s'y prêtent, nous choisissons de présenter prioritairement les analyses issues des écrits rédigés au domicile de Jean. Ces cahiers de transmissions ont servi aux infirmières libérales pour communiquer avec le médecin, la nièce et l'aide-ménagère de Jean pendant plusieurs années. Ce support permet de mettre en évidence différents aspects de l'implication de la famille de Jean dans sa vie, et sur le travail que les infirmières libérales lui dispensaient. L'ensemble des sources permettent de mettre en évidence trois types de posture familiale qui

peuvent coexister dans la même famille : la famille-ressource, la famille-intermédiaire, et la famille-contrôle.

10.2.1 La famille « ressource », source de matériel, d'aide humaine et d'informations

Les écrits trouvés chez Jean ont permis de retracer l'histoire des relations entre les protagonistes. C'est ainsi que nous avons pu repérer que les infirmières ont rapidement catégorisée Magguy comme une « ressource ». En effet, sa présence et son travail auprès de Jean permettaient aux infirmières de demander et d'obtenir du matériel, des produits (médicaments, linge, ...) qui facilitaient leur travail. La famille, en la personne de Magguy, est aussi considérée par les infirmières comme une ressource quand elles lui demandent d'apporter une aide humaine en faisant manger Jean, en le faisant boire davantage, ... Magguy a été régulièrement sollicitée par écrit pour apporter des informations : la date d'ouverture du flacon de collyre ou la date de la visite du médecin.

10.2.2 La famille utilisée comme messagère

Une famille est une ressource lorsqu'elle facilite la circulation de petits mots volants utilisés par les professionnelles pour faire passer une information éphémère à une personne en particulier. Il s'agit souvent d'un message émis par un professionnel et à destination d'un autre professionnel, message n'ayant pas un caractère assez public pour figurer sur les supports formels. Les infirmières, comme les aides à domicile ou les auxiliaires de vie sociale, peuvent demander aux membres de la famille (ou à la personne qualifiée de dépendante elle-même) de transmettre un message écrit sur un morceau de papier :

« ... (on fait) avec un petit mot, « vous donnerez ça à l'aide-ménagère », les petits mots aussi ça marche, mais voilà, ça reste pas ... »

(Sabine, Infirmière libérale à Campagne).

Cette transmission indirecte montre le rôle instrumental des familles dans les communications entre professionnelles.

(...) et puis, on avait Aimée [épouse], « the » intermédiaire, parce que des fois elle disait « marquez, marquez, peut-être que je m'en rappellerais pas ! » On savait très bien qu'elle s'en rappellerait. Donc pas besoin du cahier, Aimée était la documentation, le lien (rires) »

(Pauline, infirmière libérale, Campagne).

10.2.3 La famille s'invite dans la coordination des professionnels

Derrière un rôle instrumental, les familles peuvent aussi endosser un rôle plus actif. Il en est ainsi pour Magguy, la nièce de Jean, quand elle prend des initiatives et a un rôle actif dans la circulation d'informations entre les professionnels. Systématiquement, Magguy informe par écrit de la date de la prochaine visite du médecin à domicile. C'est elle qui les gère : en notant dans le cahier de transmissions la trace de toutes les consultations médicales (que le médecin adoube en inscrivant quelques mots sur le résultat de son examen et sa signature), elle conserve les dates des consultations. Cela lui permet de prévoir la prochaine. Ni le médecin, ni les infirmières ne s'occupent de planifier : Magguy le fait. En prévenant les infirmières de la prochaine visite médicale, Magguy les informe de l'occasion qui leur est donnée de demander aux médecins ce dont elles pourraient avoir besoin : une ordonnance, un produit, un avis, ou simplement signaler un fait. Magguy favorise et « *organise la communication* » (Grosjean et Lacoste, 1999 : 167) entre les professionnels et une éventuelle « *coopération entre les catégories* » (*Ibid.*)²⁶³. Dans le même but d'anticiper et de permettre aux infirmières de prendre leurs dispositions, Magguy a systématiquement signalé toutes ses absences (vacances, déplacements) et a invariablement inscrit les coordonnées des personnes à contacter en son absence (souvent une de ses filles et son gendre).

En procédant de la sorte, cette nièce nous donne à voir qu'elle tient à faciliter d'éventuels recours dont les infirmières pourraient avoir besoin : le médecin, la famille. Elle se rend indispensable au travail des infirmières. Au vu des différentes activités assumées par Magguy, nous pouvons dire qu'elle se place dans une forme *d'articulation structurante locale* (*Ibid.*). Si nos premières observations sur le terrain ne nous ont pas permis d'identifier un travail de coordination explicite entre les professionnelles, fait par des professionnelles, l'analyse des écrits de Jean fait apparaître ce rôle parmi des membres de familles. Nos résultats ne font que corroborer ceux d'enquêtes antérieures (Vézina et Membrado, 2005).

10.2.4 La famille se place en intermédiaire entre les professionnels

En organisant les visites médicales, Magguy tient compte du fait qu'elle pourra y être présente. C'est ainsi qu'elle se place elle-même dans un rôle d'intermédiaire entre les infirmières et le médecin. De ce fait, il arrive que le médecin ait demandé à Magguy

²⁶³ Les infirmières n'ont utilisé cet espace que dans les derniers mois de la vie de Jean, lorsque les soins médicaux étaient plus fréquents et que les activités des infirmières étaient plus proches des soins délégués par le médecin : perfusion, injection d'antibiotiques, ...

de dire aux infirmières de le tenir au courant de l'évolution de l'état de Jean. De la même façon, les infirmières, devant une dégradation de l'état de santé de Jean, n'appelleront pas directement son médecin, mais demanderont à Magguy de le faire. Là aussi, elle s'est rendue indispensable. Non seulement elle planifie le travail médical, mais en plus elle sert d'intermédiaire entre médecin et infirmières.

Nous ouvrons ici une petite parenthèse. Chez Jean, aucun service de soins infirmiers n'est intervenu, donc aucune aide-soignante. Mais dans d'autres cas, nous avons pu observer que les familles interviennent rarement entre infirmières et aides-soignantes. Ce n'est pas l'appartenance à des professions de santé qui peut expliquer ce fait puisque nous venons de voir que des familles peuvent intervenir entre infirmières et médecins. Nous pensons que les moyens de communications utilisés par les deux catégories de professionnelles que sont les infirmières et les aides-soignantes, quelquefois communs, ou en tout cas sur des supports dans lesquels les familles n'écrivent pas, rendent le binôme aide-soignante – infirmière particulièrement étanche à une pénétration des familles. La forme du support apparaît être un élément important de la circulation des informations entre les différents intervenants, professionnels comme familiaux.

Par contre, la sphère du travail social, celle dans laquelle évoluent les auxiliaires de vie sociale, les aides à domicile, les aide-ménagères, n'est pas étanche aux familles. Dans le cas de Jean, nous avons pu relever que Magguy a servi d'intermédiaire entre infirmières et aide-ménagère. Chez Jean, il n'y a eu qu'une seule intervenante sociale. Il a été aisé pour Magguy de transmettre des informations à cette seule personne qu'elle croisait à midi, à un moment où les infirmières étaient absentes. Les mots à son intention montrent la circulation d'informations. Le rôle d'intermédiaire joué par les familles entre infirmières et intervenantes du social a été retrouvé dans d'autres cas : les filles de Jean François, l'épouse de Gustave et le frère Mercédès à Campagne ; les épouses de Mr Résidence et Mr Parquet à Ville.

10.2.5 La famille prend l'initiative d'un territoire commun d'échanges

Chez Jean, le cahier de transmissions a été mis en place par sa nièce Magguy, à côté du dossier de soins infirmiers, et l'a largement supplanté. Le médecin et les infirmières l'utilisent de façon régulière, préférentiellement au dossier de soins. Cette première observation a attiré notre attention puisque, longtemps, chez Jean, il n'y a eu qu'infirmières, médecin et famille comme intervenants. Une aide-ménagère n'est intervenue que les deux dernières années de la vie de Jean. Donc pendant plus de quatre ans, un dossier de soins infirmiers aurait pu être utilisé pour noter l'activité infirmière et

l'ensemble des correspondances entre médecin et infirmières. C'était compter sans Magguy qui souhaitait d'une part garder une trace personnelle de l'activité de ces professionnels (eu égard à ses engagements familiaux), et d'autre part, comme nous allons le voir, souhaitait participer à ces échanges. Nous retrouverons cette envie de participer aux échanges entre professionnelles chez le mari d'Ingrid (Cabinet Ville Nord) qui a mis en place un cahier de transmissions et qui de ce fait, s'est donné le droit d'y écrire. En prenant l'initiative de mettre l'objet en place, les familles créent ainsi le territoire commun d'échanges. Et crée un droit explicite de regard sur les échanges écrits entre professionnels.

10.2.6 La famille défend son intérêt : elle contrôle et fait faire pour son propre compte

La participation des familles se comprend, entre autre, au regard d'intérêts qu'elles peuvent avoir à défendre face à des acteurs qui interviennent au domicile de l'un de leur proche, voire dans le leur, et peuvent vivre cette intrusion comme une menace. Ces intérêts concernent les personnes qualifiées de dépendantes, et les membres de leur famille.

Dans le cas de Jean et de sa famille, nous mettons en évidence deux types d'intérêts. Le premier est que, étant donné la situation familiale de Jean qui est sans enfants, et l'engagement pris par Magguy face aux cousins de son mari (tous héritiers de Jean), celle-ci souhaite être irréprochable sur les soins donnés à Jean. Son intérêt va être de défendre son oncle contre toute forme de négligence de la part des professionnels. C'est ainsi que Magguy va exercer une forme de contrôle et signalera, par écrit, qu'elle a été informée du fait que les infirmières ne sont pas venues chez Jean alors qu'elles étaient attendues. Elle utilise le cahier de transmissions pour montrer qu'elle exerce ce contrôle. Cet exemple illustre une forme de dépendance à la famille, dans le sens qu'Eliot Freidson donne à la dépendance du médecin au client (1984) : la famille a une conception de ce que doivent être les soins infirmiers et le fait savoir aux intéressées, ce qui aura des conséquences sur les pratiques de ces intéressées.

Le second intérêt que nous avons mis en évidence dans le cas de Jean réside dans la relation famille profane - médecin. À plusieurs reprises dans les écrits laissés chez Jean, nous avons relevé que Magguy demandait aux infirmières de faire un shampoing à Jean, ou à l'aide-ménagère de changer les draps, juste avant la visite programmée du médecin. Il semble important pour Magguy de « rendre Jean présentable » au médecin (Arborio, 2001). La coordination qu'elle met en place en demandant l'exécution de ces tâches trouve sa motivation dans la relation qu'elle entend

entretenir avec le médecin : donner d'elle l'image d'une nièce qui permet à Jean d'être propre, lavé, dans un environnement propre, ... Magguy défend son intérêt.

10.2.7 Un contrôle familial qui ne franchit pas les frontières de l'organisation interne du cabinet infirmier

Le cahier polygraphique permet la relation directe entre scripteurs, qui ne se croisent pas, voire s'évitent à domicile. Ce cahier permet donc de se « parler ». L'analyse dialogique des messages qui se répondent chez les professionnels ont abouti à la mise en évidence d'une fonction des écrits qui est de « faire autorité ».

L'examen des énoncés montre que de nombreux messages se répondent, ce qui veut dire qu'ils sont lus (Boutet, 1993). La majorité des énoncés sont datés. L'examen des dates dévoilent d'une part la fréquence de passage des intervenants, et d'autre part la relation entre le sujet du message et temps de réponse. Ainsi, la présence quasi-quotidienne d'énoncés écrits par la nièce montre la fréquence de ses passages chez Jean. Les infirmières sont très réactives pour répondre aux questions ou demandes de la nièce (elles le font généralement le jour même), sauf lorsque cette demande concerne et remet en question l'organisation du cabinet (comme de passer le soir pendant les vacances de la nièce). En ce cas, un message peut mettre dix jours ou même trois semaines pour donner la réponse attendue par la famille. Ceci montre que les infirmières ne sont pas prêtes à perdre le contrôle sur l'organisation de leur cabinet. L'équilibre trouvé par les infirmières libérales pour faire fonctionner leur cabinet est le résultat de multiples facteurs qui peuvent être personnels (comme nous l'avons vu chapitre 3) et elles ne souhaitent pas modifier cet équilibre sans s'être toutes concertées au préalable.

L'exemple des écrits effectués chez Jean montre la velléité d'une famille à jouer un rôle actif dans les relations que les différents interlocuteurs professionnels peuvent entretenir autour d'une personne dite dépendante. Ce rôle va de la position de ressource (la famille comme ressource pour les professionnelles), jusqu'à un rôle d'intermédiaire, de coordinateur. Ces premières conclusions rejoignent les travaux d'Aurélié Damamme et Patricia Paperman (2010). Nous mettons aussi en évidence un travail supplémentaire effectué par les profanes de la sphère domestique, celui de *contrôleur* de l'activité des professionnelles. Ce contrôle est un vrai travail qui demande doigté et diplomatie. Et permet de lutter contre l'imposition des normes que les professionnelles exercent sur les familles et les personnes qualifiées de dépendantes (Valette et Membrado, 2004). Un contrôle que les infirmières tiennent à distance de l'organisation de leur cabinet.

Le fait que nous ayons pu observer ces différents rôles (participation-ressources, coordination, intermédiaire, contrôle) dans une même famille montre bien qu'il s'agit d'une typologie d'activités et pas de gens (Becker, 2002).

10.3 Entre infirmières libérales et familles : formalisme ou personnalisation, autorité ou partenariat ?

Lorsque les familles endossent les rôles de ressources, d'intermédiaires, de coordinateurs, les infirmières s'en accommodent et font même appel à ces fonctions. Mais nous venons de voir que le travail de *contrôle* que peuvent mener certaines familles crée des résistances chez les infirmières. Nous proposons maintenant, toujours à partir des écrits recueillis chez Jean, d'examiner ce que les usages d'écrits par les infirmières donnent à voir des relations que celles-ci peuvent entretenir avec une famille qui exerce un contrôle.

10.3.1 En signant, les infirmières rendent formelle mais aussi personnalisent la relation.

Les cahiers de transmissions, qu'ils soient fournis par des professionnelles (les aides à domicile par exemple), ou par les familles, sont des cahiers d'écolier. Chez Jean, le cahier de transmissions a été mis en place par sa nièce pour qui il a un caractère formel puisqu'il sera opposable au reste de la famille en cas de litige. L'analyse des données montre que ce document a aussi un caractère formel pour les infirmières qui l'utilisent puisqu'il peut revêtir une valeur juridique. En cela les utilisateurs, s'ils en ont l'occasion, apposent leur signature. Or il se trouve que dans les cahiers de transmissions de Jean, un message infirmier sur quatre est signé, quand tous les messages du médecin, de la famille et de l'aide-ménagère le sont. Comment expliquer cet écart ? En premier lieu, les infirmières écrivent tous les jours dans ce cahier pour y noter des choses qui se répètent de jour en jour (elles y énoncent ce qu'elles ont fait, or elles font quasiment la même chose tous les jours). Dans ces messages factuels, au caractère routinier, les signatures sont absentes. Les infirmières émargent lorsqu'elles veulent faire faire quelque chose à la famille, ou lorsqu'elles veulent faire autorité sur cette famille. En la paraphant, la demande est exprimée en leur nom en tant qu'individu, et non en tant que professionnelle (une infirmière quelconque). Elles signent également les messages qui informent la famille que l'infirmière scriptrice a pris une initiative. En agissant de la sorte, les infirmières se nomment, personnalisant ainsi leur relation à la famille. Mais les infirmières signent des messages qui donnent le résultat d'une évaluation de l'état de Jean, état médical notamment (évolution d'un œdème des membres inférieurs, d'une

pharyngite). À ce moment-là, la signature a plutôt pour fonction d'engager la responsabilité individuelle professionnelle de l'infirmière. Alors que les paragraphes du diagramme de soins prouvent que le travail routinier a été fait, la signature en toutes lettres des messages écrits dans le cahier de transmissions ne sert pas tant à « faire preuve » (Fraenkel, 2005b : 254), qu'à montrer soit l'engagement de la responsabilité professionnelle individuelle d'une infirmière, soit la personnalisation de la relation entre une infirmière et ses interlocuteurs.

10.3.2 Entre démonstration d'autorité et demande de partenariat : deux formes d'énoncé pour deux types de relations

L'analyse des formes des énoncés, c'est-à-dire écrits en toutes lettres ou abrégés, a permis de mettre en évidence que la nièce écrit toujours en toutes lettres alors que les formes abrégées utilisées entre infirmières et famille permettent de faire usage d'une relation d'autorité de celles-ci sur celle-là. L'écrit en toutes lettres est utilisé à l'attention de la famille quand il s'agit de la considérer comme ressource, de lui demander des choses (questions qui permettront de connaître les habitudes de Jean par rapport à son lever, ses capacités par rapport au fait de se servir d'un système de téléalarme, la valeur habituelle de sa tension artérielle, ...). Au contraire l'écrit en toutes lettres est utilisé de façon à informer la famille d'une décision infirmière (« *on ne passera pas Lundi, férié, mais mercredi* » : les infirmières sont claires, elles ne laissent pas de place à une discussion). Dans les deux cas, il faut que les infirmières soient bien comprises de la famille qui va devenir, de façon implicite, une partenaire (en donnant les informations que les infirmières recherchent, en faisant les soins les jours où les infirmières ne viennent pas). C'est toujours dans cette relation de partenariat potentiel ou avéré que les infirmières utilisent l'écrit en toutes lettres quand il s'agit de dire à la famille qu'elles sont d'accord avec elle, ou pour argumenter le fait de ne pas avoir fait ce qui était prévu. Il s'agit pour les infirmières de réintroduire une forme de civilité qui, lorsque l'oral double l'écrit, comme ça peut l'être à l'hôpital, se retrouve dans les expressions parlées (Grosjean et Lacoste, 1998 : 450) mais est absente d'un langage écrit souvent codé.

Les deux formes d'énoncé utilisées par les infirmières à l'adresse de la famille, en toutes lettres ou en abrégé, permettent de rendre visibles deux formes de relation : une relation d'autorité dans laquelle les abréviations sont utilisées et où le « *langage naturel recule devant le langage codé* » (Grosjean et Lacoste, 1998 : 444 en références aux travaux d'Acker 1997), et une relation de partenariat dans laquelle l'écrit en toutes lettres est utilisé (retour au « *langage naturel* » où « *les mots sont écrits en entier,*

articles et verbes réapparaissent et s'organisent en phrases » (Grosjean et Lacoste, 1998)).

10.4 Conclusion du chapitre 10 :

Deux conclusions s'imposent. La première porte sur le rôle que se donnent les familles. La seconde sur l'effet de ces rôles sur le métier d'infirmière libérale.

Des recherches se sont déjà intéressées aux interactions entre professionnelles et familles, et au rôle joué par ces proches. Jean-Pierre Lavoie *et al.* (2003) montrent l'existence, dans les familles, d'« *un processus social par lequel une personne ou un groupe accroît son pouvoir ou le contrôle sur sa situation et sur les facteurs qui l'influencent, contribuant éventuellement à des changements sociaux qui permettront d'améliorer ses conditions de vie et celles de ses pairs* » (*Ibid.* : 382). Il s'agit du concept d'« *empowerment* » que nous avons observé, notamment par les actes familiaux exprimant des velléités de contrôle sur les activités professionnelles. Le processus d'*empowerment* constitue alors une concurrence profane, il se définit comme se positionnant contre la rationalité des professionnelles. En cela, il traduit un « vacillement » (Pruvost, 2016 : 345) du pouvoir des professionnelles. Il constitue une épreuve de professionnalité pour les infirmières.

Par ailleurs, face à l'épreuve que constitue le positionnement des familles, les infirmières oscillent entre plusieurs postures : elles jouent du formalisme comme de la personnalisation, balancent entre relation d'autorité et demande de partenariat. Elles négocient, elles échangent (du travail) mais toujours sont vigilantes à conserver le contrôle d'un territoire sur lequel elles ne cèdent rien : l'organisation de leur cabinet.

En fait, face aux familles, les infirmières libérales mobilisent les mêmes registres d'interactions que face aux professionnelles avec lesquelles elles sont amenées à travailler dans les domiciles des personnes qualifiées de dépendantes. Et comme avec les professionnelles, elles mettent en place des hybridations du travail infirmier qui permet de « travailler ensemble ».

CONCLUSION DE LA PARTIE 2

La deuxième partie de la thèse montre comment l'autodétermination, qui caractérise la professionnalité des infirmières libérales, est mise à l'épreuve lorsque celles-ci travaillent auprès des personnes qualifiées de dépendantes. En effet, le fait de travailler dans ces conditions amène les infirmières libérales à entreprendre diverses modifications dans leur métier, conduisant à une recomposition de celui-ci.

L'essentiel de ces modifications est le résultat d'un jeu interactionnel.

Le fait de travailler avec d'autres professionnelles, notamment celles relevant du travail du social, conduit les infirmières libérales à tenir compte de ces actrices dans les décisions qu'elles prennent. Le locus de décision que les infirmières libérales placent dans le collectif qu'elles forment au sein de leur cabinet va se déplacer, d'une part vers les interactions avec les autres intervenantes à domicile, d'autre part vers les structures (associations, services de soins ou d'aide) avec lesquelles elles travaillent. Les infirmières libérales acceptent d'être partiellement dessaisies de prises de décision.

Ensuite, les infirmières libérales ajustent les postures apprises lors de leur socialisation professionnelle et s'engagent vers une nouvelle finalité, celle de « tenir le lien ». Pour cela elles ont recours à une panoplie de relations qui va de la négociation explicite à la relation d'autorité, en passant par le simulacre mutuel. Elles les feront varier en fonction du métier de leur interlocutrice et des finalités poursuivies.

Par ailleurs, les infirmières libérales acceptent de partager le travail, ce qui est un enjeu majeur du « travailler ensemble ». C'est au sein des interactions avec l'ensemble des interlocutrices qu'il sera question de l'intégrité de territoires professionnels, de leurs frontières, de leurs limites ; c'est là que se fera la défense des territoires, mais aussi l'acceptation d'en « perdre » un peu si une contrepartie existe comme dans l'échange du *sale boulot*. Ce n'est plus les frontières des choses qui comptent mais bien les « choses des frontières » (Abbott, 2016). Cette idée des « choses des frontières » se retrouve entre médecins et infirmières. C'est parce qu'il y a des points communs aux deux métiers dans leur zone frontière conjointe que les infirmières peuvent s'emparer de ces « choses » et étendre leur territoire en direction de celui des médecins. Elles le font à l'intérieur des situations et des interactions.

De surcroît, être infirmière libérale auprès des personnes qualifiées de dépendantes à domicile, c'est aussi accepter que des acteurs, qui ne sont pas des

professionnels de proximité, participent à leur travail et le régulent. Les exemples de l'Assurance Maladie négociant une redistribution du rôle propre infirmier vers les médecins, ou des familles faisant autorité sur les infirmières illustrent cette acceptation d'être destituées de leur autodétermination.

En outre, travailler dans les domiciles contraint les pratiques et engendre des ajustements. Le métier se recompose, se « domesticise ». C'est dans ce même lieu, un peu particulier parce qu'abritant l'intimité des personnes, que les infirmières libérales devront « inventer » une forme de relation qui ne soit ni trop proche (nous avons illustré les risques d'une grande proximité relationnelle), ni trop distante avec des personnes que les infirmières vont côtoyer sur le moyen ou long terme.

Enfin, il ne faut pas oublier que ces transformations de la professionnalité ne laissent pas trace. Elles sont souvent informelles parce qu'elles ne correspondent pas toujours aux textes de lois régissant le métier. L'absence de trace écrite des partages de *sale boulot* est un exemple de l'invisibilisation de la recomposition du métier d'infirmière libérale.

Cette conclusion sur le rôle du jeu interactionnel dans la recomposition du métier d'infirmière libérale nous invite à une réflexion plus large sur la part des interactions dans la dynamique des professions.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les constats sociologiques de ce travail sont multiples.

La première partie de la thèse propose une définition du métier d'infirmière libérale. Autodétermination du travail, pouvoir d'agir sur des éléments censés structurer leur activité, régulation collective des individualités composant un cabinet d'infirmières libérales sont les maîtres-mots des premiers résultats. Tous sont directement liés au statut (libéral) qui permet de caractériser la professionnalité de ce métier.

La deuxième partie de la thèse cherche à analyser ce que le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes, dans leurs domiciles, fait à ce métier. Le résultat principal est que travailler dans un tel contexte constitue une épreuve de professionnalité, ce qui chez les infirmières libérales se traduit par un vacillement de l'autodétermination du travail. C'est ainsi que nous avons mis en évidence : un abandon des postures infirmières au profit de finalités plus sociales ; une « domesticisation » du travail infirmier ; des fléchissements ou au contraire une extension de leur territoire professionnel (en tout cas, un territoire où les zones frontières sont activement partagées) ; un échange du *sale boulot* ; des négociations ; des relations d'autorité, données mais aussi reçues ; un affaiblissement des relations hiérarchiques ; la participation à des arènes de décisions de leur travail qui sont extérieures à leurs cabinets. Autant de constats que les infirmières opèrent des ajustements face aux personnes avec qui elles travaillent et face à l'environnement dans lequel s'inscrit leur activité professionnelle. À côté du vacillement de l'autodétermination du travail, les infirmières libérales font aussi l'apprentissage de nouvelles manières d'avoir des relations. Avec les personnes qualifiées de dépendantes, elles doivent inventer des relations d'une nature telle qu'elles puissent la maintenir dans le temps, sur le long cours, dans un lien qui ne soit ni « trop » proche, ni « trop » distant ; avec les professionnelles avec qui elles travaillent, elles font l'initiation à d'autres modèles de pensée, d'autres finalités d'action, des manières différentes de travailler. L'ensemble de

ces résultats est apparu à travers l'analyse des interactions inhérentes au « travailler ensemble » des acteurs. Un jeu interactionnel se met en place dans le cadre de l'épreuve de professionnalité que constitue le fait de travailler auprès des personnes qualifiées de dépendantes à domicile. C'est à partir de ce jeu interactionnel que se recompose le métier d'infirmière libérale.

La synthèse de ces résultats permet d'énoncer qu'une épreuve de professionnalité peut être surmontée en passant par un jeu interactionnel qui, au-delà d'être à l'origine d'une recomposition d'un métier, participe à la dynamique des professions.

À partir de cette conclusion, nous souhaiterions revenir sur trois notions abordées au fil de la thèse, et que nous proposons comme autant de forces conductrices de réflexions à venir. Elles s'inscrivent dans les débats sociologiques portant soit sur les professions, soit sur la dépendance. Ces trois notions sont : le jeu interactionnel et la dynamique des professions, les pratiques prudentielles et la dépendance situationnelle.

1 - Jeu interactionnel et dynamique des professions

Notre travail peut-il nourrir le débat sur une théorie interactionnelle des professions telle que la propose Léonie Hénaut (2016) ?

D'une part, les différentes situations d'interactions décrites dans ce travail ont permis de mettre en évidence un jeu interactionnel, c'est-à-dire un ensemble d'interactions. Ce jeu interactionnel peut s'inscrire dans plusieurs ordres sociaux : négocié, coercitif... C'est en regardant ensemble les ordres sociaux d'interactions que nous avons pu montrer combien le jeu interactionnel est constitutif du métier d'infirmière libérale. Il débute à l'intérieur du cabinet, comme nous l'avons montré dans la première partie de la thèse. Parce qu'elles n'y forment pas un collectif homogène, les infirmières mettent en place des interactions qui font de leur cabinet une instance de régulation collective des individualités. Ce jeu interactionnel se poursuit à l'extérieur du cabinet, avec les travailleuses du social, les médecins, les personnes qualifiées de dépendantes, les familles. Cette recherche souligne, dans un premier temps, que l'analyse d'un jeu interactionnel doit prendre en considération l'ensemble des acteurs intervenant à l'intérieur et à la périphérie du métier étudié. Elle doit aussi envisager d'explorer les différentes natures de relations (intra et interprofessionnelles) qui

s'inscrivent dans des ordres sociaux multiples dont il faut montrer les connexions (Strauss, 2006).

D'autre part, ce travail montre qu'un jeu interactionnel permet de « travailler ensemble ». Or, pour ce qui est du « travailler ensemble », ou pour le dire autrement, pour ce qui est des « relations qu'un groupe entretient avec les autres professionnels impliqués dans son champ d'activité », Léonie Hénaut pose la question : faut-il penser en termes d'interdépendance ou d'interactions ? (Hénaut, 2016). Nous avons, dès le début de cette recherche, proposé une approche par les interactions entre les individus. Nous souhaitons étudier comment ce « travailler ensemble » se discute entre les acteurs, comment il se met en place. L'observation a pu montrer que ce qui se passe dans le cours de l'action et des interactions permet de partager le travail (y compris le *sale boulot*), ou de se l'accaparer, ou encore de dominer l'autre. Pour les infirmières libérales qui se définissent par l'autodétermination de leur travail, un travail d'ajustement aux autres se fait dans les interactions. Elles peuvent céder sur certaines choses pour ne pas en perdre d'autres. Elles perdent un peu de leur autodétermination pour ne pas perdre par exemple le lien qu'elles souhaitent maintenir avec les autres acteurs.

Par ailleurs, jeu interactionnel et professionnalité apparaissent comme imbriqués. À la question de savoir ce que la Dépendance fait au métier, nous pouvons répondre que ce n'est pas tant le *mandat*²⁶⁴ qui change (les infirmières libérales avaient déjà, par exemple, une vision élargie des situations de par leur formation initiale) que le fait de travailler avec d'autres professionnelles (donc de s'inscrire dans un jeu interactionnel). Le jeu interactionnel entre les différents professionnels est permanent : la professionnalité n'est pas figée, elle se construit en permanence dans le jeu interactionnel avec les autres. C'est ainsi que le métier d'infirmière libérale se recompose, plus par interactions incessantes avec des partenaires (sanitaires et sociaux) que par les textes, les lois, et leurs avenants.

Enfin, il faut considérer les manières de participer ou d'être pris(e) dans un jeu interactionnel. C'est ainsi que l'analyse du jeu interactionnel permet de montrer qu'un cabinet infirmier libéral constitue une équipe à géométrie variable, dont il faut considérer la diversité des relations, leurs niveaux d'expression : interindividuel ou collectif, et les passages de l'un à l'autre. À l'intérieur d'un cabinet, ce qui importe sont les individualités des personnes qui le constituent. Mais en tenir compte et les respecter implique la production collective de régulation. Dans les interactions avec des

²⁶⁴ Everett Hughes, 1996a : 100

professionnelles de l'extérieur (des travailleuses de proximité ou des responsables de services à domicile par exemple), les individualités et les relations interpersonnelles ressortent à nouveau comme structurantes des relations. À l'opposé, les infirmières sont considérées comme un collectif par le regard des autres qui se posent sur elles, notamment par les professionnelles qui peuvent parler d'un cabinet comme d'une entité. De la même façon, les infirmières libérales recherchent elles-mêmes cette unicité quand il s'agit de prendre des décisions engageant l'organisation du cabinet : elles veulent apparaître comme un interlocuteur unique (elles se rappellent par exemple mutuellement qu'elles doivent « tenir le même discours »). Le recours alternatif à ces deux niveaux de relations est à considérer dans toute étude de jeu interactionnel.

2 - Le travail infirmier libéral : des Pratiques Prudentielles ?

Qu'est-ce que notre travail peut apporter au débat sur les professions à pratiques prudentielles (Champy, 2011 ; 2012a) ?

Florent Champy nous indique quelle sociologie est la plus pertinente selon le type de métier à étudier : l'interactionnisme est adapté à l'analyse des petits métiers, quand la théorie d'Andrew Abbott convient à l'étude des professions des pratiques prudentielles (Champy, 2012a : 188-190). Cette posture induit qu'il faut avoir préalablement classé les activités professionnelles, les métiers ou les professions (quel que soit le nom qu'on leur donne), dans des catégories que l'auteur détermine à partir de l'existence ou non de pratiques prudentielles dans les activités professionnelles, et selon que ces activités bénéficient ou non d'une protection de l'État. Les infirmières libérales seraient, selon cette classification, plus proches des petits métiers que des professions à pratiques prudentielles.

Nous proposons, à l'inverse, de questionner la pertinence de considérer le métier d'infirmière libérale dans les professions à pratiques prudentielles à partir des résultats de notre recherche qui sourd des pratiques de ces professionnelles. Pour cela, nous reprenons la définition que Florent Champy donne de l'activité prudentielle : « *activité cognitive et pratique dont (le travail) relève de (l'ensemble) des savoirs qu'il suppose et (...) des problèmes que les professionnels ont à résoudre* » (2012a : 81), problèmes dont les caractéristiques sont la complexité, l'imprévisibilité des solutions du fait de contingences, l'impossibilité de formaliser la pratique. Tout en nous disant que « *toute activité humaine est susceptible de prudence* », l'auteur insiste sur le fait que les

activités professionnelles à pratiques prudentielles sont celles qui « *laissent une place centrale* » à la prudence (2012a : 88).

La prudence s'impose dans un contexte d'incertitude comme l'est celui des soins. Médicaux comme infirmiers, les soins s'appliquent à des personnes dont l'état (biologique, psychologique, mental) peut évoluer avec une variabilité incertaine. Les conséquences des soins ne sont pas toujours connues ni prévisibles. L'incertitude est inhérente au travail de soins. De plus, dans le cadre de l'exercice libéral du métier d'infirmière, une autre forme d'incertitude règne. Elle s'applique au cadre structurant l'activité infirmière libérale, basé sur les interactions, comme nous l'avons montré tout au long de ce travail. Ce cadre est par définition labile et donc source d'incertitude. Comme le dit Florent Champy, l'incertitude caractérise de nombreux autres métiers et ne peut à elle seule suffire à qualifier une activité de prudentielle. Seule une activité qui « *laisse(rait) une place centrale* » à la prudence peut être qualifiée de prudentielle. Les résultats de notre recherche montrent comment les infirmières libérales sont amenées à prendre des décisions qui ne portent pas préjudice, alors même qu'elles travaillent dans l'incertitude. Ce constat invite à légitimement envisager la centralité de la prudence dans l'activité infirmière libérale.

Mais l'incertitude n'est pas la seule caractéristique des pratiques prudentielles. Celles-ci se conçoivent comme s'appliquant à des situations ou des problèmes singuliers et complexes. Nous proposons de séparer ces deux caractéristiques. La complexité des problèmes est difficile à objectiver. Elle peut s'évaluer à l'aune du travail de discernement nécessaire à l'appréhension du phénomène. Or, le travail de discernement fait aussi partie intégrante de l'activité quotidienne des infirmières libérales. La singularité des situations, dans le métier d'infirmière libérale, renvoie aux problématiques personnelles des individus dont elles s'occupent mais aussi à la configuration de leur prise en charge, variable d'une personne à l'autre. Nous avons montré, dans la thèse, que la singularité des situations et des problèmes est le quotidien des infirmières libérales.

Nous avons aussi montré la routine avec laquelle travaillent les infirmières libérales (chapitre 4). C'est cette même routine qu'évoquait Eliot Freidson (1984 : 171) lorsqu'il parlait de la pratique médicale et du caractère rituel de beaucoup de pratiques quotidiennes qui sont la nature du travail médical. En même temps, Florent Champy nous présente la profession médicale comme la profession à pratique prudentielle par excellence. Routine et prudence ne s'excluent pas. Ni chez les médecins, ni chez les infirmières libérales.

Reste la réflexion collective, la délibération entre pairs que Florent Champy pose comme une condition pour accéder au statut de profession à pratique prudentielle. Il affirme que « *pour ne pas nuire à la robustesse de l'idéal-type construit* » et « *pouvoir parler de profession à pratiques prudentielles, il faut qu'une autonomie de réflexion suffisante sur les fins de l'activité ouvre la possibilité de réflexions collectives* » (Champy, 2011 : 158). Ces réflexions collectives constitueraient une force de proposition capable d'influer les politiques qui les concernent. Nous avons vu, chez les infirmières libérales, le rôle des syndicats comme forces de propositions. Mais ces syndicats infirmiers libéraux, s'ils expriment une réflexion sur la finalité de leur action, ne le font pas avec l'autonomie évoquée par Florent Champy. En effet, les propositions syndicales de promouvoir le métier d'infirmière libérale passent par une continuité de la division du travail médical : une spécialisation plus grande des infirmières libérales. Il n'y aurait pas rupture avec l'activité médicale. Les réflexions collectives ont lieu, mais l'autonomie de réflexion ne semble pas acquise. Par ailleurs, ces mêmes syndicats ont négocié la mise en place de la Démarche de Soins Infirmiers qui, comme nous l'avons analysé, place dans le territoire professionnel du médecin une partie du territoire infirmier qui relevait jusque-là de son rôle propre, donc entièrement détaché du médecin. Les instances syndicales ne semblent pas être le niveau de réflexion collective adéquat pour influencer les politiques qui les concernent. La question se pose de savoir si le manque d'effets des réflexions syndicales est un défaut de l'autonomie de cette réflexion ou réside dans un défaut de la réception du fruit de ces réflexions par les autorités politiques.

Répondons maintenant à notre question de départ sur la pertinence de considérer le métier d'infirmière libérale comme une profession à pratiques prudentielles. Les résultats de notre recherche abondent pour affirmer que le métier d'infirmière libérale s'exerce avec des pratiques prudentielles. Ce qui l'empêche d'accéder au statut de profession à pratiques prudentielles se réduit à ce qui l'empêche d'accéder au statut de profession tout court (au sens de la sociologie fonctionnaliste) : une autonomie (de décision et de réflexion) et un poids qui en fasse un interlocuteur face aux pouvoirs politiques.

Nous avons montré au contraire le travail quotidien des interactions sur la recomposition du métier. La « profession » des infirmières libérales semblent changer de l'intérieur. Ces changements, s'ils sont repérés par les syndicats, ne sont pas discutés avec les instances étatiques.

3 - La dépendance situationnelle

En quoi la notion de dépendance situationnelle apporte des éléments au débat sur la dépendance ?

Nous proposons d'explicitier la notion de « dépendance situationnelle » produite par nos résultats. Nous verrons ainsi que, d'une part, elle peut participer à une définition de la dépendance comme construction sociale, et d'autre part qu'elle peut être mobilisée dans une approche plus politique de la dépendance. Nous finirons avec une interrogation sur une ouverture possible de ce métier d'infirmière libérale (qui travaille avec la notion de « dépendance situationnelle ») vers les métiers du travail social.

Pour commencer, nous proposons d'envisager la notion de « dépendance situationnelle » comme participant à une définition de la dépendance comme construction sociale. Précisons tout d'abord ce que nous entendons par « situation ». L'ensemble des éléments que l'infirmière va considérer, à un instant t, pour prendre la décision d'apporter une réponse à ce qui lui a été présenté comme un besoin constitue une « situation ». Ce terme est donc très large puisqu'il réunit l'ensemble des paramètres concernant la personne elle-même (en matière de besoins et de ressources), et l'ensemble des éléments extérieurs à la personne qui peuvent contribuer, d'une manière ou d'une autre, à la réponse. Besoins et réponses sont mis en adéquation, comme dans la vision gérontologique déficitaire de la dépendance. La différence est que dans la « dépendance situationnelle », nous soulignons le fait que les réponses proposées tiennent compte des possibilités de réponses, qui à leur tour, peuvent avoir un impact sur le besoin. Ce qui est important ici est de voir que l'on ne se place pas du côté des besoins mais des réponses.

La notion de « dépendance situationnelle » nous éclaire sur l'appropriation que des professionnels font d'un outil censé formaliser un travail infirmier d'analyse : la Démarche de Soins Infirmiers. Cette notion souligne que le résultat de l'analyse n'est pas *la* solution mais *une* solution parmi d'autres. Pour bien comprendre cela, rappelons quelques éléments pris en considération dans l'analyse de la situation et auxquels le formulaire de la démarche de soins infirmiers permettant l'analyse ne laisse pas de place : le souhait des infirmières de faire (ou non) le soin, l'éloignement géographique entre le cabinet et le domicile de la personne, la présence de proches, leur âge, leur capacité à intervenir dans le soin, la connaissance des paramètres individuels de la personne.

Avec cette notion, la dépendance est considérée par les infirmières libérales comme un espace de négociations possibles. La réponse infirmière peut être considérée comme une offre, un recours, mais aussi comme un ajustement de l'environnement à une demande (besoin) – en proposant par exemple plus ou moins de réponse infirmière, ou d'implication des travailleuses du social, ou de participation par les familles. En tenant compte de l'environnement, les infirmières libérales propose un choix parmi une gamme de possibles, et nous montrent l'absence d'absoluité de la dépendance.

C'est justement parce que la « dépendance situationnelle » est relative, labile, qu'elle est aussi un terrain d'épreuve de la professionnalité infirmière : elle sollicite les capacités d'adaptation et peut faire changer les normes professionnelles. Par ailleurs, les décisions infirmières, isolées, peuvent être rediscutées en arènes plus large (dans les réunions SSIAD ou SAAD par exemple). Les normes produites par ces discussions participent d'une « dépendance situationnelle » qui devient alors une création collective, née dans les interactions.

L'ensemble des éléments énoncés ci-dessus illustre que la notion de « dépendance situationnelle » peut participer à une définition de la dépendance comme construction sociale

La deuxième partie de notre réflexion sur la notion de « dépendance situationnelle » porte sur sa dimension politique. Nous proposons d'inverser notre interrogation initiale de la thèse et posons la question suivante : qu'est-ce que les infirmières libérales font à la Dépendance ?

En effectuant l'analyse d'une situation dans le sens très large que nous venons de lui assigner, les infirmières libérales définissent, selon leurs critères, ce qu'est une dépendance et comment y répondre. Elles se situent elles-mêmes par rapport à plusieurs métiers. D'une situation à l'autre, elles font varier les réponses, et les combinaisons de travail professionnel, à l'image des rets de Norbert Elias (1991). Par les réponses qu'elles apportent, les infirmières libérales qualifient la dépendance : leur travail devient constitutif des politiques sociales de la dépendance.

Par ailleurs, avec la notion de « dépendance situationnelle », les infirmières s'inscrivent dans le mouvement né de la territorialisation des politiques du vieillissement. Ce nouveau contexte politique a fait évoluer l'image homogène de la vieillesse vers une vision transversale, qui, en multipliant les acteurs, a multiplié les lieux d'élaborations de normes (Argoud et Ollivro, 2004). Les nouveaux acteurs qui ne

viennent pas du secteur gériatologique ont de nouvelles façons de voir la vieillesse (autrement qu'en codifiant la demande et en créant l'offre de services en fonction de cette demande quantifiée). Ils proposent, entre autres, de se centrer sur la consolidation du lien social, plus intergénérationnel.

Enfin, dans un troisième et dernier temps, nous nous demandons si la notion de « Dépendance situationnelle » chez les infirmières libérales ne constituerait pas une ouverture vers le travail social. Si les infirmières libérales participent elles aussi de ce mouvement de consolidation du lien social, et adhèrent à l'idée que leur activité évolue vers un métier plus « global », elles se rapprocheraient alors d'un métier du travail social. Les infirmières libérales ont déjà un point commun avec les travailleurs sociaux : elles considèrent les personnes dans différentes dimensions (sociale, économique, culturelle, psychologique). L'étude du travail infirmier libéral à domicile telle que nous venons de la faire nous a permis de mettre en évidence d'autres caractéristiques de leur métier qui les rapprocheraient du travail social : les infirmières libérales inscrivent leur action dans un territoire, elles prennent en considération les différentes ressources (professionnelles ou familiales), elles s'ouvrent à une considération élargie des situations des personnes, elles fréquentent des métiers du social, elles connaissent les habitats et de manière plus générale les conditions de vie des personnes, ... Par ailleurs, il leur arrive d'abandonner leurs postures professionnelles d'infirmière pour aller vers une autre priorité qui est de tenir les liens tissés. Enfin, en intervenant au long cours, elles accompagnent les personnes (et pas seulement dans le sens du parcours médical de soins).

Avec le travail auprès des personnes qualifiées de dépendantes, la professionnalité est défiée : les infirmières libérales vont s'ouvrir à d'autres formes de travail, opérer un jeu interactionnel, et accepter une « hétérodéfinition » de leur travail, néologisme qui offre l'avantage, d'une part, de reprendre l'idée que les infirmières libérales perdent un peu de leur autodétermination, et d'autre part, que nous pouvons les comparer aux travailleurs sociaux qui eux, s'auto-conçoivent dans l'épreuve (Soulet, 2016). Cette différence entre les deux types de travailleurs mériterait une exploration : la différence tient-elle au contenu des missions ? Au statut (salarié ou libéral) avec lequel les travailleurs exercent ? Une telle étude permettrait de prolonger le questionnement sur le statut libéral de métiers modestes, ce qui pourrait, dans une société française qui interroge son rapport au travail, avoir quelque intérêt social.

Bibliographie

- Abbott Andrew, 2016, « Les choses des frontières », (traduction du chapitre 9 de *Time Matters : On Theory and Method* par Thomas Beraud, Didier Demazière, Morgan Jouvenet, Arnaud Saint-Martin) in Demazière Didier, Jouvenet Morgan, *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, Paris, Éditions EHESS : 119-144.
- Abbott Andrew, 2007, "Mechanisms and Relations", *Sociologica, Fascicolo 2*, septembre-ottobre, 1-22.
- Abbott Andrew, 2003, « Écologies liées : à propos du système des professions », in Menger Pierre-Michel, *Les professions et leurs sociologies*, Paris, MSA : 29-50.
- Abbott Andrew, 2001, *Time Matters On Theory and Method*, Chicago, University of Chicago Press.
- Abbott Andrew, 1988, *The system of the professions, an essay of the division of expert labour*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Acker Françoise, 2008, « Des pratiques en redéfinition. Une opportunité pour repenser quelques dimensions des soins ? », *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, juin, 61-67.
- Acker Françoise, 2005, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales* n°1, no 1 (1 mars 2005), 161-181.
- Acker Françoise, 2003, « Infirmières, une profession en crise ? » in De Kervasdoué (Dir.), *La crise des professions de santé*, Paris, Éditions Dunod : 281-306.
- Acker Françoise, 1997, « Sortir de l'invisibilité, le cas du travail infirmier », *Raisons Pratiques*, n°8, in Conein Bernard et Thévenot Laurent (Dir.), *Cognition et information en société*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales : 65 - 93.
- Acker Françoise, 1995, « Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière », *Sciences sociales et santé* 13(3) : 69-92.
- Acker Françoise, 1991, « La fonction infirmière, l'imaginaire nécessaire », *Sciences Sociales et Santé*, n° 2, 123-143.
- Agamaliyev Emin, Mikol Fanny et Prost Thierry, 2016, « Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet », *Revue française des affaires sociales*, 2016/1 (n° 5), 375-404.

- Aïach Pierre, Delanoë Daniel, 1998, *L'ère de la médicalisation, Ecce Homo sanitas*, Paris, Economica, Collection Anthropos.
- Aïach Pierre, Fassin Didier, 1994, *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Economica, Collection Anthropos.
- Allain Sophie, 2009, « Penser la négociation aujourd'hui », *Négociations*, 2009/2 (n° 12), 9-14.
- Alphandéry Pierre, Bergues Martine, 2004, « Territoires en questions : pratiques des lieux, usages d'un mot », *Ethnologie française*, nouvelle série, T. 34, N°1, Territoires en questions (Janvier- Mars 2004), 5-12.
- Arborio Anne-Marie, 2011, « Des professionnels dans l'intérim : les infirmiers diplômés d'État », in Belkacem R., Kornig C., Michon F. (Dir.), *Visages de l'intérim en France et dans le monde*, Paris, L'Harmattan, 153-170.
- Arborio Anne-Marie, 2001, *Un personnel invisible, les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, Collection « sociologiques ».
- Arborio Anne-Marie, 1995. « Quand le «sale boulot » fait le métier: les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé* 13(3) : 93-126.
- Arborio Anne-Marie, Fournier Pierre, 2010, *L'observation directe*, Paris, Armand Colin, 3^{ème} édition.
- Argoud Dominique, Ollivro Jean, 2004, « D'une politique sociale vieillesse à une politique territoriale du vieillissement. Analyse croisée d'un géographe et d'un sociologue », in *Vieillir dans son quartier, vieillir dans son village. Des aménagements à inventer ensemble*, Forum national – Paris, Salon de l'Aveyron, 12-13 octobre 2004, Fondation de France, 15-21.
- Argoud Dominique (Dir.), 2002, *Étude exploratoire sur les solidarités de proximité en direction des personnes âgées*, Rapport de recherche pour la Fondation de France, Paris, Université-Paris-XII, Val-de-Marne.
- Aristote, 1994, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Vrin.
- Astier Isabelle, 2009, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales*, 2009/2 n° 152, 52-58.
- Astier Isabelle, 2007, *Les nouvelles règles du social*, Paris, Presses Universitaires des France, Collection Le Lien Social.
- Aubenque Pierre, 2009 (1963), *La prudence chez Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Quadrige.
- Aubry François, 2012, « Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante », *Temporalités* [En ligne], 16 | 2012, mis en ligne le 13 décembre 2012.

- Autant Étienne, 2010, « Le partage : un nouveau paradigme ? », *Revue du MAUSS* 2010/1 (n° 35) : 587-610.
- Authier Jean-Yves, Grafmeyer Yves, 1997, *Les relations sociales autour du logement. État des savoirs et perspectives de recherche*, Paris-La Défense, Plan Construction et Architecture.
- Avril Christelle, 2014, *Les aides à domicile : un autre monde populaire*, Paris, La dispute.
- Avril Christelle, 2006, « Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir-faire », *Le Mouvement social*, numéro spécial « Les services. Métiers, travaux, syndicats », C. Chevandier (dir.), n°215, avril-juin 2006.
- Avril Christelle, Cartier Marie, Serre Delphine, 2010, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*. Éditions La Découverte, Paris.
- Aynaud Oliver, Picard Dominique, 2011, « Le statut de médecin par rapport aux autres professions libérales », *Revue française des affaires sociales*, 2011/2 n° 2-3 : 311-321.
- Bachimont Jeannine, 1998, « Les « soins hospitaliers à domicile » entre démedicalisation hospitalière et medicalisation du domicile », in Aïach Pierre et Delanoë Daniel, *L'ère de la medicalisation, Ecce Homo sanitas*, Paris, Édition Economica, 174-209.
- Bajard Flora, Perrenoud Marc, 2013, « « Ça n'a pas de prix » » Diversité des modes de rétribution du travail des artisans d'art, *Sociétés contemporaines*, 2013/3 n° 91 : 93-116.
- Baluteau François, 2011, « Enseignement des mathématiques et composition sociale des classes », *SociologieS* [En ligne], Premiers textes, mis en ligne le 18 octobre 2011.
- Barlet Blandine, 2012, « Quelle place pour les infirmières en santé au travail ? Les enjeux d'une recomposition des territoires professionnels », *Sociologie Santé*, n° 35 : 179-200.
- Barthe Jean-François, Clément Serge, Drulhe Marcel, 1988, « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, n° 15, Caen, 11-31.
- Baszanger Isabelle, 1992, « Introduction. Les chantiers d'un interactionnisme américain », in Strauss Anselm, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Éditions L'Harmattan : 11-63.
- Bataille Philippe, Virole Louise, 2013, « Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecine de

la reproduction et palliative », *La nouvelle revue du travail [En ligne]*, 2 | 2013, mis en ligne le 30 mars 2013

- Batifoulier Philippe, 2011, « On ne naît pas marchand, on le devient : la construction du marché de la santé », in Mas Bertrand, Pierru Frédéric, Smolski Nicole, Torrielli Richard, *L'hôpital en réanimation*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant : 197-207.
- Beaud Stéphane, 1996, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix*. Vol. 9, n°35. Troisième trimestre, 226-257.
- Beaud Stéphane, Weber Florence, 1998, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte.
- Bechky Beth A., 2003, “Object Lessons: Workplace Artifacts as Representations of Occupational Jurisdiction”, *American Journal of Sociology*, Vol. 109, No. 3 (November 2003), 720-752.
- Becker Howard Saul, 2009, « Préface », in Demazière D. et Gadéa C. (Dir.), *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, Éditions La Découverte « Recherches » : 9-12.
- Becker Howard Saul, 2006, « La nature d'une profession », in *Le travail sociologique : méthode et substance*, traduit de l'anglais (1962) par Diane Baechler, Stéphanie Emery Haenni et Marc-Henry Soulet, Fribourg, Academic Press, 131-152.
- Becker Howard Saul, 2003, « Inférence et preuve en observation participante. Fiabilité des données et validité des hypothèses » in Cefaï D., *L'Enquête de Terrain*, Paris, Éditions La Découverte : 350 – 362.
- Becker Howard Saul, 2002, *Les ficelles du métier*, Préface de Henri Peretz et Howard S. Becker, Paris, La Découverte, Collection Grands Repères Guides.
- Becker Howard Saul, 1986, *Doing Things Together: Selected Papers*, Evanston, Illinois Northwestern University Press.
- Beliard Aude, Eideliman Jean-Sébastien, 2008. « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique » in Fassin D., Bensa A. (Dir), *Les politiques de l'enquête, Épreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte : 123-141.
- Benel Aurélien, Lejeune Christophe, 2009, “Humanities 2.0: documents, interpretation and intersubjectivity in the digital age”, *International Journal of Web Based Communities*, Vol. 5, n° 4, 562-576.
- Benelli Natalie, Modak Marianne, 2010, « Analyser un objet invisible: le travail de care », *Revue Française de Sociologie*, 51-1, 39-60.

- Benhamou-Levillain Karine, 2004, « Infirmières de santé publique : un métier en travaux », *Santé publique*, Vol. 16, n° 2, 393-402.
- Bercot Régine, 2006, « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », *Négociations*, 2006/1 no 5, 35-49.
- Berland Yvon, Hénart Laurent, Cadet Danielle, 2011, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, Rapport aux ministres (Rapporteurs généraux : Bernard Verrier et Elisabeth Fery-Lemonier - Conseillers généraux des établissements de santé), Janvier 2011.
- Bernard Sophie, 2012, « Conflits de temporalités dans les services : le cas des caisses automatiques », *Temporalités* [En ligne], 16 | 2012, mis en ligne le 13 décembre 2012.
- Bessin Marc, 2014, « Présences sociales : une approche phénoménologique des temporalités sexuées du care », *Temporalités* [En ligne], 20 | 2014, mis en ligne le 26 février 2015.
- Bévort Antoine, Jobert Annette, 2011, *Sociologie du travail, les relations professionnelles*, Paris, Armand Colin, Collection U.
- Bidet Alexandra, 2011, *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot ?*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Bizeul Daniel, 1998, « Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause », *Revue française de sociologie*, Vol. 39, N° 4, 751-787.
- Blanc Maurice (Dir.), 1992, *Pour une sociologie de la transaction sociale*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- Blanc Maurice, Mormont Marc, Rémy Jean, Storrie Tom, 1994, *Vie quotidienne et Démocratie. Pour une sociologie de la transaction sociale (suite)*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- Blanchard Sandrine, 2009, « Vive les infirmières ! », *Le Monde* (29 avril 2009).
- Bloch Marie-Aline, Hénaut Léonie, 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Éditions Dunod.
- Bloy Géraldine, 2008, « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et santé*, n° 1 – 2008, 67-89.
- Bloy Géraldine, 2005, « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales* n°1(1):101-125.
- Blumer Herbert, 1969, *Symbolic Interactionism*. Englewood Cliffs, New Jersey, Practice Hall.

- Boltanski Luc, Chiapello Eve, 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, Collection Tel (2011).
- Bon-Saliba Brigitte, 1993, « Le temps de la reconnaissance » in Saliba J., Bon Saliba B., Ouvry-Vial B., *Les infirmières, ni nonnes, ni bonnes*, Paris, Éditions Syros, 87-130.
- Bonvalet Catherine, Gotman Anne, 1993, *Le logement, une affaire de famille : l'approche intergénérationnelle des statuts résidentiels*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- Borzeix Anni, Fraenkel Béatrice, 2005 (2001), « Conclusion » in Borzeix Anni, Fraenkel Béatrice, *Langage et Travail, Communication, Cognition, Action*. Paris, CNRS Éditions : 343-349.
- Bouchayer Françoise, 2011, « Le soignant, le patient et le tiers gestionnaire : les nouvelles données d'un rapport tripartite », *Sociologie Santé* n° 33 : 87-105.
- Bouchayer Françoise, 2009, « Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, kinésithérapeutes et infirmiers libéraux », in Bloy G. et Schweyer F.-X., *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, coll. "Métiers Santé Social".
- Bouchayer Françoise, 2008a. « Les pratiques et les attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral, Médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes. Approche sociologique de la fonction soignante de proximité ». *Rapport de recherche, Contrat CNRS / INSERM / GIS Vieillesse et Longévité*, Convention GISL 0401.
- Bouchayer Françoise, 2008b, « Les modes de construction personnalisée de leurs métiers par les professionnels de santé exerçant en libéral », in *Médecine de proximité : Crise des ressources humaines. Regards croisés Nord- Sud*, Actes du colloque, Marseille, 16 novembre 2007, Urml Paca - Santé Sud, 59-62.
- Bouchayer Françoise, 2006, « Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé ? », *Swiss Journal of Sociology*, 32 (3), 457-474.
- Bouchayer Françoise, 2004b, « L'inscription sociale de l'aide à autrui : à propos de la prestation de soins professionnalisée », in Schweyer François-Xavier, Pennec Simone, Cresson Geneviève, Bouchayer Françoise, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions ENSP, 77-90.
- Bouchayer Françoise, Cresson Geneviève, Pennec Simone, Schweyer François-Xavier, 2004a, « Introduction », in Schweyer François-Xavier, Pennec Simone, Cresson Geneviève, Bouchayer Françoise, 2004, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 5-16.
- Bouchayer Françoise, 1994, « Les voies du réenchantement professionnel », in Aïach Pierre, Fassin Didier, *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Economica, Collection Anthropos : 201-225.

- Bouchayer Françoise, 1984, « Médecins et puéricultrices de Protection maternelle et infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles », *Revue française de sociologie*, XXV, 67-90.
- Bouffartigue Paul, 2012, *Temps de travail et temps de vie. Les nouveaux visages de la disponibilité temporelle*. Avec la collaboration de Bouteiller Pierre, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Le travail humain.
- Bouffartigue Paul, Bouteiller Jacques, 2006, « Jongleuses en blouse blanche », *Temporalités* [En ligne], 4 | 2006, mis en ligne le 07 juillet 2009.
- Bouffartigue Paul, Bouteiller Jacques, 2005, « Le temps du travail dans le temps de l'emploi. Biographies professionnelles et biographies familiales d'infirmières de plus de 40 ans. Post-enquête : Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé », (1/5), n° 47 – juin 2005, *Document de travail*, DREES.
- Bourdieu Pierre, 1993, « Comprendre » in Bourdieu P., *La misère du monde*, Paris, Éditions du Seuil, 903-939.
- Bourdieu Pierre, 1991, « Introduction à la socioanalyse. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 90, décembre 1991, 3-5.
- Bourdieu Pierre, Passeron Jean-Claude, 1970, *La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Éditions de Minuit.
- Bourneville Désiré, 1889, *Manuel de la garde-malade et de l'infirmière, tome II « Administration et comptabilités hospitalières »*, 4 vol., 4ème édition, Bureaux du Progrès médical, Paris.
- Boussard Valérie, Demazière Didier, Milburn Philip (Dir.), 2010, *L'injonction au professionnalisme, Analyses d'une dynamique plurielle*, Rennes, Presses Universitaire de Rennes.
- Boutet Josiane, 1993, « Quelques propriétés des écrits au travail », *Langage et Travail*, Cahier n°6, 18-25.
- Breviglieri Marc, 2006, « Perceptions sociologiques du problème de la routine », in Bidet Alexandra, Borzeix Ani, Pilon Thierry, Rot Gwenaëlle, Vatin François, *Sociologie du travail et activité*, Toulouse, Octarès, 131-141.
- Bruneteaux Patrick, Lanzarini Corinne, 1998, « Les entretiens informels », *Sociétés contemporaines*, n° 30, 157-180.
- Bucher Rue, Strauss Anselm, 1992, « La dynamique des professions », in Strauss Anselm, *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, Éditions L'Harmattan.

- Burawoy Michael, 2003, « L'étude de cas élargie. Une approche réflexive, historique et comparée de l'enquête de terrain », in Cefaï Daniel, 2003, *L'enquête de terrain*, Paris, Éditions La Découverte, 425-464.
- Buscatto Marie, 2010, *La fabrique de l'ethnologue. Dans les rouages du travail organisé*. Toulouse, Editions Octarès.
- Canuel Catherine, Couturier Yves, Beaulieu Marie, 2010, « Le rôle des proches dans le processus de détermination de l'inaptitude de la personne âgée en perte d'autonomie du point de vue des professionnels », *Enfances, Familles, Générations*, n° 13, 97-115.
- Caradec Vincent, 2008, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin, Collection 128.
- Caradec Vincent, 2007, « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société* n°52(3) : 11-37.
- Carment Emeline, 2012, « L'éthique du souci de soi : paradigme médico-philosophique à l'épreuve d'aujourd'hui », *Sciences-Croisées*, n° 11 : Souci de l'un –souci de l'autre, <http://sciences-croisees.com/N11/Carment.pdf>
- Carricaburu Danièle, Ménoret Marie, 2004, *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin.
- Castells Manuel, 1999, *L'ère de l'information, Tome 2, le pouvoir de l'identité*, Paris, Éditions Fayard.
- Catanas Marc, 2008, « La question du « sale boulot » à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions du soin », www.cadredesante.com, 1-4.
- Cayla Françoise, Grouchka Cédric, Grand-Filaire A., Duchange M., Pous, J., 1992. « Soins infirmiers à domicile aux personnes âgées : une approche comparative services de soins - infirmiers libéraux », *Sciences sociales et santé* 10(2) : 9-26.
- Cefaï Daniel, 2003a, « La renaissance des méthodes qualitatives en sociologie - Présentation », in Cefaï D., *L'enquête de terrain*, Paris, Éditions La Découverte : 309-339.
- Cefaï Daniel, 2003b, « Anthropologie et sociologie : nouvelles pratiques de terrain », in Cefaï D., *L'enquête de terrain*, Paris, Éditions de la Découverte : 471 – 497.
- Cefaï Daniel, 2002, « Faire du terrain à Chicago dans les années cinquante » L'expérience du Field Training Project, *Genèses*, 2002/1 n°46, 122-137.
- CERMES (Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., Zuber M;-C.), 1993, *Cinquante ans de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français (1930-1980)*, Paris, INSERM-Doin.

- Chabrol Fanny, Hunsmann Moritz, Kehr Janina, 2012, « Réaliser un doctorat en sciences sociales de la santé : financements, pratiques de recherche et enjeux de professionnalisation », *Socio-Logos, Revue de l'association française de sociologie* [en ligne], 2012, mis en ligne le 24 février 2012.
- Champy Florent, 2012c, « Activités professionnelles prudentielles et production de la société », in Sainsaulieu Ivan et Surdez Muriel, *Sens politique du travail*, Paris, Armand Colin, 57-70.
- Champy Florent, 2012b. « Grand résumé de Nouvelle théorie sociologique des professions, Paris, Presses universitaires de France, 2011 ». *SociologieS*. Consulté août 17, 2012 (<http://sociologies.revues.org/3922>).
- Champy Florent, 2012a [2009], *La sociologie des professions*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Champy Florent, 2011, *Nouvelle théorie sociologique des professions*, Paris, Presses universitaires de France.
- Champy Florent, 1998, *Les Architectes et la Commande publique*. Paris, Presses universitaires de France (Sociologies).
- Chapoulié Jean-Michel, 1991 « La seconde fondation de la sociologie française, les États-Unis et la classe ouvrière », *Revue française de sociologie*, 32 (3).
- Chapoulié Simone, 1998, « Une conférence d'Eliot Freidson », *Documents pour l'Enseignement Economique et Social*, n°114, 50-54.
- Chauvenet Antoinette, 1978, *Médecine au choix, médecine de classes*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Chauvenet Antoinette, 1974, « L'infirmière hospitalière, technicienne ou travailleur social », *Projet*, n° 90.
- Chauvin Karine, 1998, « La description instituée du vieillissement en termes de « dépendance » : un choix socio-économique influençant des étapes de la vieillesse », *Prévenir, Formes et Sens du vieillir*, n° 35/2, 55-62.
- Chouinard Maud-Christine *et al.*, 2015, « Utilisation d'un club de lecture comme méthode pédagogique pour favoriser l'appropriation des données probantes par des étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières », *Recherche en soins infirmiers* 2015/1 (N° 120), 35-46.
- Cicourel Aaron, 1979, *Sociologie cognitive*, traduit de l'anglais par Jeffrey et Martine Olson, Paris, Presses Universitaires de France.
- Clément Serge, 2003, « Le vieillissement avec le temps, et malgré le monde », *Empan*, n°52(4) : 14-22.

- Clément Serge, 1996, « L'aide informelle visible et invisible », in Aymé S., Henrard J.-C., Colvez A., Ravaut J.-F., Sabouraud O., Triomphe A. (Dir.), *Handicap et Vieillesse*, Paris, Éditions de l'INSERM : 197 - 204
- Clément Serge, Gagnon Éric, Rolland Christine, 2005, « Dynamiques familiales et configurations d'aide », in S. Clément et J.-P. Lavoie, *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Toulouse, Erès.
- Clément Serge, Mantovani Jean, 1999, « Les déprises en fin de parcours de vie », *Gérontologie et Société*, n°90, 95-108.
- Clément Serge, Mantovani Jean, Membrado Monique, 1996, « Vivre la ville à la vieillesse : se ménager et se risquer », *Les Annales de la Recherche Urbaine, Ville et Santé Publique*, n° 73, 90-98.
- Clément Serge, Mantovani Jean, Membrado Monique, 1995, « Vieillesse et espaces urbains. Modes de spatialisation et formes de déprise ». *Rapport pour le PirVilles*, CNRS.
- Clément Serge, Membrado Monique, 2010, « Expériences du vieillir : généalogie de la notion de déprise » in Carbonnelle Sylvie (Dir.), *Penser les vieillesse*, Paris, Seli Arslan : 109-128.
- Code de Santé Publique, Quatrième Partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, Titre Ier : Profession d'infirmier et d'infirmière, Règles professionnelles.
- Coenen-Huther Jacques, 2005, « Pouvoir, autorité, légitimité, En marge d'un livre récent d'Alain Renaut », *Revue européennes des sciences sociales*, XLIII-131, 135-145.
- Collerette Pierre, 2009, « Étude de Cas (Méthode des) », in Mucchielli Alex (Dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Paris, Armand Colin, 91- 94.
- Collière Marie-Françoise, 1982, *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Inter Éditions Masson.
- Com-Ruelle Laure, Dourgnon Paul, Midy Fabienne, 2002, *L'infirmière libérale et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*, CREDES - Août 2002.
- Conrad P., 1992, « Medicalization and Social control », *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Corbin Juliet M., Strauss Anselm Leonard, 1993, "The articulation of work through Interaction", *The Sociological Quarterly*, Vol. 34, N° 1 (Spring), 71-83.
- Corcuff Philippe, 2007, *Les nouvelles sociologies*, Paris, Armand Colin, Collection 128.

- Coudrot Alain, Coudrot Martine, 1971, « L'infirmière et sa profession, 1ère partie : l'engagement professionnel », Thèse de sociologie réalisée à partir de l'enquête sur « l'engagement professionnel » effectuée par l'Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômées d'État, Éditions de l'ANFFIDE, Paris, 117 p.
- Cour des Comptes, 2015, La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Septembre 2015, www.ccomptes.fr, 765 p.
- Cour des Comptes, 2005, Les personnes âgées dépendantes, Rapport au Président de la République, suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, Novembre 2005, www.ccomptes.fr, 429 p.
- Crawford Matthew B., 2010, *Éloge du carburateur. Essai sur le sens et la valeur du travail*, Paris, Éditions La Découverte.
- Cresson Geneviève, 1997, « La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? », *Sociétés Contemporaines*, n° 26, 45-65.
- Cresson Geneviève, 1995, *Le Travail Domestique de Santé, Analyse sociologique*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- Cresson Geneviève, Drulhe Marcel, Schweyer François-Xavier (dir.), 2003, *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Éditions ENSP.
- Cresson Geneviève, Schweyer François-Xavier, 2000, « L'étude du travail infirmier et organisation du travail : introduction », in Cresson G., Schweyer F.-X. (dir.), *Profession et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. Rennes, Éditions ENSP, 11-14.
- Cresson Geneviève (dir.), Metboul Mohamed (dir.) et al., 2010. , *Famille et Santé*, Rennes, Éditions E.H.E.S.P. Collection Recherche Santé Social.
- Crevier Marie, Couturier Yves et Morin Paul, 2010, « L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile : ouvertures et tensions dans la relation clinique », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 23, n° 1, 177-191.
- Croff Brigitte, 1998, « Les solidarités revisitées à l'occasion de la prise en charge d'une personne dépendante à son domicile », *Prévenir*, « Formes et sens du vieillir », n° 35, 2e semestre 1998, 177-185.
- Crozier Michel, Freidberg Erhard, 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.
- D' Onofrio Andreina, Gajo Laurent, Molina Maria Eugenia, 2004, « Langage et contexte : effets de construction dans divers services hospitaliers », in *Langue de l'hôpital, pratiques communicatives et pratiques de soins*, Cahiers de l'Institut de Linguistique et des Sciences du Langage, n° 16, numéro édité par Laurent Gajo, Université de Lausanne, 7-32.

- Dammame Aurélie, Paperman Patricia, 2010, « Enquête-à-domicile. Une ethnographie morale dans la perspective du care », in Payet Jean-Paul, Rostang Corinne, Giuliani Frédérique, *La relation d'enquête. La sociologie au défi des acteurs faibles*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 209 – 221.
- Datchary Caroline, Gaglio Gérald, 2014, « Hétérogénéité temporelle et activité de travail » Entre conflits et articulations, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2014/1 Vol. 8, n° 1, 1-22.
- Davis Fred, 1966, *The Nursing Profession*, Chicago, John Wiley.
- De Certeau Michel, 1990 (1980), *L'invention du quotidien, tome I : Arts de faire*, Paris, Gallimard.
- DeKeukelaere Camille, Kermarrec Gilles, Bossard Cyril, Pasco Denis, De Loor Pierre, 2013, « Formes, contenus et évolution du partage au sein d'une équipe de sport de haut niveau. », *Le travail humain* 3/2013 (Vol. 76), 227-255
- De Munck Jean, 2004, « Prendre au sérieux les négociations. », *Négociations* 1/2004 (no 1), 5-11.
- De Munck Jean, Verhoeven Marie, 1997, *Les mutations du rapport à la norme*, Bruxelles, De Boeck Université, Collection Ouvertures sociologiques.
- De Terssac Gilbert, 2006, « Pour une sociologie des activités professionnelles », in Bidet Alexandra, Borzeix Anni, Pillon Thierry, Rot Gwenaëlle, Vatin François, *Sociologie du travail et activité*, Octarès Éditions, Toulouse, 191-207.
- Dejours Christophe, 2009, « Entre inégalités individuelles et coopération collective : la question de l'autonomie », in Jouan Marlène et Laugier Sandra (Dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*, Paris, Presses Universitaires de France, 291-313.
- Delomel Marie-Annick, 1999, *La toilette dévoilée, Analyse d'une réalité et perspectives soignantes*, Paris, Seli Arslan.
- Demailly Lise, 2014, « Professionnalité », in Zawieja P. et Guarnieri F. (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Éditions du Seuil, 593-595.
- Demailly Lise, 2008, *Politiques de la relation, Approches sociologiques des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Lille, Presses universitaires du Septentrion.
- Demailly Lise, 2001, « Groupes professionnels et pilotage des politiques publiques », *Revue française des affaires sociales*, 2001/4 n° 4, 123-125.
- Demazière Didier, Gadéa Charles, 2009, *Sociologie des groupes professionnels, Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Éditions La Découverte.
- Devetter François-Xavier, Jany-Catrice Florence, Ribault Thierry, 2009, *Les services à la personne*, Paris, Éditions la Découverte, Collection Repères.

- Diebolt Evelyne, Fouché Nicole, 2011, *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938)*, Paris, Éditions Publibook Université.
- Direction de la Recherche, des Études, des Évaluations et de la Statistique (DREES), 2016, *Portrait des professionnels de santé*, Série Études et Recherche, n° 134, février 2016.
- Direction de la Recherche, des Études, des Évaluations et de la Statistique (DREES), 2010, *Les activités des Aides à domicile en 2008*, Document Études et Résultats, n° 741, octobre 2010.
- Direction de la Recherche, des Études, des Évaluations et de la Statistique (DREES), (Bertrand Dominique), 2010, « *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008* », Études et Résultats, n° 739, septembre 2010.
- Divay Sophie, 2012, « Être infirmière à l'école : « c'est faire un autre métier ! », *Sociologie Santé*, n° 35, 179-200.
- Divay Sophie, 2010, « Formes de résistance des soignantes face à la norme comportementale du care », Communication orale dans le cadre du colloque « *La dimension relationnelle des métiers de service : cache-sexe ou révélateur du genre ?* », Université de Lausanne (Suisse), 2-3 septembre 2010, Laboratoire de sociologie (LabSo) & Centre en Étude Genre LIEGE, en partenariat avec le Groupe de Recherche Européen MAGE (Marché du travail & genre), [cité avec l'autorisation de l'auteure].
- Dodier Nicolas, 1993, *L'expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Éditions Métailié.
- Dodier Nicolas, 1979, « Le travail d'accommodation des inspecteurs du travail en matière de sécurité », in Boltanski Luc et Thévenot Laurent, *Justesse et justice dans le travail*, Presses universitaires de France, Paris, 281-306.
- Dodier Nicolas, Baszanger Isabelle, 1997, « Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique », In: *Revue française de sociologie*, n°38-1, 37-66.
- Douquet Florence, 2014, « Les professionnels de la santé aux prises avec les pénibilités du travail de soin : le cas des infirmières salariées et libérales françaises », in Jacques Marquet, Nicolas Marquis et Nathalie Hubert (dir.). *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers : de la formation à la profession*, Academia editions, 347-364, [<hal-00943681>](#)
- Douquet Florence, 2004, « L'ajustement des normes mobilisées par les professionnels de santé à l'égard des personnes souffrant d'insuffisance rénale » in Schweyer François-Xavier, Pennec Simone, Cresson Geneviève, Bouchayer Françoise, 2004, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 185-195.
- Douquet Florence, Vilbrod Alain, 2008, « Le travail à domicile des infirmières libérales : rendre ou ne pas rendre service aux patients ? », in Douquet F. et Munoz J., *Santé au travail et travail de santé*, Rennes, EHESP, 143 - 152.

- Douguet Florence, Vilbrod Alain, 2007, *Le métier d'infirmière libérale. Portrait sociologique d'une profession en pleine mutation*, Paris, Seli Arslan.
- Drulhe Marcel, 2000, « Objets quotidiens, nouveautés techniques et vieillissement », *Informations Sociales*, n°88, 24-33.
- Drulhe Marcel, Clément Serge, Mantovani Jean, Membrado Monique, 2007, « L'expérience du voisinage : propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse », *Cahiers internationaux de sociologie* 2007/2, n° 123, 325-339.
- Dubar Claude, 2014, « Du temps aux temporalités : pour une conceptualisation multidisciplinaire », *Temporalités* [En ligne], 20 | 2014, mis en ligne le 24 février 2015.
- Dubar Claude, 2001, « Identités professionnelles : le temps du bricolage », *Sciences Humaines*, n° 114.
- Dubar Claude, 1999, « La sociologie des professions face à la médecine (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*. Volume 17, n°1, 35-39.
- Dubar Claude, 1991, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.
- Dubar Claude, Tripier Pierre, Boussard Valérie, 2011, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, Collection U (3^{ème} édition).
- Dubar Claude, Tripier Pierre, 1998, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, Collection U (1^{ère} édition).
- Dubet François, 2002, *Le déclin de l'institution*, Paris, Éditions du Seuil, collection L'épreuve des faits.
- Dubois Fresney C. et Perrin G., 2005 [1996], *Le métier d'infirmière en France, du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Que Sais-je ?
- Durkheim Émile, 2013 [1893], *De la division du travail social*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Eideliman Jean-Sébastien, Gojard Séverine, 2008, « La vie à domicile des personnes handicapées ou dépendantes : du besoin d'aide aux arrangements pratiques », *Retraite et société* 2008/1 (n° 53), 89-111.
- Elias Norbert, 1991, *La société des individus*, Paris, Fayard.
- Elias Norbert, 1976, « Introduction. Les relations entre établis et marginaux. Essai théorique », in Elias Norbert et Scotson John L., 2001, *Logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard, 33-87.
- Ennuyer Bernard, 2004, *Les malentendus de la dépendance – de l'incapacité au lien social*, Paris, Éditions Dunod.

- Etzioni Amitai, 1969, *The Semi-Professions and Their Organization, Teachers, Nurses and Social Workers*, New York, Free-Press.
- Fainzang Sylvie, 2006, *La Relation médecins/malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Fassin Didier, 1998, « Avant-Propos. Les politiques de la médicalisation », in Aïach Pierre, Delanoë Daniel, *L'ère de la médicalisation, Ecce Homo sanitas*, Paris, Economica, collection Anthropos, 1-13.
- Fassin Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Favret-Saada Jeanne, 1977, *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Paris, Gallimard.
- Favret-Saada Jeanne, Contreras Josée, 1981, *Corps pour corps. Enquête sur la sorcellerie dans le bocage*, Paris, Gallimard.
- Fédération Nationale des Infirmiers, 2012, *Horizon 2030, Vision pour les soins infirmiers ambulatoires*, édité par la Fédération Nationale des Infirmiers, Paris.
- Feldman Jacqueline, 2002, « Objectivité et subjectivité en science. Quelques aperçus », *Revue européenne des sciences sociales*, Tome XL, N° 124 : 85-130
- Fernandez Fabrice, 2005, « L'engagement émotionnel durant l'enquête sociologique : retour sur une observation « anonyme » auprès d'ex-usagers de drogue, *Carnets de Bord*, n°9, 78-87.
- Feroni Isabelle, 1994, « *Les infirmières hospitalières, la construction d'un groupe professionnel* », Thèse du Nouveau Doctorat de Sociologie, Université de Nice-Sophia Antipolis, UFR Lettres, Arts et Sciences Humaines, 474 p.
- Fery Lemonnier Élisabeth, 2014, « Les parcours, une nécessité », *Actualité et dossier en santé publique* (revue du Haut Conseil de la santé publique), n° 88, septembre 2014.
- Feyfant Véronique, 2014, « La prise en charge de la dépendance à domicile : le travail d'ajustements des infirmières libérales », in Pierre T., Fernandes A., Kessler-Bilthauer D., Megherbi S., Morales La Mura Q., *Autour du soin. Pratiques, représentations, épistémologie*, PUN - Éditions Universitaires de Lorraine, Nancy, 35-51.
- Feyfant Véronique, Sicot François, 2012, « Prendre soin : le care, entre éthique, politique et pratique médicale » <http://www.espacestems.net/>.
- Flexner Abraham, 1915, "Is social work a profession?", Proceedings of the National Conference of Charities and Correction, Chicago, Hildmann Printing Co.
- Foucault Michel, 1994, « L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté » (entretien avec H. Becker, R. Fornet-Bétancourt, A. Gomez-Müller, 20 janvier

- 1984), in *Dits et écrits, 1954-1988*, Tome IV, 1980-1988, Paris, Éditions Gallimard, 708-729.
- Foucault Michel, 1984a, *Histoire de la sexualité, 2. L'Usage des plaisirs*, Paris, Éditions Gallimard.
- Foucault Michel, 1984b, *Histoire de la sexualité, 3. Le souci de soi*, Paris, Éditions Gallimard.
- Fraenkel Béatrice, 2005a (2001), « La résistible ascension de l'écrit au travail » in Borzeix Anni, Fraenkel Béatrice, *Langage et Travail, Communication, Cognition, Action*. CNRS Éditions, Paris, 113-142.
- Fraenkel Béatrice, 2005b (2001), « Enquêter sur les écrits dans l'organisation » in Borzeix Anni, Fraenkel Béatrice, *Langage et travail, Communication, Cognition, Action*, CNRS Éditions, Paris, 231-261.
- Fraenkel Béatrice, 1993, « Les caractéristiques des écrits de travail », *Langage et Travail*, Cahiers n°6, 26 – 38.
- Franceschi Patrice, 2013, « Et si l'aventure, c'était l'esprit d'aventure? », in Guillebaud *et al.*, *L'aventure, pour quoi faire?*, Paris, Éditions Points.
- Freidson Eliot, 2001, "Professionalism, the Third Logic: on the Practice of Knowledge", The University of Chicago Press, Chicago.
- Freidson Eliot, 1984 [1970], *La profession médicale*, Paris, Payot (version originale: Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge, New York, Dodd, Mead and C°, 1970).
- Freidson Eliot, 1960, « Client control and medical practice », *American Journal of Sociology*, 65, 4, 374-382 – Traduction française « Influence du client sur l'exercice de la médecine », 225-238 in Herzlich Claudine, *Médecine, Maladie et Société*, Paris, École Pratique des Hautes Études, La Haye, Mouton, 1970.
- Frinault Thomas, 2005, « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, n° 72, 4, 11-31.
- Fusulier Bernard, Marquis Nicolas, 2009, « Transaction sociale et négociation : deux notions à articuler », *Négociations* 2009/2 (n° 12), 23-33.
- Fusulier Bernard, Marquis Nicolas, 2008, « La notion de transaction à l'épreuve du temps », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 39 (2), 3-21.
- Fusulier Bernard, 2005 "Négociations et transaction sociale. Note introductive", *Négociations*, n°3, 81-85.
- Gadrey J., 1994, « Les relations de service dans le secteur marchand » in J. de Bandt et J. Gadrey (éd.), *Relations de service, marchés de service*, Paris, Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique, 17-41.

- Gadrey J., De Bandt J., 1994, « De l'économie des services à l'économie des relations de service » in J. de Bandt et J. Gadrey (éd.), *Relations de service, marchés de service*, Paris, Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique, 11.
- Gagnon Éric, Saillant Francine, 2001, *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- Garrau Marie, Le Goff Alice, 2010, *Care, justice et dépendance*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Giami Alain, Moulin Pierre, Moreau Émilie, 2013, « La place de la sexualité dans le travail infirmier : l'érotisation de la relation de soins », *Sociologie du travail* 55 (2013), 20–38
- Gilligan Carol, 2008, *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Paris, Flammarion (1982, *In a Different Voice*, Cambridge, Harvard University Press ; 1986 : trad. fr. *Une si grande différence*, Paris, Flammarion).
- Glaser Barney, 1967, « La méthode comparative continue en analyse qualitative » (traduction par Nicolas Dodier), in Strauss Anselm, 1992, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, [Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger], Paris, Éditions L'Harmattan : 283-300.
- Glaser Barney, Strauss Anselm, 2016, *La conscience de la fin de vie*, Fribourg, Academic Press Fribourg, [Traduction de l'anglais *Awareness of Dying*, par Carolyne Grimard et Marc-Henry Soulet].
- Glaser Barney, Strauss Anselm, 2014, *Transitions statutaires : une théorie formelle*, Fribourg, Academic Press Fribourg, [Traduction de *Status Passage* par Carolyne Grimard, Kerralie Oeuvray et Marc-Henry Soulet].
- Glaser Barney, Strauss Anselm, 1967, *The discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*, Piscataway (New Jersey), Transaction Publishers, [Traduction française par M. H. Soulet, *La découverte de la théorie ancrée*, 203-220].
- Glaser Barney G., Strauss Anselm L., 1964, "Awareness Contexts and Social Interaction", *American Sociological Review*, Vol. 29, No. 5 (Oct., 1964), 669-679.
- Goffman Erving, 1988, *Les moments et leurs hommes*, textes recueillis et présentés par Yves Winkin, Paris, Éditions du Seuil/Minuit.
- Goffman Erving, 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*, (traduction de l'anglais par Alain Accardo), Paris, Éditions de Minuit.
- Goffman Erving, 1968, « La carrière morale du malade mental », in Goffman E., *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, (traduction de Liliane et Claude Lainé ; présentation, index et notes de Robert Castel), Paris, Éditions de Minuit : 179-225.

- Goode William J., 1966, "The Librarian : From Occupation to Profession? In Vollmer H. M. and Mills D. M. (eds), *Professionalization*, Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.
- Goode William J., 1957, "Community within a community: The professions", *American Sociological Review*, 22 : 194-200.
- Grosjean Michèle, 2005 (2001), « Verbal et non verbal dans le langage au travail », in Borzeix Anni, Fraenkel Béatrice, *Langage et Travail, Communication, Cognition, Action*, Paris, CNRS Éditions : 143 – 166.
- Grosjean Michèle, Lacoste Michèle, 1998, « L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du « tout écrit », *Sociologie du Travail*, n° 4, 439-461.
- Grosjean Michèle, Lacoste Michèle, 1999, *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Guérin Serge, 2010, *De l'État providence à l'État accompagnant*, Paris, Michalon.
- Guichard Charlotte, 2012, « La coquille au XVIII^{ème} siècle : un objet frontière ?, *Techniques & Culture*, Itinéraires de coquillages, n° 59, 150-163.
- Guichard-Claudic Yvonne, Kergoat Danièle, Vilbrod Alain, 2008, *L'inversion du genre. Quand les métiers se conjuguent au féminin. Et réciproquement*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Guillaume Stéphanie, Or Zeynep, 2016, « La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire », *Questions d'économie de la santé*, n° 214, Janvier 2016, Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Guillemette François, 2006, « L'approche de la *Grounded Theory* ; pour innover ? », *Recherches Qualitatives*, Vol. 26 (1), 32-50.
- Guyot Jean-Claude, 1997, « Une profession en quête de sens : les infirmières et les infirmiers », *Sociologie Santé*, n°17, Soins infirmiers, sens, non-sens d'une pratique, 104 - 116.
- Hamilton Anna, 1909, *Revue La garde –malade hospitalière*, 24-35.
- Hamon-Cholet Sylvie, 1998, « Les conditions de travail des non-salariés sont proches de celles des salariés », *Économie et Statistique*, n°319-320, 113-126.
- Hardy-Dubernet Anne-Chantal, 2002, « Des métiers traditionnels aux vrais métiers », in Piotet F. (Ed.), *La Révolution des métiers*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Le Lien Social.
- Hassenteufel Patrick, 1997, *Les Médecins face à l'État: une comparaison européenne*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

- Haut Comité consultatif de la population et de la famille, 1962, *Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque*, Paris, La Documentation Française.
- Hénaut Léonie, 2016, « à l'origine de la dynamique des professions. Interdépendance ou interactions ? », in Demazière Didier, Jouvenet Morgan (Dir.), *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, Tome 2 [version électronique], Paris, Éditions EHESS.
- Hennion Antoine, Vidal-Naquet Pierre, 2015, « Enfermer Maman », Épreuves et arrangements : le *care* comme éthique de situation », *Sciences Sociales et Santé*, 2015/3 (Vol. 33), 65-90.
- Henrard Jean-Claude, Ankri Joël, 2003, *Vieillesse. Grand âge et santé publique*, 2ème édition, Éditions de l'E.N.S.P., Rennes.
- Henrard Jean-Claude, Ankri Joël, 1994, « Médico-social », *Gérontologie et société*, n°71, 111-121.
- Honneth Axel, 2000 (1992), *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Éditions du Cerf.
- Hughes Everett C., 1996a, *Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulié*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Hughes Everett C., 1996 b, « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 115, décembre 1996. Les nouvelles formes de domination dans le travail (2). 94-99.
- Hughes Everett C., 1996c, « Pour étudier le travail infirmier » in *Le regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Éditions EHESS : 69-73.
- Hughes Everett C., 1958, *Men and their work*, New York, Glencoe.
- Imbert Françoise, 1992, « Coordination et Profession » in Kergoat Danièle, Imbert Françoise, Le Doaré Hélène, Sénotier Danièle (Dir.), *Les infirmières et leur coordination. 1988-1989*, Paris, Éditions Lamarre : 67-81.
- Institut national de la Santé et de la Recherche médicale, 2011, « Une ébauche de la sociologie des Travailleurs Indépendants », in Expertise collective, *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants* : 5-23.
- Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé, 2015, *Atlas des territoires pilotes Paerpa, Situation 2012*.
- Ion Jacques, Ravon Bertrand, 2005, « Institutions et dispositifs », in Ion Jacques (Dir), *Le Travail social en débat[s]*, Paris, Éditions la Découverte : 71-84.
- Ion Jacques, Ravon Bertrand, 2002, *Les travailleurs sociaux*, Paris, Éditions La Découverte.

- Jacques Béatrice, 2006, « La construction de la relation de confiance entre l'obstétricien hospitalier et la femme enceinte », *Archives Aquitaines de Recherche Sociale*, n° Spécial.
- Jaeger Marcel, 2007, *Guide du secteur social et médico-social, Professions, institutions, concepts*, Paris, Éditions Dunod.
- Joseph Isaac, 1998, *Erving Goffman et la microsociologie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Jourdain Anne, 2014, « Les reconversions professionnelles dans l'artisanat d'art » Du désengagement au réengagement, *Sociologies pratiques*, 2014/1 n° 28, 21-30.
- Juhel Brigitte, 1998, *L'aide-ménagère et la personne âgée, petites et grandes manœuvres autour d'un espace de vie à partager*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- Kaddouri Mokhtar, 2014, « Dynamiques identitaires et singularisation des parcours dans les transitions socioprofessionnelles. », Entretien avec Kaddouri Mokhtar, réalisé par Hinault Anne-Claude, *Sociologies pratiques* 1/2014 (n° 28), 15-18.
- Karpik Lucien, 2007, *L'économie des singularités*, Paris, Éditions Gallimard, collection « Bibliothèque des sciences humaines ».
- Karpik Lucien, 1995, *Les avocats. Entre l'État, le public, le marché. XIIIe-XXe siècle*, Paris, Éditions Gallimard.
- Kaufmann Jean-Claude, 2008 (1ère éd. 2007), *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, Collection 128, Série L'enquête et ses méthodes.
- Kaufmann Jean-Claude, 1997, « Le monde social des objets », *Sociétés contemporaines*, n°27, Autour d'Everett C. Hughes : 111-125.
- Keller P.-H.(Dir.), Pierret Janine (Dir.), 2000, *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*, Paris, Éditions Syros.
- Kergoat Danièle, Imbert Françoise, Le Doare Hélène, Senotier Danièle, 1992, *Les infirmières et leur coordination*, Paris, Éditions Lamarre.
- Knibiehler Yvonne, 1984a, « Un rendez-vous manqué: l'hygiène sociale », in Knibiehler Y. (dir.), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française. 1880-1980*, Paris, Éditions Hachette : 137-164.
- Knibiehler Yvonne, 1984 b, « La résistance des institutions », in Knibiehler Y. (dir.), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française. 1880-1980*, Paris, Éditions Hachette : 165-198.
- Kober Anémone, Feroni Isabelle, 1995, « L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande-Bretagne », *Sciences sociales et santé* 13(3) : 35-68.

- Kotobi Laurence, Bissières Colette, Boucau Jean-René, Niero Sandra, 2012, « Réforme et ‘Universitarisation’ de la formation infirmière : une expérience en cours », *Sociologie Santé*, n° 35, 217-233.
- Lacoste Michèle, 2005 (2001), « Quand communiquer c’est coordonner. Communication à l’hôpital et coordination des équipes » in Borzeix Anni, Fraenkel Béatrice, *Langage et Travail, Communication, Cognition, Action*. Paris, CNRS Éditions : 323-342.
- Laugier Sandra, 2011, « Care et perception. L’éthique comme attention au particulier » in Paperman P. et Laugier S., *Le souci des autres, éthique et politique du care*, nouvelle édition augmentée, (1ère édition 2005), Paris, Éditions de l’École des hautes études en sciences sociales : 359-393.
- Laval Christian, Ravon Bertrand, 2005, « Relation d’aide ou aide à la relation », in Ion (J.), *Le travail social en débats*, Paris, La Découverte : 235 – 250.
- Lavoie Jean-Pierre, Lessard D., Barylak L., Côté D., 2003, « Quand les services facilitent ou nuisent au pouvoir des aidantes familiales », *Canadian Journal on Aging / la revue canadienne du vieillissement*, n°22, Vol. 4, 381-394.
- Lechevalier-Hurard Lucie, 2015, *Être présent auprès des absents. Ethnographie de la spécialisation des pratiques professionnelles autour de la maladie d’Alzheimer en établissements d’hébergement pour personnes âgées*, Thèse de sociologie, sous la direction de Bertrand Pulman, Université de Paris 13 Nord.
- Lejeune Christophe, 2010, « Montrer, calculer, explorer, analyser. Ce que l’informatique fait (faire) à l’analyse qualitative », *Recherches qualitatives*, Collection Hors Série « Les Actes », n° 9, 15-32.
- Lepape Alain, 2007, « Qualité des soins, gestion des risques et infections nosocomiales », *Esprit* 2007/1 (Janvier), 88-97.
- Lépinard Eléonore, 2000, « Un travail à-côté : le rôle des soignants dans la division du travail sentimental », in Cresson G., Schweyer F.-X. (dir.), 2000, *Profession et institutions de santé face à l’organisation du travail. Aspects sociologiques*. Rennes, Éditions ENSP : 37- 45.
- Leroux-Hugon Véronique, 1992, *Les saintes laïques. Les infirmières à l’aube de la troisième république*, Paris, Sciences en situation.
- Leroux-Hugon Véronique, 1984, « Émergence de la profession », in Knibiehler Yvonne (Dir.), *Cornettes et blouses blanches, Les infirmières dans la société française, 1880 – 1980*, Paris, Hachette : 41-79.
- Lert France, 1996, « Le rôle propre peut-il fonder l’autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire) », *Sciences sociales et santé* 14(3) : 103-115.
- Levilain Hervé, 2014, « Ce que le soin peut dire. Périmètres et enjeux d’une sociologie du soin de longue durée », in Pierre T., Fernandes A., Kessler-Bilthauer D.,

- Megherbi S., Morales La Mura Q., *Autour du soin. Pratiques, représentations, épistémologie*, Nancy, PUN – Éditions Universitaires de Lorraine, 151-168.
- Levinson R., Mc Cranie E., Scambler G and Scambler A., 1995, "Physician authority and the autonomy of nurses and patients : attitudes of british and U.S. medical students", *Research in the Sociology of Health Care*, Vol. 12, 355-368.
- Longchamp Philippe, Toffel Kevin, Bühlmann Felix et Tawfik Amal, 2015-2016, « De la sociologie de l'innovation à l'imagination sociologique. La théorie des champs à l'épreuve de la profession infirmière », *Cahiers de recherche sociologique*, n°59-60, 135-156.
- Longuet Brigitte, 2010, « 33 propositions pour une nouvelle dynamique de l'activité libérale », *Rapport au Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi*.
- Lucas Championnière J., 1879, « Art. 11108 : Analyses critiques du Manuel pratique de la garde malade et de l'infirmière, publié sous la direction du Dr Bourneville », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques à l'usage des médecins praticiens*, tome 50ème, troisième série, Paris : 189-190.
- Magnon René, 1991, *1873-1937, Léonie Chaptal. La cause des infirmières*, Paris, Éditions Lamarre.
- Magnusson Annabella, Severinsson Elisabeth, Lützèn Kim, 2003, « Reconstruction mental healthnursing in home care », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 43, no 4, 351-359.
- Mantovani Jean, Rolland Christine, Andrieu Sandrine., 2008, « Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », *DREES, Série Études et Recherches*, Document de Travail n° 83 – novembre 2008.
- Mantovani Jean. 2003. « Politiques «globales» de la vieillesse et décentralisation? » *Empan* n°52(4) : 33-40.
- Mantovani Jean, Membrado Monique, 2000, « Expériences de la vieillesse et formes du vieillir », in *Vieillir : l'avancée en âge, Informations Sociales*, n°88, 10-17.
- Maraquin Carine, 2015, *Handicap : les pratiques professionnelles au domicile*, Paris, Dunod.
- Marchal Hervé, 2014, « Génération Y », in Zawieja P. et Guarnieri F. (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Éditions du Seuil : 333-334.
- Marquier Remy, 2010a, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », *Études et Résultats, DREES*, n°728, juin.
- Marquier Remy, 2010b, « Les activités des aides à domicile en 2008 », *Études et Résultats, DREES*, n°741, octobre.

- Martuccelli Danilo, 2015, « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », *Sociologie* 2015/1 (Vol. 6), 43-60.
- Martuccelli Danilo, 2006, *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Éditions Armand Colin.
- Martuccelli Danilo, 2002, *Grammaires de l'individu*, Paris, Gallimard.
- Mebtoul Mohamed, 2004, « Déconstruction des normes professionnelles et discours de « victimisation » des acteurs de la santé (Algérie) », in Schweyer François-Xavier, Pennec Simone, Cresson Geneviève, Bouchayer Françoise, *Normes et valeurs dans champ de la santé*, Rennes, Éditions de l'ENSP : 135-150.
- Meidani Anastasia, Membrado Monique, 2011, « Vieillesse et vieillissement : quels enjeux de santé ? », in Drulhe Marcel et Sicot François (Dir.), *La santé à cœur ouvert*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail : 231-254.
- Membrado Monique, 2013, « Le genre et le vieillissement : regard sur la littérature », *Recherches féministes*, vol. 26, n° 2, 2013 : 5-24
- Membrado Monique, 2010, « Genre et Care : s'occuper des autres », *communication du 27 janvier 2010* pour l'association FRISSE (Femmes, Réductions des risques et sexualités), Paris
- Membrado Monique, 2003. « Les formes du voisinage à la vieillesse ». *Empan* n°52(4) : 100-106.
- Membrado Monique, Vezina Jean, Andrieu Sandrine, Goulet Virginie, 2005, « Définitions de l'aide : des experts aux « profanes » in Clément S. et Lavoie J.-P. (dir), *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Ramonville, Erès : 85-136.
- Mercadier Catherine, 2013, « Les professionnels du soin et la laïcité », *Empan*, 2013/2 n° 90, 39-42.
- Mercadier Catherine, 2002, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Paris, Seli Arslan.
- Merton Robert King, 1957, *The Student Physician, Introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge, Harvard University Press.
- Mintzberg Henry, 1990, *Le Management : voyage au centre des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation.
- Mol Annemarie, 2009, *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, Paris, Presses des Mines.
- Molinier Pascale, 2013, *Le travail du care*, Paris, Éditions La Dispute.

- Molinier Pascale, 2009, « Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? Les aléas de la « bonne distance », *Temporalités*, N° 9, p. 1 – 16.
- Morel Stanislas, 2016, «Au(x) cœur(s) des professions. Penser le rapport des professions à l'hétéronomie avec Abbott et Bourdieu», in Demazière Didier, Jouvenet Morgan, 2016, *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, Paris, Éditions EHESS : 315-334.
- Morrisette Joëlle, 2011, « Vers un cadre d'analyse interactionniste des pratiques professionnelles », *Recherches Qualitatives*, – Vol. 30(1), De l'usage des perspectives interactionnistes en recherche, 10-32.
- Mozère Liane, 2004, « Le «souci de soi» chez Foucault et le souci dans une éthique politique du care. » *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines* (13-14). Consulté mars 13, 2013
- Nahon Sandra, 2015, « *La formation aux professions sociales en 2013* », Document de Travail, Série Statistiques, n° 193, janvier.
- Nisbet Robert A., 1993 (1984), *La tradition sociologique*, Presses Universitaires de France, collection Quadriges, Traduction de *The Sociological Tradition*, Basic Books, Inc., Publishers, New York, 1966.
- Ogg Jim, Renaut Sylvie, Hillcoat Nallétamby Sarah, Bonvalet Catherine, 2013, « Vieillir chez soi : une comparaison franco-britannique des adaptations de l'habitat et du logement » in Membrado Monique et Rouyer Alice (Dirs), *Habiter et vieillir, Vers de nouvelles demeures*, Toulouse, Éditions Erès.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre, 2000, « Le « je » méthodologique, implication et explicitation dans l'enquête de terrain », *Revue française de sociologie*, Vol. 41, N° 3, 417-445.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre, 1998, « *Emique* », *L'Homme*, n° 147, 151-166.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, 1995, « La politique du terrain », Enquête [En ligne], 1 | 1995, mis en ligne le 08 janvier 2007.
- Orem Dorothy, 1971, *Nursing : Concepts of practice*, New York, Mc Graw-Hill.
- Paicheler Geneviève, 1995, « Présentation. Les professions de soins : territoires et empiètements », *Sciences sociales et santé*. Volume 13, n°3, 5-10.
- Paillé Pierre, 2011, « Les conditions de l'analyse qualitative ». *SociologieS*. La recherche en actes, Champs de recherche et enjeux de terrain, mis en ligne le 06 juillet 2011.
- Paperman Patricia, Laugier Sandra, 2011, *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

- Parsons Talcott, 1951, « Social structure and Dynamic structure : the case of Modern Medical Practice », *The social system*, Free Press of Glencoe : 428-479.
- Parsons Talcott, 1939, « The professions and the social structure », *Essay in Sociological theory*, New York, Free Press : 34-49, [traduit dans *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1963].
- Passeron Jean Claude, 2004, « Écrire, réécrire et dire vrai en sociologie », Préface, in Becker Howard, *Écrire les Sciences Sociales, Commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*, Paris, Éditions Économica : VII-XXV.
- Passeron Jean-Claude, 1970, « Présentation », in Hoggart Richard, *La culture du pauvre*, Paris, Éditions de Minuit.
- Pelisse Jérôme, 2011, « Temps » In A. Bevort et al., *Dictionnaire du travail*, Paris, Presses Universitaires de France : 786-791.
- Pennec Simone, 2012, « Les solidarités pratiques du soin au grand âge : entre inégalités familiales et précarité professionnelle », Le Borgne-Uguen F., Rebourd M., *L'entraide familiale. Régulations juridiques et sociales*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, Collection « Des Sociétés » : 255-279.
- Pennec Simone, 2000, « Les rapports sociaux d'usage entre les personnes dépendantes vivant à domicile, leurs proches et les services professionnels », in Cresson G., Schweyer F.-X., *Les usagers du système de Soins*, Rennes, ENSP : 91-108.
- Peneff Jean, 2005, *La France malade de ses médecins*, Paris, Le Seuil.
- Peneff Jean, 1992, *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*, Paris, Métailié.
- Perelman Chaïm, 1989, *Rhétoriques*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Perrenoud Marc, 2013, « Introduction », in Perrenoud M. (Dir.), *Les mondes pluriels de Howard S. Becker, Travail sociologique et sociologie du travail*, Paris, Éditions La Découverte, collection Recherches : 5-8.
- Petitot André, 1989, « *Les infirmières, de la vocation à la profession* », Montréal, Boréal.
- Petitot André, 1994, « La profession infirmière » in Aïach Pierre, Fassin Didier *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos : 227-259.
- Peto Danièle, Remy Jean, Van Campenhoudt Luc, Hubert Michel, 1992, *Sida, l'amour face à la peur*, Paris, L'Harmattan.
- Picot Geneviève, 2005, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable », *Revue française des affaires sociales* n°1(1) : 83-100.

- Pinell Patrice, 2009, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 2009/2 Vol. 50, 315-349.
- Piotet Françoise, 2011, « Autonomie et dépendance des indépendants », in Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale, Expertise collective, *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants*, 423-434.
- Platt Jennifer, 2003, « La première vague de l'école de Chicago, le mythe des données de première main » in Cefaï Daniel, 2003, *L'enquête de terrain*, Paris, Éditions la Découverte : 139-161.
- Pochic Sophie, Guillaume Cécile, 2009, « Les attendus implicites de la carrière : usages et mises en forme de la vie privée dans une grande entreprise française » in Berrebi-Hoffman Isabelle (Dir.), *Politiques de l'intime. Des utopies sociales d'hier aux mondes du travail d'aujourd'hui*, Paris, La Découverte : 145-167.
- Pols Jeannette, 2006, "Washing the citizen : washing, cleanliness and citizenship in mental health care", in *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol 30, n°1, 77-104.
- Prevost Anne-Marie, 1982, *Réflexions sur l'enseignement infirmier 1870-1918*, Thèse pour le doctorat de médecine, Marseille
- Pruvost Geneviève, 2016, « Quand l'arène des proches s'invite à la table du système des professions. Coopération et coalitions hybrides en écoconstruction » in Demazière Didier et Jouvenet Morgan, *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, Paris, Éditions de l'EHESS : 335-354.
- Rajablat Marie, 2003 [1999], *La toilette, Voyage au cœur du soin*, Paris, Éditions Masson.
- Rapelli Stéphane, 2011, « Travailleurs indépendants : des normes aux faits », in Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale, Expertise collective, *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants*, 397-413.
- Ravon Bertrand, 2012a, « Une tradition de l'alternative, entre recherche et professionnalité : l'exemple d'ANACIS, master 2 pro de sociologie pour des professionnels du travail social », *Tracés. Revue de Sciences Humaines-Hors-série* 2012. À quoi servent les sciences humaines (IV), fin de partie.
- Ravon Bertrand, 2012b, « Refaire parler le métier. Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordage », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 14, 99-113.
- Ravon Bertrand, 2010, « Travail social, souci de l'action publique et épreuves de professionnalité », *Actes du colloque international* (Felix C., Tardif J., éd.), « Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance », Nice 4-5 juin 2009, Conférence inaugurale | mis en ligne le 01 octobre 2010.
- Ravon Bertrand, 2009, « Repenser l'usure professionnelle », *Informations sociales*, n° 152, Travail social : les nouveaux enjeux, 60-68.

- Ravon Bertrand, 2008, « Comment traverser les épreuves du travail social : quelques tensions à l'œuvre dans le champ de la santé mentale », *Les cahiers de Rhizome : Prendre soin de la professionnalité*, n° 33, décembre, 48-51.
- Ravon Bertrand (Dir.), Decrop Geneviève, Ion Jacques, Laval Christian et Vidal-Naquet Pierre, 2008, *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'actions contradictoires*, Recherche pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Ministère de la santé et des solidarités – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- Ravon Bertrand, Vidal-Naquet Pierre, 2016, « L'épreuve de professionnalité : de la dynamique d'usure à la dynamique réflexive », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité, mis en ligne le 16 juin 2016, consulté le 18 juillet 2016.
- Ravon Bertrand, Vidal-Naquet Pierre, 2014, « Épreuve de professionnalité », in Zawieja P. et Guarnieri F. (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Éditions du Seuil : 268-272.
- Rebérioux Antoine, Bien Franck, 2002, « La relation médecin-patient : quelques éléments d'analyse à partir de la théorie des contrats » in Béjean Sophie et Peyron Christine (Dirs), *Santé, Règles et Rationalités*, Paris, Éditions Économica.
- Rémy Jean, 1994, « La Transaction : de la notion heuristique au paradigme méthodologique », in Rémy Jean, Blanc Maurice, Mormont Jean, Rémy Jean, Storrie Tom, 1994, *Vie quotidienne et Démocratie. Pour une sociologie de la transaction sociale (suite)*, Paris, Éditions L'Harmattan : 293-319.
- Ribes François, 2000a (1995), « Libéralisme » in Baraquin *et al.*, *Dictionnaire de philosophie*, Paris, Armand Colin : 170.
- Ribes François, 2000b (1995), « Liberté » in Baraquin *et al.*, *Dictionnaire de philosophie*, Paris, Armand Colin : 171.
- Ricoeur Paul, 2001, *Le Juste 2*, Paris, Esprit.
- Ricoeur Paul, 1996, « Les trois niveaux de jugement médical », *Esprit*, n° 227, Décembre 1996 : 21-33.
- Rioujol M-O., 2004, *L'observation aide-soignante : une collaboration à la démarche de soins et au diagnostic infirmier*, Paris, Masson.
- Rolle Valérie, 2013, « Étudier un métier à travers la diversité de ses savoirs pratiques. Le cas des tatoueurs », dans Perrenoud Marc (Dir.), *Les mondes pluriels de Howard S. Becker*, Paris, Éditions La Découverte : 67- 83.

- Rosa Hartmut, 2013, *Accélération : Une critique sociale du temps* [« Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne »], Paris, Éditions La Découverte.
- Rosanvallon Pierre, 2011, *La société des égaux*, Paris, Éditions Points.
- Rot Gwenaële, Borzeix Anni, Demazière Didier, 2014, « Introduction. Ce que les écrits font au travail », *Sociologie du Travail* n°56 (4), 4-15.
- Roynier Céline, 2015, « Les professionnels de santé en Europe : contribution à une définition unitaire », *Les Tribunes de la santé* 2015/3 (n° 48), 33-38.
- Safon Marie-Odile, 2008, « Résumé de Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé » (2003), de Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.X., dans *Documentation de l'Irdes* - <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/index.htm> 169www.irdes.fr Soins de santé primaire - les pratiques professionnelles en France et à l'étranger, Novembre 09.
- Saillant Francine, 2000, « Identité, invisibilité sociale et altérité : expérience et théorie anthropologique au cœur des soins », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 24, n° 1, 155-172.
- Saillant Francine, 1999, « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, n° 2, 15-39.
- Saillant Francine, 1992, « La part des femmes dans les soins de santé », *Revue Internationale d'Action Communautaire*, Prendre soin. Liens sociaux et médiations institutionnelles, n° spécial 28/66, 95-106.
- Saint Martin, Corinne, 2014, « Parcours de professionnalisation des étudiant-e-s en formation : regard sociologique », *Empan*, n°95, 49-55.
- Saliba Jacques, 1994, « Les paradigmes des professions de santé » in Aïach et Fassin, *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Éditions Anthropos : 43-85.
- Saliba Jacques, 1993, « Histoire d'une vocation », in Saliba J., Bon Saliba B., Ouvry-Vial B., *Les infirmières, ni nonnes, ni bonnes*, Paris, Éditions Syros : 9-86.
- Saliba Jacques, Bon-Saliba Brigitte, Ouvry-Vial B., 1993, *Les Infirmières, ni nonnes, ni bonnes*, Paris, Éditions Syros.
- Sarradon-Eck Aline, 2008, « Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique », *ethnographiques.org*, [en ligne]. <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck.html>.
- Savatier Jean, 1946, *L'étude juridique de la profession libérale*, Thèse de Droit Social, Faculté de Droit et de Sciences Sociales de Poitiers.

- Schurmans Marie-Noëlle, 2010, « La socialisation professionnelle du sociologue », in Payet Jean-Paul, Rostang Corinne, Giuliani Frédérique, *La relation d'enquête. La sociologie au défi des acteurs faibles*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 97-110.
- Schütz A., 1967, *Phenomenology of the Social World*, Evanston IL., Northwestern University Press.
- Schweyer François-Xavier, 2012, « Extension du marché du travail ou création d'un segment professionnel ? À propos des infirmières de santé publique », *Sociologie Santé*, n° 35, 135-154.
- Schweyer François-Xavier, 2004, « La transformation des normes professionnelles des médecins hospitaliers », in Schweyer François-Xavier, Pennecc Simone, Cresson Geneviève, Bouchayer Françoise, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions de l'ENSP : 119-134.
- Schweyer François-Xavier, Pennecc Simone, Cresson Geneviève, Bouchayer Françoise, 2004, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions de l'ENSP.
- Serfaty-Garzon Perla, 2010, « Temporalités intimes : le chez-soi de la vieillesse », *Enfances, Familles, Générations*, n° 13, 36-58.
- Serfaty-Garzon Perla, 2003, *Chez soi, les territoires de l'intimité*, Paris, Armand Colin.
- Sicart Daniel, 2014, « Les professions de santé au 1er janvier 2014 », *DREES, Documents de Travail, série statistiques*, n°189, juin.
- Simmel Georg, 1908, *Sociologie, Études sur les formes de la socialisation*, [traduit en français, 1999], Paris, Presses Universitaires de France.
- Sinigaglia-Amadio Sabrina, Sinigaglia Jérémy, 2015, « Tempo de la vie d'artiste : genre et concurrence des temps professionnels et domestiques », *Cahiers du Genre*, 2015/2 (n° 59), 195-215.
- Soulet Marc-Henry, 2016, « Le travail social, une activité d'auto-conception professionnelle en situation d'incertitude », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité, mis en ligne le 16 juin 2016, consulté le 11 juillet 2016.
- Soulet Marc-Henry, 2013, « La substance de la méthode. Commentaires sur Le Travail Sociologique. Méthode et substance » in Perrenoud M. (Dir.), *Les mondes pluriels de Howard S. Becker, Travail sociologique et sociologie du travail*, Paris, Édition La Découverte, collection Recherches : 199-206.
- Soulet Marc-Henry, 2011, « Changer de vie – Changer sa vie » in Soulet Marc-Henry (éd.), *Changer de vie. Un problème social*, Fribourg, Academic Press Fribourg : 9-14.

- Soulet Marc-Henry, 2010, « Pourquoi traduire the Discovery of Grounded Theory ? » in Glaser Barney, Strauss Anselm, 1967, *The discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*, Transaction Publishers, Piscataway, New Jersey, traduction française par M. H. Soulet, *La découverte de la théorie ancrée*, Paris, Armand Colin : 5-21.
- Star S.L., Griesemer J., 1989, “Institutional ecology, ‘Translations’, and Boundary objects: amateurs and professionals on Berkeley’s museum of vertebrate zoologie”, *Social Studies of Science*, 19(3) : 387-420.
- Strauss Anselm Leonard, 2006, « Comment les compromis se négocient selon les contextes d'ordres sociaux », [« Negotiating Compromises within Social Orders »], *Negotiations : Varieties, Contexts, Processes and Social Order*, Jossey-Bass, San Francisco, 1978, (trad. Milburn P., Gindis D.), *Négociations*, 2006/1 no 5, 133-154.
- Strauss Anselm Leonard, 1994, « L’influence réciproque de la routine et de la non-routine dans l’action », in *L’art de la recherche. Essais en l’honneur de R. Moulin*, Paris, La documentation française.
- Strauss Anselm Leonard, 1992a, *La trame de la négociation*, Paris, Éditions L’Harmattan.
- Strauss Anselm Leonard, 1992b [1989], *Miroirs et Masques*, Paris, Éditions Métailié
- Strauss Anselm Leonard, 1978, *Negotiations : Varieties, Contexts, Processes and Social Order*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Strauss Anselm Leonard, Corbin Juliet, 2003, « L’analyse de données selon la *Grounded Theory*. Procédures de codage et critères d’évaluation » [Traduction par Daniel Cefaï], in Cefaï Daniel, *L’enquête de terrain*, Paris, Éditions La Découverte : 363-379.
- Streicher Frédérique, 2014, « Régimes organisationnels de gestion et configuration servicielles de mobilisation. La réorganisation hybride de services à domicile lorrains et luxembourgeois », in Higelé Jean-Pascal et Lhuillier Vincent (Dir.), *L’économie sociale et solidaire face aux défis de l’innovation sociale et du changement de société*, Nancy, PUN Presses Universitaires de Lorraine : 177-201.
- Tabuteau Didier, 2013, *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- Tanguy Lucie, 2001, « Questions sur le travail du sociologue », in Pouchet Amélie (Coord), *Sociologie du travail, 40 ans après*, Paris, Elsevier : 325-334.
- Tripier Pierre, 2011, « Les spécificités des professions libérales », Compte-Rendu d’une Table ronde organisée dans le cadre des Premières Rencontres de la Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d’Assurance Vieillesse, 9 février 2011.

- Trompette Pascale et Vinck Dominique, 2009, « Retour sur la notion d'objet-frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2009/1 Vol. 3, n° 1, 5-27.
- Ughetto Pascal, 2013. « L'enjeu paradigmatique de la relation de service au sein de la sociologie du travail ». *La nouvelle revue du travail* (2). Consulté septembre 9, 2013 (http://nrt.revues.org_gate3.inist.fr/726).
- Valette Myriam, Membrado Monique, 2004, « Femmes aidantes et santé ». *Livre blanc de l'aide aux aidants*. Étude régionale de santé, Association Régionale des Organismes de Mutualité Sociale Agricole de Midi-Pyrénées, pour le compte de la DRASS Midi-Pyrénées et avec le concours de la CRAM, Toulouse.
- Védélago François, 1997, « Le sentiment de l'absurde dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales », *Sociologie Santé*, n°17, Soins infirmiers, sens, non sens, d'une pratique, 28-47.
- Véga Anne, 2000, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.
- Véga Anne, 1997, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé* 15(3) : 103-132.
- Véga Anne, 1993, « La crise identitaire des infirmières hospitalières », *La Pensée*, 291 : 59-81.
- Vézina Aline, Membrado Monique, 2005, « Les demandes d'aide et de soins à l'extérieur de la famille. Un travail de négociation et de gestion des ressources », in S. Clément et J.-P. Lavoie (dir), *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Ramonville, Erès : 187-243.
- Vézinat Nadège, 2010, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009), *Sociologie* [En ligne], N°3, vol. 1, mis en ligne le 28 octobre 2015.
- Vidal-Naquet Pierre, 2013a, « Ethnographie de la prise de médicament à domicile. À l'interface du sanitaire et du social », *Le Sociographe*, n° 42, juin, 11-20.
- Vilbrod Alain, 2012, « Les infirmières libérales et la délicate question des toilettes », dans Le Bodic Cédric, Hardy Anne Chantal, *Prescrire, Proscrire, enjeux non médicaux dans le champ de la santé*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Vilbrod Alain, 2006, « Infirmière libérale : l'histoire longue d'un métier encore mal configuré », *Les Cahiers de l'Atelier de Recherche Sociologique*, Université de Bretagne Ouest, n° 3, décembre.
- Vilbrod Alain, 2004, Infirmiers libéraux et médecins généralistes : dits et non-dits d'une coopération sous tension, in Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.-X.

(dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Éditions ENSP, 153-164.

Vilbrod Alain, Douguet Florence, 2012, « Exercer en cabinet libéral : un pas à franchir », *Sociologie Santé*, n° 35, 115-134.

Vilbrod Alain, Douguet Florence, 2007, Les infirmières libérales et les autres professionnels du secteur sanitaire et social : une coopération jamais acquise, toujours à construire et à reconstruire, *Solidarité et santé*, hors-série, DREES, 51-64.

Vilbrod Alain, Douguet Florence, (avec la collaboration de Sonia Lefeuvre et de Nadège Le Minoux), 2006, « *Le métier d'infirmière libérale, Tome 1* », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES –série Études, Document de Travail, n° 58.

Vilbrod Alain, Douguet Florence, (avec la collaboration de Sonia Lefeuvre et de Nadège Le Minoux), 2006, « *Le métier d'infirmière libérale, Tome 2* », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES –série Études, Document de Travail, n° 58.

Vinck Dominique, 2009, « De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière ». Vers la prise en compte du travail d'équipement, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2009/1 Vol. 3, n° 1, 51-72.

Voisin C., Faugère J.-P., 1981, *Les emplois hospitaliers*, Paris, Économisa.

Vrancken Didier, 2012, « Le travail social serait-il devenu une profession ? Quand la « prudence » s'invite au cœur d'un vieux débat », *Pensée plurielle*, 2012/2 n° 30-31, 27-36.

Weber Florence, Trabut Loïc, Billaud Solène (Dir.), 2014, *Le salaire de la confiance, l'aide à domicile aujourd'hui*, Paris, Éditions Rue d'Ulm.

Weber Florence, 2002, « Forme de l'échange, circulation des objets et relations entre les personnes », *Hypothèses* 2002/1 (5), 287-298.

Weber Florence, 1989, *Le travail à côté, Étude d'ethnographie ouvrière*, Paris, Éditions INRA/EHESS.

Weber Florence, Ténédos Julien, 2006, *L'économie domestique, entretien avec Florence Weber, Ethnographie du quotidien, 1ère partie*, Paris, Éditions Aux lieux d'Être.

Weber Max, 1995 (1971), *Économie et société*, (traduction de *Wirtschaft und Gesellschaft*, 1956, Tübingen, Mohr), Paris, Plon.

Weber Max, 1969, *Le savant et le politique*, (traduction de Julien Freund, introduction de Raymond Aron), Paris, Plon.

Wenner Micheline, 1988, *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?*, Paris, Éditions Lamarre Poinat, Collection « Recherche Infirmière ».

Wierink Marie, 2009, « Horlogerie fine », *Informations Sociales*, n° 153, Temps sociaux, concordances et discordances, 4-7.

Yanaprasart Patchareerat, 2004, « Échanges verbaux dans la coaction médicale aux soins à domicile », *Cahiers de l'Institut Linguistique et des Sciences du Langage*, n° 16 Langue de l'hôpital, pratiques communicatives et pratiques de soins, Université de Lausanne, 61-83.

Zelizer Viviana, 2001, "Transactions intimes : monétarisation des services et intimité peuvent cohabiter", *Genèses*, n°42, 121-144.

Émissions radiophoniques :

France Culture, « Le gai savoir », par Raphaël Enthoven, *Aristote, sur la prudence*, 1^{er} février 2015

Vidéo / Diaporama :

Diaporama : CNAMTS/DDGOS/DOS/DPROF, Avril 2011 : « Enquête sur le contenu des actes AIS réalisés par les infirmiers libéraux ».

Vidéo du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *Marisol Touraine s'adresse aux infirmières libérales du SNIIL*, diffusée dans le cadre du congrès du SNIIL, Toulouse, 9 octobre 2013.

Sites internet :

Site du ministère en charge des Affaires Sociales et de la Santé : <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr96>

Site « infirmier.com » : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere>

Site de l'IRDES : <http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>.

Tables

Encadrés

Encadré n° 1: Jean ou l'histoire de la toilette qui se termine en perfusion	234
Encadré n° 2: Appui théorique et Méthodologie d'analyse d'un corpus d'écrits inattendu inattendu	316

Tableau

Tableau n° 1 : Les exécutants de la toilette selon la catégorie de soins et la présence de la famille	260
--	-----

Cartes

Carte n°1 Le territoire des infirmières libérales et le plateau de Campagne	341
Carte n°2 Le territoire des infirmières libérales, les cantons et les sièges des SSIAD	347
Carte n°3 Le territoire des infirmières libérales divisé par quatre territoires ADMR	349

Carte n°4 Le territoire des infirmières libérales divisé par deux Territoires d'Action Sociale	351
Carte n°5 Le territoire des infirmières libérales divisé par celui du Pôle.....	353
Carte n° 6 : Superposition de quelques territoires d'intervention sociale ou médico-sociale sur le territoire d'intervention des infirmières libérales de Campagne	354

Annexes

Annexe 1 : Liste des enquêtés

Annexe 2 : Grilles d'entretien

2.1 : avec les professionnels

2.2 : avec les personnes qualifiées de dépendantes

2.3 : avec les familles

Annexe 3 : Grille d'observation

Annexe 4 : « Analyses critiques du Manuel pratique de la Garde Malade et de l'Infirmière » (1879)

Annexe 5 : Cerfa 12103*01 Démarche de Soins Infirmiers

Annexe 6 : Diagramme de soins

Annexe 7 : Grille d'analyse des écrits professionnels

Annexe 1 : Liste des enquêtés (n= 53)

	Infirmières Libérales	Lieu d'Activité	Âge	Dates diplômes Infirmières	Ancienneté en libéral
1	Marie Pierre	Rural	48	DE 1986	1986
2	Pauline	Rural	41	DE 1992	1997
3	Sabine	Rural	38	DE 1995	2006
4	Irène	Rural	48	DE 1984	2000
5	Sylvie	Ville-Centre	50	DE 1985	1985
6	Corinne	Ville-Centre	49	DE 1985	1988
7	Annabelle	Ville-Fleuve	45	DE 1992	1992
8	Jean Bernard	Ville-Sud	28	DE 2007	2011
9	Huguette	Ville-Est	55	DE 1979	1979
10	Sheila	Ville-Nord	30	DE 2002	2009
11	Denis	Ville-Nord	54	DE 1982	1991
12	Inf. Lib Test 1	Test Rural	---	---	---
13	Inf. Lib Test 2	Test Rural	---	---	---

	Personnes Qualifiées de Dépendantes	Lieu de Résidence	Âge
1	Antoine	Rural	87
2	Gustave	Rural	86
3	Jean	Rural	95
4	Jean François	Rural	98
5	Honorine	Rural	92
6	Mercédès	Rural	88
7	Mr Parquet	Ville-Centre	78
8	Mr Résidence	Ville-Centre	76
9	Mr Roumigières	Ville-Centre	61
10	Mme Fidèle	Ville-Centre	82
11	Mme Couture	Ville-Centre	86
12	Melle Baptiste	Ville-Sud	28
13	Ingrid	Ville-Nord	50

	Aides-Soignantes	Lieu d'Activité	Âge
1	Marie	Rural	51
2	Aline	Ville-Centre	53
1	Resp Mme Charbon	Ville-Centre	47
2	Resp Mmes Thais	Rural	49

	Aides à Domicile	Lieu d'Activité	Âge
1	Ginette	Rural	55
2	Emeline	Rural	44
3	Bernadette	Ville-Centre	55
4	Marie	Ville-Centre	58
5	Anne	Ville-Centre	59
1	Resp Mme Costes	Ville-Centre	54

Liste des enquêtés (suite)

	Ergothérapeute	Lieu d'Activité	Âge
1	Clémence	Ville-Nord	30

	Auxiliaires de Vie Sociale	Lieu d'Activité	Âge
1	Nina	Rural	39
2	Béatrice	Rural	44
3	Katia	Ville-Nord	34
4	Christine	Ville-Sud	32

	Familles	Lien familial	Âge
1	Magguy	Nièce Jean	56
2	Odile	Fille Honorine	67
3	Aimée	Epouse Gustave	79
4	Georgette	Fille Jean François	68
5	Nièce de Mercédès	Nièce Mercédès	45
6	Frère de Mercédès	Frère de Mercédès	86

	Centre de Soins	Lieu d'Activité	Âge
1	Mme Berthe	Rural (explo)	48
2	Centre	Ville (explo)	56

	Entreprise de Services	Lieu d'Activité	Âge
1	Resp Mr Lefaire	Ville-Centre	58

	Bénévole ADMR	Lieu d'Activité	Âge
1	Mme Touat	Rural	67

	Pôle Géronto	Lieu d'Activité	Âge
1	Mme Pré	Rural	31

	APF	Lieu d'Activité	Âge
1	Mme Pasteur	Ville (explo)	---

Annexe 2.1 : Grille d'entretien avec les professionnels

Le but de cet entretien est d'obtenir de quoi décrire, à partir du cas envisagé, Mr. X ou Mme Y, ce qui se passe le plus précisément possible à son domicile, les actes qui y sont posés et le contexte dans lequel ces actes s'inscrivent.

1 - Description de la Prise en Charge

- Pouvez-vous me décrire la prise en charge de ce patient sur la semaine ?
- Quelles sont les tâches qui sont effectuées chez lui ?
- Qui intervient chez lui ? (Liste des intervenants)
- On a parlé de tout le monde : des réguliers, des ponctuels ?
- Qui fait quoi ?
- Pourquoi comme ça ? Comment les choses se sont décidées ?
- Le plan d'aide : comment il se met en place ? Est-ce qu'il s'est transformé au fil du temps ?
- Depuis quand connaissez vous M ... ? Comment l'avez-vous connu ?

2 - Choisir une tâche :

- Maintenant, je vous propose de nous arrêter sur une tâche particulière qui est faite dans le cadre de la prise en charge de M..... Par exemple :
 - Toilette
 - Distribution médicamenteuse
 - Relations avec la famille
 - ...
- Pouvez-vous me décrire précisément cette tâche ?
- Qui la fait ?
- Pourquoi cette personne ? Pourquoi pas une autre ?
- Qu'est-ce que les autres en disent ?

3 - Description de la dépendance, autonomie, soins, de la personne dépendante

- Connaissez-vous le GIR de ?
- Pouvez-vous me décrire la dépendance de ce patient ?
- Quelle définition donneriez-vous de sa dépendance ? Celle de ce patient.
- Pouvez-vous me décrire l'autonomie de ce patient ?
- Quelle définition donneriez-vous de son autonomie ? Celle de ce patient.
- A partir des actes que vous posez chez ce patient, quelle définition donneriez-vous de votre métier ?
- Qu'est-ce que le soin ? Pouvez-vous me décrire un bon « soin ».

4 - Description de l'organisation du territoire :

- Quels sont les professionnels qui relèvent du **secteur social** et qui travaillent pour Mr X (ou Mme Y) ?
- Est-ce que ce sont vos partenaires ?
- En quoi sont-ils des partenaires ?
- Comment communiquez-vous ?
 - o Quels moyens matériels utilisez-vous ?
 - o Quelle est la fréquence de vos échanges ?
 - o Quelle est la nature de ces échanges : information ; organisation : de quoi ? comment ? ; expression d'un désaccord.
- Quels sont les professionnels qui relèvent du **secteur médico-social** et qui travaillent chez ce patient ?
- Est-ce que ce sont vos partenaires ?
- En quoi sont-ils des partenaires ?
- Comment communiquez-vous ?
 - o Quels moyens matériels utilisez-vous ?
 - o Quelle est la fréquence de vos échanges ?
 - o Quelle est la nature de ces échanges : information ; organisation : de quoi ? comment ? ; expression d'un désaccord.
- Quels sont les professionnels qui relèvent du **secteur sanitaire** et qui travaillent chez ce patient ?
- Est-ce que ce sont vos partenaires ?
- En quoi sont-ils des partenaires ?
- Comment communiquez-vous ?
 - o Quels moyens matériels utilisez-vous ?
 - o Quelle est la fréquence de vos échanges ?
 - o Quelle est la nature de ces échanges : information ; organisation : de quoi ? comment ? ; expression d'un désaccord.

5 - Votre métier :

- Quel est le nom de votre métier ?
- Quelle définition en donneriez-vous ?
- Comment voyez-vous votre travail ? Quelle vision en avez-vous ?
- Quels sont les objectifs de vos interventions ?

Caractéristiques de la personne interrogée : nom (anonymisé), profession, sexe, âge, statut matrimonial, enfants ?, expériences personnelles de prise en charge de personnes dépendantes, parcours professionnel.

Annexe 2.2 : Grille d'entretiens pour les personnes qualifiées de dépendantes

L'entretien doit rechercher l'environnement familial, social et spatial de la Personne. Il doit aussi rechercher les modèles et les idéaux du vieillir, (ce qui semble être une des dimensions qui « expliqueraient » le choix de la personne de rester à son domicile).

L'entretien prend la forme d'un récit, orienté par les questions :

- Votre histoire personnelle :
 - L'enfance : profession des parents, nombres de frères et sœurs, place dans la fratrie, regard porté sur son enfance (avez-vous le sentiment d'une enfance heureuse, difficile, ... ?)
 - Vie conjugale : origines géographique et sociale des différents conjoints. Si conjoint décédé, faire préciser date et conditions du décès. Avez-vous le sentiment d'un mariage heureux ?
 - Vie familiale :
 - Enfants ? Nombre ? Leurs âges ? où habitent-ils ? ont-ils réussi comme vous l'espérez ? A quelle fréquence les voyez-vous ? Avez-vous des petits-enfants ? Viennent-ils vous voir ? Quelles sont vos relations avec eux ?
 - Vos frères et sœurs ? ou d'autres membres de la famille avec qui vous avez des relations fortes : les voyez-vous ? Quelle fréquence ?
 - Vie professionnelle :
 - Votre parcours scolaire ?
 - Quelle(s) profession(s) avez-vous exercé ?
 - Est-ce que vous auriez souhaité faire autre chose ? Quoi ? Pourquoi ?

- Vos relations sociales :

[Attention : en italique, texte recopié de rapport DREES - Mantovani, Rolland]

L'idée est de retracer le mode de vie social de la personne, de voir en quoi il a changé au fil des années et si aujourd'hui elle est une personne ayant maintenu son insertion sociale ou si celle-ci s'est fortement diminuée.

• Avez- vous beaucoup d'amis ? Sortiez-vous beaucoup ? Faisiez-vous des voyages ? Quels étaient vos centres d'intérêt, vos activités préférées ?

• Aujourd'hui, que continuez-vous à faire ? Que ne faites vous plus ? La semaine passée, quelles sont les personnes qui ne sont pas de votre famille que vous avez fréquentées ?

• Recevez/envoyez-vous beaucoup de courrier ? D'appels téléphoniques ? (faire préciser la quantité, la fréquence et l'origine).

• Avez-vous un ou plusieurs animaux de compagnie ? En avez-vous eu ? Jusqu'à quand ? Aimerez-vous en avoir ?

- Votre vie aujourd'hui :

- Votre sentiment aujourd'hui
 - Qu'est-ce qui est le plus important pour vous aujourd'hui ?
 - Que diriez-vous de votre vie actuelle ? Pouvez-vous détailler ?
 - Aujourd'hui, comment se passe une journée habituelle ?
 - Vous sentez-vous en sécurité ? Est-ce que quelque chose vous fait peur ? Quoi ? (chute, agression, ne pas pouvoir avertir si problème, mort...)

- Votre autonomie
 - Vous sentez-vous autonome aujourd'hui ? Qu'est ce qui vous fait dire ça ?

- Votre santé :
 - Avez-vous eu des maladies graves dans votre vie ? Lesquelles ?
 - Avez-vous été hospitalisé ? Quand ? Pourquoi ?
 - Aujourd'hui, avez-vous une maladie ? Prenez-vous des médicaments ?
 - Vous trouvez-vous en bonne santé ? Qu'est-ce qui vous fait dire ça ? Par rapport à quoi vous situez-vous pour dire ça ? (les autres personnes de votre âge, les personnes ayant les mêmes pathologies, ce que l'on dit de vous ?)
- Les aides professionnelles

Les faire énumérer, puis, pour les différentes aides, poser les mêmes questions :

- Pouvez-vous me raconter comment les professionnelles qui viennent chez vous aujourd'hui, sont arrivées chez vous ? Qui a demandé qu'elles viennent ? Quand est-ce que ça a été demandé ? Pourquoi ? Quelles ont été les démarches pour que ça se fasse ? Qui était d'accord ? Qui s'y opposait ?
 - Est-ce que l'aide apportée vous satisfait ? Vous suffit-elle ? Auriez-vous besoin d'autre chose ? De quoi ?
 - Est-ce que vous avez l'APA ? Si non, l'avez-vous demandée ? Si non, pourquoi ne pas l'avoir demandée ?
- Les aides familiales
 - Bénéficiez-vous d'aide familiale ? Sous quelle forme : humaine, financière, ... Faire décrire les aides humaines : qui intervient ? Quel lien de parenté ? pour quels actes ? pourquoi pas une aide professionnelle ?
 - « Bilan » de la situation
 - Selon vous, quels sont les éléments positifs à votre situation actuelle ?
 - Quels sont les éléments négatifs ?
 - Que faudrait-il faire pour améliorer la situation ? Est-ce réalisable ?

Annexe 2.3 : Grille d'entretien Famille

Le but de cet entretien est de faire raconter à un membre de la famille pourquoi et comment il s'occupe de son parent (P), mais aussi, si besoin, de faire préciser des éléments recueillis dans l'entretien avec la personne qui fait l'objet de la monographie.

1 - S'occuper de son parent :

Quel est votre lien familial avec P. ?

Comment en êtes-vous venu à vous occuper de lui ? Comment sont apparus les besoins ?

Y a-t-il d'autres personnes, de sa famille qui s'occupe de lui ? Qui ? Comment ? Qui fait quoi ?

Que faites vous pour votre parent ? Pouvez-vous me décrire une semaine, avec précision ?

Pourquoi est-ce vous qui faites ça ?

Est-ce que des personnes de votre famille étaient opposées à l'organisation qui s'est mise en place aujourd'hui ? Y a-t-il eu d'autres propositions de faites ? Lesquelles ?

Pourquoi ces autres choix n'ont-ils pas été faits ?

2 - Faire préciser quelques points de l'entretien avec la personne « dépendante »

Son histoire personnelle et familiale

Son histoire professionnelle

Ses relations sociales

Sa santé aujourd'hui, sa « dépendance / autonomie »

Les aides professionnelles

Annexe 3 : Grille d'observation

Date, personnes observées, situation observée.

Les déplacements :

- voiture / équipement embarqué /
- horaires : début / fin

Arrivée au domicile :

- où se garer
- franchissement du seuil : annonce ?
- civilités : qui commence ?

Le soin :

- lieu du soin, éléments contextuels (lumière, odeurs, ...)
- qui parle (le plus) ?
- qui pose les questions ? Qui répond ?
- thèmes abordés ? Par qui ? Étapes de la discussion
- lavage des mains
- préparation du matériel de soin :
- apporté de la voiture ? Déjà au domicile ?
- sur le lieu du soin ? Comment (plan de travail ou non) ?
 - déroulement technique du soin : enchaînement (remarques perso)
 - rangement du matériel / évacuation des déchets
 - temps du soin

Les traces écrites :

- traçabilité / supports
- autres écrits
- consignes

Fin du soin :

- civilités / qui donne le signe du départ ?

Entre deux soins :

- temps / occupation - autre activité (en voiture ou vélo)

Interruption dans le travail :

- pendant les soins
- durant les trajets

Annexe 4 : « Analyses critiques du Manuel pratique de la Garde Malade et de l'Infirmière » (Art. 11108)

[Extrait d'un Journal de Médecine, 1879]

ART. 11107. *Manuel de pathologie interne*, par le docteur J.-A. Fort (2).

Parmi les manuels récemment publiés, celui de M. Fort, auteur de nombreux manuels, est destiné à donner un très exact résumé de toutes les maladies. L'auteur a employé un style très concis pour accumuler les matières. C'est un de ces livres destinés à aider la mémoire ou à faire une étude préparatoire à une étude plus complète, et comme tel il peut être d'une réelle utilité. L'introduction comprend deux chapitres, très bien faits pour enseigner l'examen du malade en général et la manière de pratiquer une autopsie. Ils seront lus avec fruit par de jeunes étudiants.

ART. 11108. *Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière*, publié sous la direction du docteur Bourneville(3).


C'est une question bien controversée de savoir s'il est utile d'instruire une garde-malade ou s'il vaut mieux la laisser ser-

vante docile même ignorante du médecin. Nous avouons sans crainte pour notre part que nous considérons l'instruction donnée trop étendue aux infirmières comme une prime à l'exercice illégal de la médecine, comme un obstacle nouveau à l'exercice de la médecine. C'est là le côté dangereux de ce livre, résumé des cours faits à Bicêtre et à la Salpêtrière aux écoles d'infirmiers et infirmières.

Il y a un juste milieu pourtant, et si nous ne voyons aucune utilité à la partie de ce livre qui traite de l'anatomie, de la physiologie et même de la pharmacie; au moins trouvons-nous aux parties qui concernent la manière de soigner, de panser les malades, de préparer certains médicaments une utilité réelle.

Même quelques parties du livre nous ont paru beaucoup trop courtes, celles des bains, pour n'en citer qu'une. Les douches sont traitées d'une façon insuffisantes et cependant c'est bien le devoir d'une infirmière de savoir les donner. Ces réserves faites, disons que le livre est fort bien fait, qu'il contient des notions pratiques fort utiles et qu'un jeune médecin fera sagement de le posséder pour y recueillir une foule de notions absentes des traités didactiques. Nous le recommandons aussi sérieusement aux sages-femmes. C'est bien dire qu'il nous paraît un peu trop avancé pour des infirmières destinées à rester privées d'initiative individuelle si elles veulent être de bonnes infirmières.

Annexe n°5 : Cerfa 12103*01 Démarche de Soins Infirmiers



12103*01

démarche de soins infirmiers n°

(décret 02-194 du 11.02.02, arrêté du 01.03.02)

1 voie destinée à l'infirmière
1 voie destinée au médecin

démarche de soins infirmiers initiale
 à partir de la 2^e démarche de soins infirmiers pour un même patient

Démarche de soins infirmiers prescrite le _____ date _____
 par le Docteur _____

le patient | **l'assuré(e)** (à compléter à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte vitale)

non-prénom _____ n° d'immatriculation _____
 adresse _____

résumé de l'observation de la situation du patient

critères déterminants		évaluation des actions précédentes (1)	
état cognitif	normal / altéré/modéré / altéré/sévère	1	
humeur et comportement	normal / altéré/modéré / altéré/sévère	2	
bilan sensoriel et communication	normal / altéré/modéré / altéré/sévère	3	
alimentation/nutrition/hydratation	normale / altérée/modérée / altérée/sévère	4	
élimination/continence	autonome / normales / altérées/modérées / altérées/sévères	5	
aptitudes fonctionnelles	normales / altérées/modérées / altérées/sévères		
hygiène corporelle	autonome / normales / altérées/modérées / altérées/sévères		
intégrité cutanée	autonome / normales / altérées/modérées / altérées/sévères		
risque d'escarres	autonome / normales / altérées/modérées / altérées/sévères		
douleur	autonome / normales / altérées/modérées / altérées/sévères		
vie sociale	autonome / normales / altérées/modérées / altérées/sévères		
soutien/personnes ressources	autonome / normales / altérées/modérées / altérées/sévères		
perception état de santé	autonome / normales / altérées/modérées / altérées/sévères		
autonomie thérapeutique	autonome / normales / altérées/modérées / altérées/sévères		
intervention de professionnels autres que l'IDE	autonome / normales / altérées/modérées / altérées/sévères		
environnement matériel	autonome / normales / altérées/modérées / altérées/sévères		
taille :	_____		
score Norton	_____		
score EVA	_____		
autres critères d'observation	_____		

planification | la planification sera remplie par ordre de priorité au regard de l'analyse des données recueillies lors de l'entretien et de l'observation du patient

diagnostics infirmiers	étiologie(s)	manifestations cliniques	objectif des soins (2)	interventions infirmières
1				
2				
3				
4				
5				

autres risques :

objectif global des soins		nature qualitative et quantitative de la prescription	
restaurer	_____	séances de soins infirmiers (AIS 3)	_____
protéger	_____	répartis en	_____
surveiller	_____	dimanche/jour férié :	_____
réadapter	_____	programme d'aide personnalisée (AIS 3.1)	_____
compenser	_____	répartis en	_____
insérer	_____	pendant	_____
maintenir	_____	surveillance clinique infirmière et de prévention (AIS 4)	_____
réinsérer	_____	mois à partir du	_____
prévenir	_____	signature :	_____

autres risques :

autres risques :

(1) cette colonne est remplie à partir de la 2^{ème} démarche de soins pour évaluation des actions précédentes
 (2) dans les délais de la prescription
 La loi 78-17 du 01.07.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs (garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.)

S.3741

Annexe 6 : Diagramme de soins

DIAGRAMME DE SOINS																					
Prénom Nom :	Semaine du / / au / /																				
	Lundi			Mardi			Mercredi			Jeudi			Vendredi			Samedi			Diman.		
	m	am	s	m	am	s	m	am	s	m	am	s	m	am	s	m	am	s	m	am	s
HYGIENE																					
Toilette complète																					
Toilette partielle																					
Toilette intime																					
Douche																					
Pédiluve																					
Shampooing																					
Rasage / Epilation																					
Prévention escarre																					
Change de serviettes / gants																					
Manucure																					
Soins de bouche																					
Soins oreilles																					
SE VETIR																					
Habillage / Déshabillage																					
Change vêtement																					
ELIMINATION																					
Surveillance selles																					
Surveillance urines																					
Accompagnement WC/Bassin																					
Change protection																					
HYDRATATION / FAIRE BOIRE																					
MOBILISATION																					
Aide à la marche																					
Lever / Coucher																					
Transfert																					
Installation repas																					
SECURITE																					
Contention fauteuil																					
Réfection du lit																					
Change des draps																					
Barrières lit																					
Télé-alarme																					
COMMUNICATION																					
Appareil auditif																					
Lunettes																					
Dentier																					
ADMINISTRATION																					
Prise des médicaments																					
Gouttes buvables																					
Collyres																					
Patch																					
Soins dermatologiques																					
Pansement																					
SURVEILLANCE																					
Température																					
Poids																					
Tension artérielle																					
CONTENTION																					
Bas à varices																					
RELATIONNEL																					
SIGNATURE A.S.																					
Si X, voir fiche de transmissions ciblées																					

Annexe 7 : Grille d'analyse des écrits professionnels

Résumé

Ce que la Dépendance fait au métier d'infirmière libérale.

Ethnographie d'une épreuve de professionnalité.

Depuis le début des années 2000, la législation française autorise les infirmières libérales à décider quels professionnels prodigueront les soins de continuité de la vie à des personnes dépendantes vivant à domicile. Elles doivent juger si la situation d'une personne relève d'un soin infirmier ou d'une intervention sociale. À partir d'une enquête ethnographique mobilisant des entretiens semi-directifs, des observations de professionnelles en situation de travail, et des écrits professionnels, la thèse analyse en quoi le fait de travailler auprès des personnes dépendantes recompose le métier d'infirmière libérale.

Nous contribuons à une sociologie des groupes professionnels à double titre.

D'une part, l'étude d'un métier modeste exercé avec un statut libéral nous apprend que le statut apparaît comme un élément essentiel de la professionnalité de ce métier en autorisant (partiellement) les infirmières à autodéterminer le contenu, la finalité et les moyens de leur activité professionnelle.

D'autre part, nous montrons que le contexte d'exercice auprès des personnes dépendantes (travailler avec des professionnels du social, dans des domiciles, auprès de personnes avec qui la relation s'envisage sur le long terme) constitue une épreuve de professionnalité pour les infirmières libérales. L'autodétermination du travail infirmier libéral est éprouvée par le jeu interactionnel qui se déroule entre les travailleurs du sanitaire et ceux du social. Entre eux se crée un nouvel espace dans lequel nous observons, entre autres, des échanges de *sale boulot*, un abandon de modèles de pensée infirmiers au profit de lignes de conduite observées dans le travail social, ou encore une façon toute infirmière de considérer la dépendance, et donc de la définir. Cette thèse montre une dynamique de profession « en situation » qui conduit à une ouverture du métier d'infirmière libérale vers les métiers du social.

Mots-Clés : Infirmières, Exercice libéral, Métier, Dépendance, Professionnalité, Pratiques professionnelles, Épreuve de professionnalité.

Abstract

How Dependence is shaping the profession of self-employed nurses Ethnography of the challenge of professionalism.

Since the early 2000s, French law has allowed self-employed nurses to decide which professionals will dispense continuity of care to dependent persons living at home. They have to decide whether an individual's situation requires nursing care or social intervention. The purpose of this thesis is to analyse how self-employed nurses working with dependent individuals have reconstructed the profession, based on an ethnographic survey involving semi-structured interviews, observations of professionals in the workplace, and professional writings.

We have contributed to a sociology of professional groups on two counts.

First, studying a modest profession exercised on a self-employed basis tells us that this is an essential element in terms of the professionalism of this profession by (partially) allowing nurses to determine the content, purpose and means of their own professional activity.

Second, we will show that the context in which this profession is exercised with dependant individuals (whose working relationship, alongside social professionals, with individuals in the home is deemed "long-term") constitutes a challenge of professionalism for self-employed nurses. Self-employed nurses' self-determination is proven by the interactional relationship between both health care and social workers. A new space is therefore created between them, in which we observe, among other things, discussions on the *dirty work*, the abandon of nurses' models of thought in favour of the guidelines observed in social work, or even the way nurses consider dependence, and thus define it. This thesis demonstrates the dynamic of a real-life profession which opens up self-employed nurses to social professions.

Keywords: Nursing, Self-employed, Profession, Dependant, Professionalism, Professional practices, Challenges of professionalism

Ce que la Dépendance fait au métier d'infirmière libérale. Ethnographie d'une épreuve de professionnalité.

Depuis le début des années 2000, la législation française autorise les infirmières libérales à décider quels professionnels prodigueront les soins de continuité de la vie à des personnes dépendantes vivant à domicile. Elles doivent juger si la situation d'une personne relève d'un soin infirmier ou d'une intervention sociale. À partir d'une enquête ethnographique mobilisant des entretiens semi-directifs, des observations de professionnelles en situation de travail, et des écrits professionnels, la thèse analyse en quoi le fait de travailler auprès des personnes dépendantes recompose le métier d'infirmière libérale.

Nous contribuons à une sociologie des groupes professionnels à double titre.

D'une part, l'étude d'un métier modeste exercé avec un statut libéral nous apprend que le statut apparaît comme un élément essentiel de la professionnalité de ce métier en autorisant (partiellement) les infirmières à autodéterminer le contenu, la finalité et les moyens de leur activité professionnelle.

D'autre part, nous montrons que le contexte d'exercice auprès des personnes dépendantes (travailler avec des professionnels du social, dans des domiciles, auprès de personnes avec qui la relation s'envisage sur le long terme) constitue une épreuve de professionnalité pour les infirmières libérales. L'autodétermination du travail infirmier libéral est éprouvée par le jeu interactionnel qui se déroule entre les travailleurs du sanitaire et ceux du social. Entre eux se crée un nouvel espace dans lequel nous observons, entre autres, des échanges de *sale boulot*, un abandon de modèles de pensée infirmiers au profit de lignes de conduite observées dans le travail social, ou encore une façon toute infirmière de considérer la dépendance, et donc de la définir. Cette thèse montre une dynamique de profession « en situation » qui conduit à une ouverture du métier d'infirmière libérale vers les métiers du social.

Mots-Clés : Infirmières, Exercice libéral, Métier, Dépendance, Professionnalité, Pratiques professionnelles, Épreuve de professionnalité.

How Dependence is shaping the profession of self-employed nurses Ethnography of the challenge of professionalism.

Since the early 2000s, French law has allowed self-employed nurses to decide which professionals will dispense continuity of care to dependent persons living at home. They have to decide whether an individual's situation requires nursing care or social intervention. The purpose of this thesis is to analyse how self-employed nurses working with dependent individuals have reconstructed the profession, based on an ethnographic survey involving semi-structured interviews, observations of professionals in the workplace, and professional writings.

We have contributed to a sociology of professional groups on two counts.

First, studying a modest profession exercised on a self-employed basis tells us that this is an essential element in terms of the professionalism of this profession by (partially) allowing nurses to determine the content, purpose and means of their own professional activity.

Second, we will show that the context in which this profession is exercised with dependant individuals (whose working relationship, alongside social professionals, with individuals in the home is deemed "long-term") constitutes a challenge of professionalism for self-employed nurses. Self-employed nurses' self-determination is proven by the interactional relationship between both health care and social workers. A new space is therefore created between them, in which we observe, among other things, discussions on the *dirty work*, the abandon of nurses' models of thought in favour of the guidelines observed in social work, or even the way nurses consider dependence, and thus define it. This thesis demonstrates the dynamic of a real-life profession which opens up self-employed nurses to social professions.

Keywords: Nursing, Self-employed, Profession, Dependant, Professionalism, Professional practices, Challenges of professionalism