

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Le métier d'infirmière libérale
Tome 2**

Alain Vilbrod - Florence Douguet
Avec la collaboration de Sonia Lefeuvre et de Nadège Le Minoux
n° 58 – avril 2006

Nous remercions pour leur disponibilité l'ensemble des infirmières libérales et des infirmiers libéraux qui ont accepté de collaborer à cette étude

Nous remercions pour leur soutien

Françoise Bouchayer

EHESS – SHADYC (Sociologie, histoire, anthropologie des dynamiques culturelles), Marseille

Marie-Élisabeth Cosson

Université de Rennes II

Claude Dubar

Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines

Isabelle Feroni

INSERM, U. 379, Marseille

Christine Hervouët

Service des Relations avec les professionnels de santé – CPAM du Sud-Finistère, Quimper

Gaétane Larnicol

Etudiante en sociologie à l'UBO

Marie-Pierre Philippe

Infirmière libérale et précieuse "personne ressource"

Geneviève Picot

GERS-IRESKO-CNRS, Paris

Fanny Richard

Caisse nationale d'assurances maladie des travailleurs salariés, Paris

Maryse Sévignon-Bargain,

Service des Relations avec les professionnels de santé – CPAM du Sud-Finistère, Quimper

Merci à Rémy Marquier,
de la DREES,
pour sa précieuse relecture de notre texte

Nous remercions particulièrement Pascale Breuil

Chef du bureau des professions de santé

Drees - Ministère de la santé et des solidarités

pour son soutien et ses conseils

Sommaire

Troisième partie - Les pratiques professionnelles	5
31. Le contenu de l'activité.....	5
311. L'approche réglementaire.....	5
312. Les soins	14
Le contenu de l'activité saisi du point de vue des infirmières libérales	15
Les modalités de sélection et de refus de certains soins.....	21
L'ambiguïté du rapport au corps et à l'intimité des malades	28
Les difficultés inhérentes au rapport à la souffrance	32
L'accompagnement de la fin de la vie et la mort.....	34
313. Les soins produits en dehors des actes infirmiers.....	40
La nature et le contenu des activités « extra-professionnelles »	42
Une mobilisation différenciée vis-à-vis des patients	45
Les enjeux et les conséquences du travail « à-côté »	52
32. Les relations dans le cadre de l'activité	54
321. Les relations aux malades et aux familles	55
De la gentille mamie au malade qui commande l'infirmière.....	56
Faire avec l'entourage du malade... ..	61
322. Les relations aux médecins généralistes	63
Connaître aussi bien que le médecin et savoir le conseiller.....	66
Une communication parfois difficile et presque toujours à sens unique	68
S'octroyer une marge de manœuvre	71
Se poser en défenseur de la Sécurité sociale.....	71
Une relation sociale ordinaire ?	72
323. Les relations aux autres intervenants	73
Les pharmaciens : des partenaires essentiels	74
Les kinésithérapeutes : peu d'échanges, mais une concurrence d'ordre symbolique	76
Les relations aux autres infirmières libérales.....	78
Les assistantes sociales : des relations rares et tendues	82
Les relations avec les SSIAD et leurs aides-soignantes : entre concurrence déloyale et travail en binôme.....	83
Les relations aux aides à domicile	88
324. Les relations aux établissements pour personnes âgées : entre éviction et sous-traitance....	96
325. Les relations aux caisses d'assurance maladie	100
De l'intérêt de « connaître quelqu'un »	101
Il y a caisse et caisse... ..	103
...et il y a cotation et cotation	105
33. Les conditions de travail	109
333. Les déplacements.....	109
334. Les revenus : un sujet toujours sensible	113
Les revenus perçus par les infirmières libérales	114
Une appréciation assez réaliste des revenus effectivement perçus	116
Des revenus, au départ, sans comparaison avec l'hôpital	118
L'évocation d'un certain « âge d'or » et de son déclin	119
Critiques (et auto-critiques) du mode de rémunération.....	120
335. La formation continue ou la nécessité de « rester à la pointe »	121
336. Les syndicats des infirmières libérales, entre alliances et tensions	127

Quatrième partie - Les représentations du métier	133
41. Les qualités requises pour l'exercice du métier : le paradoxe du relationnel.....	133
42. L'image sociale de la profession.....	136
421. L'infirmière libérale entre nonne et bonne à tout faire	136
422. L'infirmière libérale, une soignante pressée en quête d'un enrichissement personnel.....	138
423. L'infirmière libérale, une piètre technicienne faiseuse de toilettes	139
424. Les infirmiers libéraux, des petits médecins ?	140
43. L'évaluation de la situation actuelle	143
44. La vision de l'avenir	145
441. L'avenir de la profession : entre catastrophe annoncée et vision souriante	145
442. Le devenir personnel : rester dans le métier finalement... ..	148
Cinquième partie - La vie à côté	153
51. Les effets du travail sur la santé.....	153
511. La norme de la bonne santé et le déni de la maladie	153
512. De l'épuisement physique et psychique à l'épuisement professionnel.....	155
513. Les régulations collectives et individuelles pour tenir au travail.....	157
52. Les effets de l'activité sur la vie privée	161
521. La délicate gestion des horaires	162
522. Ceux qu'on ménage, celles à qui on demande beaucoup.....	164
523. Des grossesses épiques	168
524. Des enfants qu'on ne voit pas toujours grandir	171
525. Des engagements tout de même... ..	174
Conclusion.....	179
Bibliographie.....	183
Liste des sigles.....	195
Annexe méthodologique.....	199

Troisième partie

Les pratiques professionnelles

31. Le contenu de l'activité

311. L'approche réglementaire

Un certain nombre de dispositions réglementaires encadrent les activités des infirmières libérales. Deux textes surtout, régulièrement remis à jour, font référence. Il s'agit d'une part de la « Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et les caisses d'assurance maladie » et d'autre part de la « Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux » et plus précisément de son « titre XVI », qui a trait aux soins infirmiers. Pour saisir l'ensemble des enjeux qui traversent la profession, il est indispensable de repérer, au moins dans ses grandes lignes, le contenu de ces textes, notamment ceux de la dite Convention nationale. Puisque c'est elle qui régit les relations entre les infirmières et les caisses d'assurance maladie qui remboursent les honoraires et les frais accessoires correspondant aux soins délivrés par les infirmières (et c'est bien le féminin qui est usité dans ce texte), le contenu de cette convention est, on s'en doute, rédigé avec attention et se révèle être le fruit d'âpres négociations entre représentants de la CNAMTS, de la Mutualité sociale agricole (MSA) et la CNAMPI (professions indépendantes) d'une part et de l'organisation syndicale reconnue comme représentative des infirmières libérales d'autre part. Cette convention, systématiquement remise à toute infirmière qui s'installe, par la CPAM dont elle va dépendre, se présente sous la forme d'un livret d'une soixantaine de pages. L'intérêt ici n'est pas d'en réaliser une exégèse par le menu mais de s'arrêter simplement sur quelques points fondamentaux. En premier lieu, il est bon déjà, à notre sens, de saisir ce qu'est une convention de la sorte, et cela ne va pas nécessairement de soi. Ensuite nous nous attarderons sur la définition des soins infirmiers qui court tout au long de ce texte et qui, se faisant, précise ce que recouvre l'activité des infirmières libérales. Depuis 1992 une distinction est faite entre les actes médico-infirmiers (AMI) et les actes infirmiers de soins (AIS). Il nous faudra préciser les choses et pointer les débats autour notamment des AIS. Enfin nous repérerons quelque peu les enjeux autour du dit « seuil d'activité », traduit souvent sous le terme de « quotas », qui est sans doute l'un des premiers coins enfoncés dans la régulation d'une profession libérale de santé, désormais encadrée, ce qui ne va *a priori* pas de soi non plus. Cette convention précisée, nous observerons par la suite ce qu'il en est, en termes d'actes, de ces soins infirmiers, de ces AMI et AIS tels que la CNAMTS en évalue la distribution et en analyse la répartition. Nous finirons ce repérage en étudiant comment les infirmières que nous avons sollicitées se positionnent sur ce terrain des deux types d'actes et ce qu'ils recouvrent réellement l'un et l'autre. L'enquête par questionnaire autorise, en la matière, de premiers constats et débouche aussi sur un certain nombre d'interrogations auxquels les entretiens permettent en partie de répondre.

En premier lieu, il est utile, avant même de s'intéresser au contenu de cette convention, de s'arrêter sur ce qu'elle représente. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une convention de travail, puisque l'on a affaire à une profession libérale, mais d'un accord-cadre qui, une fois signé, s'impose pour autant à toutes les infirmières conventionnées (et elles le

sont toutes puisque c'est ainsi qu'elles peuvent dispenser des soins remboursés par la sécurité sociale). En 12 titres et, présentement, 6 annexes, sont ni plus ni moins réglées l'ensemble des relations entre les organismes payeurs et les infirmières libérales. Principes généraux, utilisation des feuilles de soins, modalités d'exercice, organes de concertation, tarifs conventionnels, il s'agit véritablement du texte de référence.

Cela paraît évident sans doute, mais il vaut mieux le rappeler : cette convention participe bien à constituer, à reconnaître une profession particulière, à en déterminer les spécificités et les contours. La constitution de toute profession passe régulièrement, on le sait, par une entreprise de définition, de délimitation, à la fois sur un versant éthique – affaire de valeurs à nul autre pareil, contact avec des choses du secret et du sacré qui n'ont pas à être divulguées ou publicisées à tout va – etc. et sur un versant technique – avec l'appel à des savoir-faire, à des compétences particulières –. Il revient ainsi à des porte-parole accrédités d'entreprendre tout un travail pour faire reconnaître la légitimité de leurs spécificités, et ici cette convention participe à plein à déterminer quelles sont les attributions particulières des infirmières libérales, ce qu'elles sont seules habilitées à faire, et donc ce qui les qualifie. Aussi entendue que cette remarque puisse paraître, elle est d'importance. Il ne va pas nécessairement de soi que telle ou telle pratique soit de la compétence unique des infirmières. On y reviendra dans quelques instants en évoquant les AIS. 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, du moins tant que l'accord tient. Les partenaires, de fait, délimitent un espace, un marché d'intervention. Ils bornent des frontières et instituent ni plus ni moins un pré-carré dont ils font leur affaire. En somme c'est cette convention qui fait exister le métier.

À première vue, elle contractualise un accord entre deux parties. On n'oubliera pas non plus qu'en fait, il y a toujours, parmi les signataires, la troisième main, invisible, de l'État. De la loi de financement de la sécurité sociale au contrôle annuel de la Cour des Comptes, même si parfois ils demeurent en quelque sorte dans les coulisses, les représentants de l'État ne sont jamais loin. À l'heure où l'État-social tend à se replier, il en impose très largement aux caisses d'assurance maladie pour mieux contrôler les dépenses de santé, quitte non seulement à arbitrer les relations entre ces caisses et les professions médicales et paramédicales, mais, le cas échéant, à désavouer les propositions de la CNAMTS. La gestion paritaire a donc ses limites, parfois vite atteintes, et le gouvernement Juppé comme le gouvernement Jospin et ceux qui les ont suivis ont toujours rappelé les uns et les autres à l'ordre s'il le fallait. *« Cette capacité d'imposer des décisions gouvernementales sans tenir compte de l'avis des caisses, rappelle Bruno Palier, n'est pas seulement liée aux effets du style autoritaire du ministre des Affaires sociales, c'est aussi une transformation du mode de fonctionnement du système. Cette transformation a été permise par des modifications institutionnelles introduites en 1995. L'État s'est donné davantage de marge de manœuvre pour intervenir directement dans le système de Sécurité sociale. Une nouvelle configuration en découle, où l'État a les coudées plus franches pour imposer (ou non) les mesures qu'il juge nécessaires »*.¹ Les protagonistes qui figurent en en-tête de la Convention nationale en question interagissent toujours sous contrôle. Mieux vaut ne pas l'oublier.

Dans son introduction à un article intitulé *« L'État créateur et gardien du droit des relations du travail »*, Philippe Auvergnon écrit : *« En ces temps d'incitation à l'initiative*

¹ Bruno Palier, *Gouverner la sécurité sociale*, Paris, PUF, 2002, p. 377.

individuelle, d'appel à plus de flexibilité négociée, de dénonciation des pesanteurs et rigidités administratives, s'attarder sur un État créateur et gardien du droit des relations du travail peut paraître quelque peu réactionnaire ou provocateur. Il n'en est rien. Il ne s'agit ni de rappeler qu'il « faut aimer l'État », ni d'en appeler à le rénover. On souhaite simplement rappeler l'importance dans les relations du travail, en France, d'un droit d'origine étatique ou dépendant d'une source étatique, d'un système de relations du travail dans lequel l'État, à travers diverses figures, joue un rôle déterminant »². Ici ce rôle est d'autant plus déterminant qu'il en va, dans la Convention, de la fixation par exemple, du tarif des différents actes et de ses effets sur un équilibre budgétaire que l'on sait pour le moins périlleux pour ce qui est du risque maladie. Quand désaccord il y a – et ils sont nombreux – entre CNAMTS et syndicats professionnels, les représentants de ces derniers campent sous les fenêtres des CPAM mais ne s'y trompent pas en manifestant aussi devant celles du ministère ou en intercédant auprès de députés. La rhétorique du « moins d'État » ne signifie pas du tout en la matière que sont renforcés ceux qui verraient bien le contrat et la négociation collective prendre le pas sur la loi.

Autre rappel : il convient aussi de relever ce qu'est un accord et quels peuvent en être les enjeux implicites. La palissade que de dire qu'il suppose plusieurs partenaires représentant des intérêts différents voire divergents qui recherchent entre eux un armistice provisoire où peut bien sûr se lire l'état, à un moment donné, d'un rapport de force. Mais un accord, ce n'est pas que cela. L'accord entérine aussi la place, pour ne pas dire la représentativité de chacun des protagonistes. Être de l'accord est primordial et suppose tout un travail voire des luttes sans merci entre syndicats professionnels pour s'imposer comme le partenaire, comme le fondé de pouvoir qui peut seul s'autoriser pour revendiquer, pour négocier, pour signer. Quel qu'il soit – en l'occurrence depuis 2002 il s'agit de « Convergences Infirmiers » – l'organisation représentative des infirmières libérales se constitue en tant que signe à la place de la totalité du groupe en se prévalant *fides implicita* de par les mandats signifiants le groupe. Identifiant, s'identifiant au groupe, elle le fait exister, elle l'incarne, alors qu'à bien des égards il n'y pas vraiment unité de la profession, très loin s'en faut parfois. Entre négociateurs il y a régulièrement des frictions, des oppositions, et qui songeraient à les nier pour ce qui concerne les relations CNAMTS-syndicats d'infirmières mais, au-delà d'une certaine théâtralisation des différents, il peut y avoir des convergences, des connivences. De fait l'accord et les conventions spécifient un secteur, le colore, le singularise, voire fait en sorte que les rapprochements avec des domaines voisins, des professions voisines, les tentatives d'empiètement prévisibles ou d'avalement soient contrecarrées. Auxiliaires de vie, aides soignantes, etc. peuvent avoir des velléités de mordre sur un secteur, sur des pratiques réservées jusqu'à présent aux infirmières libérales. La Convention nationale, en creux, a aussi pour fonction de défendre les intérêts de la profession. Ainsi donc l'accord n'exclut pas l'opposition mais suppose bien souvent des limites à la lutte voire une entente entre lutteurs.

L'accord construit donc un espace légitime des porte-parole autant qu'il produit des normes et codifie, fut-ce provisoirement, ce que seront les conditions d'installation, les relations aux caisses, etc. Dernière remarque donc sur ce point : les représentants des caisses de l'assurance maladie ont besoin d'avoir en face d'eux des interlocuteurs. Ils ne peuvent pas exercer leur souveraineté sans négocier avec des partenaires plus ou moins autonomes. Du coup, ils participent à les produire. Il y a donc bien une convention de référence, mais l'action

² Philippe Auvergnon. « L'État créateur et gardien du droit des relations du travail » dans *L'État à l'épreuve du social* (Coord. P. Auvergnon et al.), Paris, Syllepse, 1998, p. 262.

quotidienne des caisses, au niveau local notamment, passe par le flux d'informations et d'échanges personnalisés avec des représentants syndicaux qui, sans bien sûr être complètement intégrés, ont pour autant, bien souvent, des relations subtiles, discrètes où l'alliance et la solidarité peuvent avoir toute leur place. La Convention s'interprète et sur bien des points les CPAM se donnent une certaine latitude, ne sont pas insensibles aux situations personnelles, ont tout intérêt à se ménager des interlocuteurs qui siègeront à telle ou telle commission, qui au besoin même les conseilleront, etc. Il en va donc des caisses de l'assurance maladie comme des autres administrations : non seulement elles ne sont pas univoques, mais elles s'alimentent dans des mécanismes complexes d'interrelations avec les segments de la société civile. Le système de relations qui se met en place dans la négociation de la Convention, dans son interprétation, rappelle que les administrations sont aussi d'une certaine façon dépendantes des intérêts sociaux et de leurs représentants accrédités, qu'elles sont censées contrôler. La dynamique administrative et la dynamique sociale apparaissent indissociables et interagissent sans cesse, et il convient toujours de prendre garde à adopter trop vite une vision trop polémogène, trop dichotomique des choses.

Ces remarques liminaires effectuées, qu'en est-il de l'activité des infirmières libérales telles que la Convention les énonce et les codifie ? Les actes qu'effectuent les infirmières libérales se réfèrent à deux lettres-clés : les actes médico-infirmiers (AMI) et les actes infirmiers de soins (AIS). Les actes en AMI sont des actes dits « techniques » tels que des injections ; des chimiothérapies, des pansements chirurgicaux nécessitant un méchage ou une irrigation, une pose de perfusion, etc. Les actes en AIS sont des actes de soins d'hygiène (prévention d'escarres, etc.). Régulièrement ils sont parlés (improprement, puisque ces termes ne sont pas ceux de la NGAP) en termes de « nursing », de « toilettes » voire de « change » par les infirmières elles-mêmes. La nomenclature générale évoquée plus haut indique le nombre d'unités auquel chaque acte correspond. Par exemple un prélèvement par ponction veineuse directe est coté 1,5 là où une ablation de fils est cotée 2 et une séance de soins infirmier, selon la durée, est cotée 3 ou 6, etc. *A priori* l'infirmière libérale ne peut qu'effectuer des actes reconnus par la nomenclature. Certains soins font l'objet depuis longtemps de vifs débats puisqu'ils s'avèrent régulièrement pratiqués mais ne sont pas reconnus comme tels. Ainsi en va-t-il par exemple des poses de bas spéciaux de prévention des varices ou encore des instillations oculaires réputées ne pas nécessiter une réelle compétence infirmière³. Des avenants à la convention nationale précisent et actualisent (jamais assez régulièrement et souvent insuffisamment, en toute logique, pour les organisations syndicales) le coût par acte. Ainsi, par exemple, le tarif en application au 31 décembre 2005 date du 27 février 2003, via l'avenant n° 3, publié au Journal officiel. Un AMI est payé 2,90 euros, un AIS 2,40 euros. Une ablation de fils est donc payée, *via* la CPAM, à une infirmière libérale, 2,90 euros x 4 = 11,60 euros.

Aujourd'hui le débat sur l'activité des infirmières libérales porte très largement sur les AIS. Les soins infirmiers d'hygiène sont bel et bien une composante du rôle propre de l'infirmière. Reste que se pose la question de la différence entre ces actes et l'aide à la toilette qui peut relever du travail d'une auxiliaire de vie par exemple et ce d'autant plus que certains travaux, comme l'enquête CREDES-ECILAD, ont fait ressortir que l'appréciation des infirmières libérales elles-mêmes variait beaucoup quant à dire si tel ou tel besoin relevait de leur rôle propre ou non : « *La question fondamentale est donc bien celle de la frontière entre*

³ Voir par exemple sur ce point la rubrique juridique de la revue *Avenir et Santé*, n° 306, 2002, p. 52.

l'aide à la toilette et le soin infirmier d'hygiène ; ceci renvoie à la définition de la santé, elle-même très ouverte. Une distinction est proposée par certains professionnels qui estiment que lorsque l'état de santé du patient est évolutif, l'infirmier doit intervenir dans un but de prévention tout autant que de soins curatifs, sinon, en cas d'état stabilisé sans nécessité de soins infirmiers, la toilette du malade relève de l'aide sociale. Cette position est cependant loin d'être partagée par l'ensemble de la profession »⁴. Le débat est fondamental quand on sait qu'environ 57 % des actes réalisés en 2003 par les infirmières libérales sont des AIS – mais nous allons y revenir –.

Avant cela, signalons qu'un autre débat a longtemps mobilisé les infirmières libérales, à savoir la détermination du seuil annuel d'activités individuelles ou seuil d'efficience. Initié en 1992, au moment de la distinction des AMI et AIS, mis en place à partir de 1994 et reconduite en 1997, ce seuil, fixé initialement à 18 000 actes par an s'accompagnait d'un dispositif de reversement à l'assurance maladie, de 50 % du montant des dépenses remboursées, entre 18 000 et 20 000 actes réalisés et de 100 % au titre de l'activité excédant 20 000 actes. D'emblée cette nouvelle réglementation suscita bien des oppositions et le syndicat signataire, la Fédération nationale des infirmiers (FNI) dut faire face à un vent de fronde. Ici et là on cria à la trahison, à un accroc injustifiable à la philosophie même de l'exercice libéral⁵. La question des « quotas » – ce fut ainsi parlé – resta continuellement sur l'agenda. En 1997, le seuil fut haussé à 23 000 actes et l'assiette du reversement, en cas de manquement, revue. Il n'empêche, durant les années 1995-2000, de nombreux procès opposèrent des CPAM et des infirmières sanctionnées pour dépassement de ces seuils. Régulièrement des tribunaux administratifs, considérant notamment que les droits de la défense lors des commissions paritaires chargées d'arbitrer les conséquences de ces dépassements et prévues dans la Convention nationale, n'avaient pas été respectés, annulèrent les sanctions⁶. Dès 2001 des amnisties générales furent d'ailleurs prononcées par voie légale, à la suite de débats parlementaires, au grand dam de certaines CPAM particulièrement sourcilleuses. Depuis le 1^{er} mars 2002, date de signature de l'avenant n° 1 à la nouvelle Convention nationale⁷, il ne subsiste de quota que sur les seuls AIS dont le seuil est porté à 22 000 coefficients d'actes (avec une capacité d'adaptation de plus ou moins 1 000 coefficients selon les spécificités locales). Ultime garde-fou, en principe, cela revient à ce qu'il n'y ait plus de situations, compte tenu du nombre d'actes réalisés présentement par les plus « actives » des infirmières, susceptibles de relever de sanction. Cela n'empêche pas ici et là quelques protestations encore⁸, mais, bel exemple du manque d'unité syndicale et aussi des divergences entre ministère et CNAMTS, la question du seuil d'activités sort peu à peu de l'ordre du jour. Il n'en va pas de même de celle qui concerne le bien fondé des AIS.

La principale question qui court en ce qui concerne ces AIS part du constat d'un écart très important de la proportion que prennent ces actes dans l'activité des infirmières libérales

⁴ Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Fabienne Midy, *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*, Credes, 2002, p. 55.

⁵ Voir Marie-France Guérel, « Maîtrise ou méprise ? » *L'infirmière libérale magazine*, n° 58, 1992, pp. 6-7.

⁶ Voir Martine-Marie Coquelle, « Dépassement de quotas », *L'infirmière libérale magazine*, n° 157, 2001, pp. 25-26. Voir Sophie des Déserts, « Infirmières libérales, la quadrature du quota », *Le Nouvel Observateur*, n° 1923, 2001, p. 37.

⁷ Arrêté du 1^{er} mars 2002 paru au Journal Officiel n° 53 du 3 mars 2002.

⁸ Voir la question écrite n° 03536 du 31 octobre 2002 de Philippe Darniche, député, au Parlement : « Situation délicate des infirmières libérales en milieu rural », p. 2538 et réponse du ministère publiée dans le JO Sénat du 20 février 2003.

selon les zones géographiques où elles travaillent. En 1995, pour un total de coefficients de 586 276, la part d'AIS représentait 66 %. En 2000, et on mesure la progression générale, pour un total de 716 256 coefficients, cette part était encore de 65,8 %. En 2003, elle était ramenée à 56,9 % (pour un total de 787 035 coefficients soit une augmentation de 34 % en 8 ans). En 2000, d'après les chiffres cités dans l'enquête CREDES-ECILAD, quand, dans un département comme l'Aube, la part d'AIS était de 13 % et dans les Vosges de 23,5 %, elle était dans le Gard et dans les Pyrénées Orientales, de 82,7 % et dans le Rhône de 78,8 %⁹. Une étude particulière de la CNAMTS a apporté d'intéressantes explications à ces écarts « *Tout se passe comme si les infirmières arbitraient au sein de leur activité entre AIS et AMI. La tendance est une activité en AIS d'autant plus forte que la densité (et donc potentiellement la concurrence entre professionnels) est importante. En ce qui concerne les coefficients AMI, leur consommation dépend fortement de la proportion de personnes âgées dans le département (...) Il y a bien deux pratiques professionnelles différentes. Un petit tiers (environ 30 %) des infirmières réalisent en majorité des actes techniques. Certaines d'entre elles (6 %) réalisent même en quasi-totalité des actes en AMI et non en AIS. À l'opposé, un tiers des infirmières exercent leur activité en faisant à plus de 80 % des actes de soins : une infirmière sur dix ne fait pratiquement que des actes en AIS* »¹⁰. En somme il y a bien un effet « offre » en ce qui concerne les AIS. Quand les infirmières libérales sont peu nombreuses, elles ont tendance à donner la priorité aux AMI et tendent à déléguer, *de facto*, la prise en charge de l'hygiène de leurs patients à d'autres professionnelles. Cette prise en charge de patients dont l'autonomie pour la toilette est pourtant réduite ou nulle n'est pas considérée par elles comme étant de leur ressort mais de celui d'un personnel – non infirmier – capable d'effectuer des aides à la toilette, etc. Par contre quand elles sont nombreuses, elles évaluent les choses tout autrement, défendent leurs spécificités, développent des points de vue sur l'intérêt « de faire de l'hygiène un soin de vie »¹¹, illustrent, exemples à l'appui, le bien fondé d'une action préventive qu'elles seules peuvent mettre en œuvre, etc. Au final, leurs arguments apparaissent plutôt à géométrie variable.

Nous nous sommes attachés, au fil de nos différentes enquêtes, à explorer tout ce qui a trait aux activités des infirmières libérales. L'enquête par questionnaire, déjà, apporte son lot d'enseignements. Nous disposons en effet d'indications portant sur le nombre de coefficients d'actes réalisés et sur la part d'AIS.

⁹ Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Fabienne Midy, *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*, op. cit. p. 17.

¹⁰ « L'activité des infirmières libérales », *Dossier Études et Statistiques*, n° 52, 2002, pp. 7-8.

¹¹ Voir Marie Fucks, « Personnes âgées, faire de l'hygiène un soin de vie », *L'infirmière libérale magazine*, n° 153, 2000, pp. 10-17.

Nombre de coefficients d'actes effectués par les infirmiers et les infirmières (en %)

	Femmes	Hommes	Ensemble
Moins de 12 000	16,8	5,1	15,2 (n=152)
12 000 à 14 000	15,6	9,6	14,7 (n=147)
14 000 à 16 000	25,9	22,8	25,5 (n=254)
16 000 à 18 000	17,3	20,6	17,8 (n= 177)
18 000 à 20 000	10,3	20,6	11,7 (n=117)
Plus de 20 000	3,6	11,8	4,7 (n=47)
Non-réponse	10,5	9,6	10,3 (n=103)
Total	100,0	100,0	100,0 (n=997)

Ce n'est pas vraiment surprenant, les infirmiers libéraux effectuent plus d'actes que les infirmières libérales. Les écarts sont très nets puisque la part des femmes qui effectuent moins de 12 000 actes (de coefficients de fait, mais nous dirons « actes » par simplification) – une faible activité donc – est trois fois plus importante que chez les hommes. À l'inverse, la proportion des hommes est double pour ce qui concerne la tranche 18 000 à 20 000 actes, et triple même pour la tranche 20 000 actes et plus. Pour autant, on pourrait penser que ces infirmiers libéraux sont assez peu férus d'AMS et préfèrent effectuer des actes dits « techniques » répertoriés en AMI. Les dites « toilettes », « soins d'hygiène », etc. renvoient plutôt, dans les représentations communes, au féminin et seraient en quelque sorte, si l'on peut l'exprimer ainsi, le « plus féminin d'un métier féminin ». Ce n'est pas du tout le cas. Assurément les infirmiers libéraux ne rechignent pas à effectuer des soins d'hygiène. C'est probablement la condition pour avoir un haut niveau d'activités (et de revenu).

Part d'AMS dans les actes effectués par les femmes et les hommes (en %)

	Femmes	Hommes	Ensemble
Moins du tiers d'AMS	21,3	16,2	20,6
Entre 35 et 45 %	11,0	16,9	12,5
Entre 45 et 55 %	15,6	11,0	14,9
Entre 55 et 65 %	18,6	21,3	19,0
Entre 65 et 75 %	15,3	19,1	15,8
Plus des ¾	7,7	10,3	8,0
Non-réponse	9,8	5,1	9,1
Total	100,0	100,0	100,0

« Est-ce que vous pouvez me dire quelle part d'AMI et d'AMS vous avez dans votre tournée, vous avez une idée ?

C'est vraiment approximatif, je dirais 70 % d'AMS, et 30 % d'AMI, mais ça varie

Ça varie selon les périodes j'imagine ?

Oui mais c'est difficile de voir, mais on nous enlève les AMS, on met la clé sous la porte

C'est avec les AMS ?

Oui c'est notre fond de commerce si vous voulez !

En particulier les toilettes ?

Que les toilettes, en ville visiblement, mais ça dépend des endroits ce n'est peut-être pas vrai à 100 %, mais à mon avis s'il n'y avait plus les AMS les infirmiers mettraient la clé sous la porte ou au lieu de 10 cabinets il n'y en aurait plus que un ! »

Fabrice

L'ancienneté dans la carrière libérale intervient aussi dans la part d'AIS effectués. La tendance est la suivante : les plus jeunes dans le métier effectuent plus d'AIS que les infirmières les plus expérimentées. Ainsi, par exemple, si on considère celles qui ont débuté dans l'exercice libéral entre 1965 et 1970, 39,3 % d'entre elles effectuent moins du tiers de leur activité en AIS, celles qui sont entrées entre 1989 et 1994 ne sont que 13,1 % dans ce cas. À l'inverse, pour une activité constituée par 65 % à 75 % d'AIS, les plus anciennes sont 14,3 % et les plus jeunes dans le métier 20 %.

Les lieux d'exercice sont aussi une variable discriminante, mais dans un sens qu'on n'attend pas nécessairement : celles qui exercent dans des bourgs ruraux sont, pour 22,8 % d'entre elles, à effectuer une activité à moins du tiers en AIS, contre 13,5 % de celles qui travaillent dans de grandes villes. En toute logique, à l'inverse, pour une activité composée entre 55 % et 65 % d'AIS, cela concerne 22,8 % des infirmières qui travaillent en milieu rural et 27,6 % de celles qui travaillent en agglomération. Pour autant les écarts sont moins marqués chez celles qui ont une très forte activité. Il semble ainsi y avoir deux groupes d'infirmières en milieu rural : le premier qui effectue très peu d'AIS et le second qui en réalise au contraire beaucoup, là où les écarts sont bien moins marqués en ville. Rien d'étonnant alors à relever que ce sont les infirmières libérales qui travaillent en ville qui effectuent le plus d'actes. Celles qui travaillent en milieu rural sont 20,5 % à dispenser moins de 12 000 actes et celles qui travaillent dans de petites villes (2 000 à 10 000 habitants) sont 19,7 % dans ce cas. Par contre, celles qui travaillent en agglomération ne sont que 9,2 % à effectuer moins de 12 000 actes par an. À l'inverse, fort logiquement, pour un nombre d'actes important puisque compris entre 18 000 et 20 000, ce taux est respectivement de 11,4 %, 9,5 % et 17,8 %. On ne sera pas surpris de constater que si 16,7 % des infirmières libérales travaillent dans de grandes villes, c'est le cas de 26,5 % des infirmiers libéraux¹².

Autre constat *a priori* assez étonnant. Nous avons interrogé les unes et les autres sur leurs éventuels refus de nouveaux patients et sur les motifs invoqués. Environ 45 % d'entre elles ont répondu que cela ne leur arrivait pas. Par contre, ce sont celles qui effectuent le moins de soins d'hygiène qui évoquent le plus souvent, comme motifs de refus, le fait d'en avoir déjà trop.

¹² Au niveau national, la part d'infirmières libérales décroît régulièrement au fur et à mesure que l'on a affaire à des tranches d'unité urbaine importantes. Elle va de 89,2 % dans les communes rurales à 82,7 % dans les unités urbaines de plus de 200 000 habitants. Daniel Sicart. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2004, Drees, Document de travail, série statistique, n° 68, 2004, p. 26.

Motifs du refus de nouveaux patients (en %)

	Pas de refus	Refus sans précision	Refus pour domicile trop éloigné	Refus pour surcroît de travail	Refus puisque déjà trop de soins d'hygiène	Refus puisque quota atteint	Refus pour autres raisons	Total
Moins du tiers d'AIS	41,0	2,3	10,8	20,3	15,8	3,2	6,8	100,0
Entre 35 et 45 %	35,6	3,8	5,3	30,3	11,4	8,3	5,3	100,0
Entre 45 et 55 %	45,5	3,8	5,1	25,6	9,0	7,1	3,8	100,0
Entre 55 et 65 %	47,5	2,0	9,9	30,7	2,5	4,5	3,0	100,0
Entre 65 et 75 %	49,1	0,6	6,7	27,9	4,8	7,9	3,0	100,0
Plus des ¾	46,4	2,4	2,4	27,4	2,4	10,7	8,3	100,0
Total (n = 961)	44,2	2,4	7,5	26,6	8,2	6,2	4,8	100,0

Ces infirmières sont à la fois celles qui refusent le moins de nouveaux patients mais qui *de facto* paraissent les sélectionner, en évoquant un trop grand éloignement de leur lieu d'exercice habituel et/ou le fait d'avoir déjà trop de soins d'hygiène, alors que ce n'est pas le cas, puisque justement ce sont elles qui en font le moins.

Le statut intervient aussi dans le nombre d'actes effectués et dans la part d'AIS. Il n'y a pas d'écarts majeurs entre les infirmières libérales qui travaillent seules et celles qui travaillent à plusieurs (sauf dans la tranche 12 000 à 14 000 actes, un écart de 5 %) pas plus qu'entre celles qui sont associées en gardant chacune leur chiffre d'affaires et celles qui le partagent (au sein d'une SCP par exemple). Par contre les collaboratrices effectuent bien moins d'actes : 30,9 % d'entre elles dispensent l'équivalent de moins de 12 000 actes, 20,6 % de 12 000 à 14 000 là où les « titulaires » ne sont respectivement dans ces tranches basses qu'à 15,2 % et 16,2 %. Ces collaboratrices, très nettement, ont, dans leur activité, une part d'AIS bien plus forte et, ici, le fait de travailler seule ou non change aussi beaucoup la donne.

Part d'AIS dans les actes réalisés selon le statut de l'infirmière libérale (en %)

	Seule	Associée (chacun son C.A.)	Associée (C.A. partagé)	Collaboratrice	Remplaçante et autres cas de figure	Ensemble
Moins du tiers d'AIS	39,5	23,5	12,4	8,7	21,9	22,7
Entre 35 et 45 %	13,6	13,5	16,8	7,2	15,6	13,9
Entre 45 et 55 %	12,3	15,8	22,3	10,1	21,9	16,4
Entre 55 et 65 %	11,1	20,8	28,2	24,6	18,8	20,9
Entre 65 et 75 %	16,7	15,3	15,8	34,8	15,6	17,2
Plus des ¾	6,8	11,1	4,5	14,5	6,3	8,9
Total (n = 961)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Celles qui travaillent seules ont une part d'AIS dans leur activité beaucoup plus réduite et les écarts sont aussi très marqués selon que l'on a affaire à des infirmières qui sont simplement associées où qui sont établies dans le cadre de SCP.

Ultime vérification, nous avons mis en perspective le nombre d'actes réalisés et la part d'AIS.

Part d'AIS selon le nombre d'actes réalisés (en %)

Part d'AIS	Moins du tiers	Entre 35 et 45 %	Entre 45 et 55 %	Entre 55 et 65 %	Entre 65 et 75 %	Plus des ¾	Ensemble
Nombre d'actes							
Moins de 12 000	26,5	15,0	16,9	13,0	12,3	11,1	16,7
12 000 à 14 000	17,5	18,3	12,7	15,8	17,5	18,1	16,5
14 000 à 16 000	33,0	28,3	32,4	25,0	24,7	29,2	28,8
16 000 à 18 000	10,0	23,3	20,4	25,5	24,0	19,4	20,1
18 000 et plus	13,0	15,0	17,6	20,7	21,4	22,2	17,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La tendance est celle déjà observée dans d'autres études, à savoir la relation entre le fort nombre d'actes réalisés et la part croissante des AIS alors effectués.

312. Les soins

Cette seconde partie va nous conduire à changer de perspective pour rendre compte du travail de soins des infirmières libérales. Après l'avoir abordé du point de vue de l'activité « prescrite » (à partir de l'approche réglementaire donc), nous nous proposons de l'appréhender à partir de l'activité « réelle ». L'ergonomie souligne en effet que dans le travail, quel qu'il soit, tout n'est pas prévu, et que tout ne peut pas être prévu¹³. Dans ce sens, le travail n'est jamais qu'une simple exécution. Il faut sans cesse interpréter, improviser, ruser, imaginer... Ce que ne manquent pas de faire, nous le verrons, les infirmières libérales rencontrées. Dans un premier point, nous commencerons par restituer la manière dont ces professionnelles rendent compte de leurs tâches quotidiennes. Nous constaterons que ces descriptions s'inscrivent toujours dans un système de représentations et d'idéologies professionnelles qui contribue à les organiser, à les hiérarchiser et à leur donner sens. Dans ce même point, il sera également question de l'évolution du travail infirmier depuis ces dernières années. Ce détour par le passé, et par les premières années de carrière en particulier, apporte un autre éclairage sur l'activité actuelle. Le second point s'attachera à saisir les marges dont disposent ces infirmières pour fixer le contenu de leur activité de soins. Nous verrons en effet que le médecin, à travers ses prescriptions, n'est pas celui qui détermine à lui seul la nature du travail infirmier. En lien avec le caractère indépendant de leur exercice, ces soignantes ont la possibilité de moduler le volume et la structure de leur activité par la mise en œuvre de certains procédés de sélection des soins. Autrement dit, c'est toute une part d'organisation « clandestine »¹⁴ du travail infirmier qui sera abordée ici. Dans les trois derniers points de cette partie, nous mettrons en lumière le rapport à l'activité des infirmières libérales, en dégageant les éléments qui constituent pour elles des sources de satisfaction au travail et ceux qui, à l'inverse, sont plutôt vécus comme des contraintes. Ce rapport à l'activité sera exploré à

¹³ Danièle Le Boul, « Quels apports de la psychodynamique du travail en entreprise ? », *Journée rencontres, MSA-ANACT*, Pontivy, 20 avril 2004.

¹⁴ Sur cette notion, voir Gilbert De Terssac, *L'Autonomie dans le travail*, Paris, PUF, 1992.

partir de trois dimensions bien spécifiques du travail infirmier : l'intimité corporelle, la douleur et la mort.

Le contenu de l'activité saisi du point de vue des infirmières libérales

« Une journée type, oui il y a des jours qui se ressemblent. Alors là, c'est assez calme ces temps-ci, ce sont les vacances donc ça tombe très bien, mais il y a toujours des surprises. Ce matin, j'ai commencé par une jeune handicapée. Après, donc là, j'ai aidé à faire sa douche, on a des sièges spéciaux dans baignoire. Après je suis allée à la maison de retraite, pour un monsieur. Lui, il était en externe mais ça ne devenait plus gérable en externe, donc là il est arrivé en maison de retraite, donc c'était une toilette. Après, je suis allée faire une prise de sang, rue de la Libération. Après c'est une personne qui est suivie par le CMP, une personne qui a des bas à varices, distribution de médicaments. On ne peut pas leur laisser les médicaments à la maison, sinon il y a des tentatives de suicide. Même tous les jours, on passe, on a la clé si c'est ouvert. Après je suis allée chez un monsieur qui a la maladie de Parkinson, et qui a des difficultés à la marche. Bon, sa femme est valide, et donc moi je suis allée pour la toilette et l'habiller. Il a des problèmes d'orteil avec d'importantes mycoses et c'était complètement décollé, donc j'ai appelé le médecin. Après là, c'est un monsieur qui a des séquelles d'hémiplégie et de conséquences de l'alcoolisme. Maintenant il ne peut plus boire, donc là j'ai été le mettre dans son fauteuil roulant. Après j'ai un diabétique. Cette personne vient de rentrer de l'hôpital et elle a également des séquelles d'une hémiplégie, donc j'ai été l'aider à s'habiller et mettre ses bas à varices. Ce monsieur, lui, il est dépendant depuis pas mal de temps, il est en fauteuil roulant, des atèles. Sa femme a des problèmes de hanches Ce monsieur, il nous attend pour déjeuner. Il ne peut pas sortir tout seul de son lit, il y a pas mal de manipulations à faire avec lui. Ici également, c'est pas sa femme, c'est les deux mêmes noms mais ce n'est pas de la même famille. Elle a perdu son mari il n'y a pas longtemps, elle a des difficultés à la marche, de vue. Alors ici c'est une distribution de médicaments parce que c'est une personne alcoolique. Il a fait des crises d'épilepsie. Si on lui laisse les médicaments il ne les prend pas et donc il fait une crise d'épilepsie, donc ! Là cette dame, elle a un plâtre, donc elle a des injections d'Ovenox. Aujourd'hui j'ai fait appel à SOS médecins, car elle a fait une rupture de varice sur une jambe, donc j'ai fait appel à SOS médecin pour voir s'il n'y avait pas d'autres soucis. Et puis je suis retournée voir la jeune fille du début de matinée, chez qui il y a un sondage 4 fois par jour, c'est une myopathie et donc elle n'arrive pas à complètement vider sa vessie, donc tous les jours il faut faire un sondage, et là elle part à Roscoff – et ma collègue c'est pareil, elle a un monsieur qui a une sclérose en plaques donc des sondages à 7h du matin –. Après là, c'est à la maison de retraite pour une toilette. Là c'est une prise de sang, une femme qui a des chimios. Cette personne c'est une distribution de médicaments, elle est suivie par le CMP. Ici, c'est un monsieur qui est amputé des deux jambes ; il est diabétique et il a un cathéter suspubien, c'est-à-dire que les urines s'écoulent dans un sachet. Cette dame, elle est âgée, donc on y va pour la toilette. Cette dame a une maladie dégénérescence musculaire, on ne sait pas trop, on a parlé d'une myopathie, mais c'est pas tout à fait ça, et donc elle est dans son lit, complètement grabataire. On la lève avec un lève malade. L'autre personne après, c'est une distribution de médicaments. L'autre ici également. Après on retourne chez le monsieur de 7 heures du matin, qui a une sclérose en plaque pour un sondage. Après, là, c'est une jeune personne qui a fait une phlébite sous plâtre pour une rupture du tendon d'Achille. Ici c'est une personne qui a une chimiothérapie pour

l'ablation d'un sein. Après, on retourne recoucher la personne qui a la myopathie supposée. Et ce monsieur c'est de la surveillance, il est diabétique, on contrôle son diabète. Après, à 13 heures 30, on retourne sonder la personne de 7 heures et puis le soir ce sont des couchers, distributions de médicaments. Et ça se met à sonner et ça dépend si la famille est capable de gérer ça ou pas ».

Jacqueline
(exercice de groupe en secteur urbain)

Cette énumération des actes réalisés au cours d'une journée ordinaire qualifiée de « *calme* », témoigne de la diversité, mais également de la réitération des soins produits auprès de patients, qui présentent des pathologies et/ou des handicaps eux-mêmes variés. Ainsi, les actes répertoriés dans la nomenclature (NGAP) sont une chose, ceux qui sont inventoriés par les infirmières libérales en sont une autre. Sur ce point, l'analyse de contenu du corpus d'entretiens conduit à relever l'existence d'une catégorisation indigène de ces actes quelque peu différente de la classification administrative officielle. Cet ordonnancement fait appel aux représentations professionnelles qui appréhendent le soin à partir de deux dimensions souvent présentées comme étant diamétralement opposées : la dimension technique et la dimension relationnelle¹⁵. De telles conceptions amènent alors à opérer une distinction entre des actes qualifiés de « *nursing* » (axés sur des soins d'hygiène, de confort et de réconfort du malade) et des actes qualifiés de « techniques » (c'est-à-dire des soins à visée thérapeutique, qui recourent à des gestes et des matériels spécialisés). Le tableau suivant recense – sans être exhaustif – les types de soins qui, aux yeux des infirmières libérales, s'inscrivent dans l'un ou l'autre de ces pôles.

Pôle nursing et confort	Pôle technique
- Levers et couchers	- Injections : intraveineuses , intramusculaires, sous-cutanées...
- Mobilisation, changements de positions	- Perfusions
- Habillage, déshabillage	- Prises de sang
- Toilettes : douches, « petites toilettes »	- Pansements
- Pommadages	- Nutrition parentérale
- Changes	- Soins d'escarres
- Aides à l'élimination : sondes urinaires, étuis péniens	- Ablation de fils de suture
- Soins de bouche	- Insulino-thérapie (patients diabétiques)
- Toilette mortuaire...	- Chimiothérapie
	- Dialyse
	- Soins palliatifs (pompes, chambres implantables)...

À côté de ces soins techniques et de *nursing* qui sont également spécifiés par les infirmières hospitalières¹⁶, émerge une troisième catégorie d'actes, centrés sur la prévention (des complications ou des aggravations liées aux pathologies traitées) et sur l'éducation thérapeutique du patient (autour de l'observance et du bon usage des médicaments prescrits, des conseils diététiques, etc.). Enfin, une quatrième variété d'actes concerne les soins qui ne sont pas reconnus par la nomenclature et qui ne font donc l'objet d'aucune rémunération (de

¹⁵ Sur le contenu de cette idéologie professionnelle voir Jacques Saliba, Brigitte Bon-Saliba, Brigitte Ouvry-Vial, « Le technique et le relationnel » in *Les Infirmières, ni nonnes, ni bonnes*, Paris, Syros, 1993, pp. 98-102.

¹⁶ Voir Anne Vega, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *op. cit.*, pp. 103-115.

fait, comme nous le développerons plus loin, certaines infirmières se refusent à réaliser de telles tâches).

Pôle prévention, surveillance, éducation du patient	Pôle hors NGAP
<ul style="list-style-type: none"> - Vaccinations : anti-grippe, tests tuberculiques... - Surveillance médicamenteuse : préparer le pilulier (semainier pour les malades les plus autonomes et journalier pour les autres), contrôler les prises (« <i>Il y en a un qui a la maladie d'alzheimer. Si on le laissait préparer ses médicaments tout seul, ce serait une catastrophe</i> ». Anne-Marie). - Prévention des complications : vérification de la tension artérielle, examen des pieds chez les diabétiques, soins prévenant l'apparition d'escarres. - Conseil et information : régime alimentaire pour les diabétiques... 	<ul style="list-style-type: none"> - Pose de bas de contention - Instillations oculaires...

Au-delà de la description que les infirmières libérales font de leur activité de soin, il est utile d'explorer le rapport qu'elles entretiennent à cette même activité. Ce rapport peut être saisi à partir des changements ayant affecté le contenu de leur travail de soin depuis leurs débuts dans le métier¹⁷. Effectivement, au cours des entretiens, les enquêtées ont fait état de manière très spontanée de l'évolution de leur activité au fil de leur expérience libérale. Vécues tantôt positivement, tantôt négativement, ces transformations font écho aux satisfactions et insatisfactions liées à leur pratique actuelle. Ces aspects renvoient à la question de la « souffrance » et du « plaisir » au travail explorée par la psychodynamique du travail : « *Le travail ouvre donc un espace de construction de la compétence et de l'identité. Envisagé sous cet angle, il est facteur d'enrichissement, d'équilibre et de santé (...) L'espace de liberté, de cheminement est en même temps un espace d'incertitude, d'inquiétude, de souffrance* »¹⁸.

Les impressions concernant l'évolution de la demande de soins infirmiers en secteur libéral sont pour le moins très partagées. Quelques professionnelles font le constat d'une élévation du nombre de soins dispensés en lien avec l'accroissement généralisé de la consommation médicale et l'intérêt accru pour la santé au sein de la population :

« *Tout le monde va chez le médecin pour un oui ou pour un non* ».

Léa

D'autres infirmières (plutôt majoritaires) observent la tendance inverse. Dans ce cas, la réduction de l'activité est attribuée à la mise en œuvre de mesures publiques visant à réduire les dépenses de santé (comme celles qui ont été instaurées par le « plan Juppé »). Elisabeth note ainsi que les médecins prescrivent de moins en moins de soins infirmiers et une autre infirmière remarque :

« *On voyait des gens, bon c'était de la bobologie, en période de vacances, et donc à partir du moment où toutes ces choses-là ne sont pas prises en charge par les caisses, ils ne le font pas, ceux que l'on voit, c'est en cas d'urgence. Mais il n'y a plus ces soins que j'appellerais des soins de confort, donc ces gens là frappaient à notre porte en été, donc ça a beaucoup diminué, et je pense que c'est général, quand on a des soins maintenant ce sont des soins dont*

¹⁷ Rappelons que les données obtenues dans le cadre de notre enquête par questionnaire indiquent que les installations les plus nombreuses ont eu lieu entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990 : près de la moitié des professionnelles interrogées se sont en effet installées entre 1985 et 1994. Ces infirmières ont donc suffisamment de recul pour préjuger de l'évolution de leur métier sur une, deux, voire trois décennies.

¹⁸ Danièle Le Boul, « Quels apports de la psychodynamique du travail en entreprise ? », *op. cit.*

on a réellement besoin, donc c'est vrai qu'au niveau tourisme on voit moins, sauf pour les pansements, des gens qui ne peuvent pas échapper aux soins ».

En outre, les professionnelles ont assisté à l'alourdissement des pathologies ou des handicaps pris en charge sous l'effet du développement des politiques de maintien à domicile des personnes fragilisées. Cette dernière évolution est perçue positivement à trois titres. D'abord, on estime que le maintien à domicile est une bonne chose pour le patient comme pour sa famille (qualité de vie) et ensuite, la prise en charge sanitaire extrahospitalière est jugée tout à fait satisfaisante (qualité des soins). Enfin, l'alourdissement des pathologies induit une complexification des soins dispensés, soins jugés de ce fait de plus en plus intéressants :

« On ne fait pas plus à l'hôpital que ce qui est fait là ».

Jacqueline

Pourtant, d'autres ne sont pas de cet avis, à l'instar d'Yvonne qui dénonce les recours massifs et excessifs à l'hospitalisation, en particulier pour des personnes très âgées :

« On a l'impression que la profession va disparaître (...) Dès que ça ne va pas trop, on ne les garde plus à la maison (...) Autrefois, j'ai passé des nuits avec des personnes qui allaient mourir. »

En dehors de ces considérations relatives au volume global d'actes produits, les infirmières s'expriment au sujet de la nature même des soins produits. Ainsi, certains soins se raréfient, voire disparaissent, tandis que d'autres font leur apparition ou se multiplient sous l'effet de la transformation de la relation thérapeutique et des innovations médicales.

Dans le courant des années 1970 et 1980, les injections et dans une moindre mesure les perfusions constituaient une large part de l'activité de l'infirmière libérale. Ce n'est plus le cas à l'heure actuelle. Ces changements¹⁹ sont d'abord à mettre en rapport avec les progrès pharmacologiques qui ont contribué à transformer les modes d'administration des produits. Les médicaments qui autrefois étaient injectés sont aujourd'hui administrés sous d'autres formes : patchs (pour la désensibilisation aux allergènes par exemple) et comprimés (pour les antibiotiques). Par ailleurs, certaines injections ont été confiées aux patients ou à leurs proches (par exemple les injections d'anticoagulants ou encore d'insuline). À cet égard, la progression des autosoins a pu développer chez les infirmières libérales un sentiment de dépossession de certaines de leurs anciennes prérogatives²⁰. En parallèle, cette évolution s'accompagne de la disparition progressive d'une infirmière libérale associée à l'image de la « piqueuse ». Au sujet de cette catégorie de représentation, Fabienne Midy²¹ écrit « Elle est

¹⁹ À ce sujet, voir aussi Agnès Bodechon, « L'exercice libéral aujourd'hui : vers une profonde transformation », *op. cit.*, p. 46.

²⁰ Depuis les années soixante, les alternatives à l'hospitalisation pour le traitement des maladies de longue durée se sont développées. Dans ce nouveau contexte, les personnes malades assurent elles-mêmes une partie, voire la totalité de leur propres soins à leur domicile privé (cas des insuffisants rénaux dialysés ou des diabétiques insulino-dépendants). Voir Florence Douguet, « L'ajustement des normes mobilisées par les professionnels à l'égard des personnes souffrant d'insuffisance rénale in François-Xavier Schweyer, Simone Penneç, Geneviève Cresson, Françoise Bouchayer, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions ENSP, 2004, pp.185-195.

²¹ Fabienne Midy, *Les infirmières : l'image d'une profession*, *op. cit.*, p. 12.

vue, tour à tour, comme une “sainte laïque”, puis comme une auxiliaire technicienne du médecin : “la piqueuse”. Cet extrait du témoignage d’une infirmière est éloquent : “J’ai souvent entendu dire : ça ne doit pas être drôle de faire des piqûres toute la journée ! Premièrement, l’infirmière n’est pas seulement une piqueuse comme on nous appelle souvent, mais est appelée à faire tous les soins” (Knibielher, p. 196) ». Les infirmières libérales qui ont précédé les enquêtées, c’est-à-dire les « anciennes », sont perçues de la sorte :

« Je me souviens, il y avait une infirmière, elle laissait tourner son moteur, les gens l’attendaient avec la fesse découverte ! Alors on faisait de l’abattage, mais on pouvait parce qu’il y avait énormément d’injections, et puis on y allait matin et soir pendant 15 jours d’antibiotiques... »

Francine

« Elles ne faisaient que ça, piquer, toute la journée ».

Anne-Marie

Les infirmières observent que les médecins généralistes et plus encore les médecins hospitaliers (et notamment les chirurgiens semble-t-il) incitent de plus en plus les patients et leurs proches à participer à la production de leurs soins. Ces constats témoignent des effets de la transformation de la relation soignant-soigné : « La relation malade-médecin était jusque-là dominée par la figure vocationnelle du soignant, ses qualités d’écoute et d’empathie, opposées au statut inférieur du soigné “aveugle, douloureux et essentiellement passif”, suivant une formule du premier Président de l’Ordre des médecins, Louis Portes (Portes, 1954). La prise d’autonomie devient appréciable à l’aune de la qualité du consentement du sujet de soins, défini comme un “citoyen libre, adulte et responsable” (Rapport Evin)²² ». Ainsi, les actes réalisés par les patients eux-mêmes ne se limitent pas à certaines injections, mais concernent d’autres soins encore, comme par exemple les pansements :

« Oui, moins de perf à domicile, mais je fais quand même des perfusions de compléments de chimiothérapie, des trucs comme ça, quelquefois en fin de vie pour une hydratation suffisante, mais tout est relatif par rapport à ça, parce que maintenant on perfuse plus systématiquement. Un temps, on avait nettement plus de pansements ou de choses comme ça, parce que ici certains intervenants faisaient revenir les gens à la consultation de l’hôpital, alors que bon. Mais bon là, et on sent aussi qu’il y a des encouragements envers les familles à faire les soins eux-mêmes, ça c’est manifeste ! Vous pouvez faire, même les piqûres de Fragmine et tout ça, ils leur disent carrément, soit au mari ou la personne elle-même, ou à la femme de faire les piqûres elle-même. On le sait, parce qu’il y a des personnes qui refusent et qui finalement obtiennent une ordonnance pour que l’infirmière le fasse, mais je pense qu’il y en a plein qu’on ne sait pas ! Oui, l’hôpital, dans différents services, que ce soit en clinique aussi bien, oui. Et les pansements c’est pareil, j’ai eu des appels de personnes qui avaient des pansements où vraiment c’était impossible d’atteindre en plus la plaie, ou quoi que ce soit parce qu’elle était située dans le dos, et débrouillez-vous, faites appel à un voisin, même j’ai entendu ! J’ai été appelée par deux personnes, elles ont réussi à décider le médecin traitant alors qu’il y avait une ordonnance, mais c’était même avec des pansements avec méchage dans le dos et il fallait que la personne se débrouille toute seule ! Ou qu’elle appelle, et évidemment elle a appelé son médecin parce qu’elle n’y arrivait pas et qu’en plus ça se compliquait, mais elle a quand même essayé. Mais ça se compliquait, et effectivement il a fallu rouvrir un peu, enfin ça

²² Anne-Marie Moulin, « Ordre et désordre dans le champ de la santé » in François-Xavier Schweyer, Simone Pennec, Geneviève Cresson, Françoise Bouchayer, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions de l’ENSP, 2004, p. 26.

c'était..., enfin elle ne pouvait pas mécher, ce n'était pas possible ! Et c'était vraiment très vilain, et cela a nécessité des interventions tous les deux jours, mais ça a duré quand même un petit mois ! »

Rolande

En contrepartie, les infirmières libérales indiquent réaliser des pansements de plus en plus « compliqués », « délicats », « spécifiques » ou « post-opératoires ». La complexification de ce type de soin s'explique par la diminution de la durée moyenne de séjour des patients accueillis dans les services hospitaliers, notamment dans le secteur chirurgical :

« Avant, quand on avait un pansement, c'était rapide. Maintenant, ce n'est pas de la rigolade ».

Lucie

Au regard de la pratique soignante, de tels actes sont jugés « plus gratifiants » dans la mesure où ils permettent de renforcer la dimension technique de l'activité. Néanmoins, ils sont aussi jugés peu rentables sur le plan financier, dans la mesure où ils sont rémunérés « au forfait », c'est-à-dire indépendamment du temps passé auprès du malade.

Par ailleurs, même si elles représentent encore une part non négligeable de l'activité, les prises de sang sont moins nombreuses qu'il y a plusieurs années :

« Avant on prescrivait une prise de sang pour le moindre bobo ».

Anne-Marie

Enfin, les actes qui ont fait leur apparition en cours de carrière sont les soins palliatifs et les chimiothérapies. Au sujet des premiers, on décrit la plus grande fréquence des accompagnements de vie (concernant notamment les malades plutôt jeunes atteints de pathologies graves comme le cancer) et la prise en charge de la douleur (la banalisation de l'usage de la morphine est souvent évoquée). Nous reviendrons plus en détail sur ces aspects. Au sujet des chimiothérapies, les propos sont empreints d'une certaine amertume. En effet, une proportion non négligeable d'infirmières libérales s'est formée à la chimiothérapie, et finalement contrairement à ce qui avait pu être annoncé, ces soins n'ont pas connu l'essor escompté. Si certaines parviennent à réaliser de telles prises en charge grâce à leur bonne insertion au sein de réseaux formels et informels (HAD, réseaux de soins, systèmes d'interconnaissance de médecins libéraux et hospitaliers...), les autres expriment leur déception et leur sentiment d'avoir été dupée :

« En fait, les médecins n'envoient personne à domicile. On n'a eu qu'une seule qui est venue en chimiothérapie à domicile. C'était quelqu'un qui habitait L. et qui venait en vacances à C., donc là, on nous avait appelés, et on nous avait demandés si on avait la formation et j'ai dit oui. (...) Non, disons, ça devait s'étendre à domicile et je voulais être prête. On était prête, on n'a pas eu, bon peut-être que ça marchera mieux d'ici une dizaine d'années ».

Ankita

Les modalités de sélection et de refus de certains soins

À leurs débuts, les infirmières libérales rencontrées sont bien souvent contraintes d'accepter toutes les demandes de soins afin de constituer leur clientèle. Par la suite, lorsque le volume de leur activité atteint un niveau suffisant, voire lorsque la demande de soins dépasse l'offre, les professionnelles ont la possibilité de sélectionner les actes jugés les plus intéressants, tant sur le plan de la pratique que sur le plan financier²³. Cette transformation de l'activité au fil de l'avance en carrière est corroborée par les résultats de l'enquête par questionnaire qui indiquent que les infirmières récemment installées effectuent plus d'AIS – et notamment de toilettes – que leurs homologues installées depuis de longtemps²⁴ (cf. partie précédente). Les années passant et le niveau global de leur activité s'élevant, les infirmières libérales ont donc tendance à opérer une sélection des soins qu'elles dispensent. On observe que ces choix obéissent souvent aux mêmes principes et que les actes privilégiés ou au contraire dépréciés sont sensiblement les mêmes d'une infirmière à l'autre. Ce sont ces stratégies d'arbitrage ainsi que leurs déterminants que nous cherchons à mettre en visibilité ici. Sur la base de quel(s) critère(s) une demande de soins est-elle acceptée ou au contraire rejetée ? Quelles sont les limites de ces règles informelles de structuration de l'activité ?

Les ajustements du contenu du travail infirmier dépendent en premier lieu du niveau d'activité du moment :

« Quand on n'a plus de place, alors à nous de fixer notre quota ».

Irène

(qui n'a jamais dépassé les « quotas » officiels, même si elle en été proche)

« Ca dépend suivant notre planning. On s'est vu refuser des nursings parce que sinon à quelle heure on aurait fini. (...) Nous, les gens à 10 heures 30, il faut qu'ils soient debout, donc après c'est des pansements, des injections ».

Jacqueline

Pour certaines, cette forme d'autorégulation participe pleinement à la qualité des soins produits dans la mesure où ceux-ci ne sont pas réalisés en « quatrième vitesse ». Cependant, maintenir sa pratique à un niveau jugé raisonnable pour la qualité des soins, fait courir le risque d'une baisse imprévisible de l'activité (et des revenus qui en dépendent). Ainsi, sur un laps de temps relativement court, la clientèle de Françoise s'est trouvée fortement diminuée en raison de la survenue de plusieurs décès. Ce déficit l'a contrainte à effectuer des remplacements dans d'autres cabinets infirmiers. En dépit de ces difficultés, l'option retenue peut être appréhendée comme un moyen pour éviter de tomber dans le « piège du libéral »²⁵ :

« Moi je préfère comme ça, je ne me sens pas acculée ».

Françoise

²³ Nous l'avons signalé plus haut, un peu plus de la moitié des infirmières ont indiqué avoir refusé de nouveaux patients au cours des trois mois précédents la passation du questionnaire. Le motif le plus fréquemment évoqué pour justifier ces refus est une charge importante de travail.

²⁴ Bien entendu, cette transformation du contenu de l'activité au fil de l'avance en carrière dépend aussi de la démographie locale. Comme nous l'avons déjà signalé dans le point précédent, plus la densité professionnelle est élevée plus la proportion d'AIS est forte. La part de personnes âgées résidant sur un territoire donné affecte également cette distribution.

²⁵ Nathalie Duville, « L'exercice des infirmières libérales : une autonomie illusoire ? », *op. cit.*, p. 102.

Le *turn-over* des patients peut également affecter la structure de l'activité. Ainsi, Jacqueline signale qu'au moment de l'entretien, elle réalise plus de soins AMI que de soins AIS (en raison de plusieurs décès intervenus récemment) mais qu'à d'autres moments ces proportions peuvent être inversées.

La distance géographique est le second élément qui pèse dans les arbitrages de l'activité soignante. Ainsi, en secteur rural, les infirmières peuvent refuser de soigner les malades qui résident en dehors de leur secteur d'intervention, d'autant plus si ceux-ci demeurent sur la zone réservée au cabinet concurrent :

« Sur F. on a des gens qui nous ont supplié de venir faire leurs soins. On y est allé et le Monsieur a ensuite eu une chimio. Il voulait qu'on aille faire sa chimio, donc on a dit "on ne va pas courir là-bas faire une chimio", donc on a dit non, surtout qu'il y avait des infirmières plus proches qui pouvaient le faire aussi ».

Léa

Françoise qui exerce dans un secteur semi-rural, écarte les demandes de soins qui proviennent de malades résidant à plus de 10 kilomètres de son cabinet. En ville, certains quartiers jugés trop éloignés du secteur d'intervention ou bien difficiles d'accès (en raison des problèmes liés à la circulation automobile par exemple) seront également écartés :

« On perd son temps et on perd son argent, ce n'est pas pour 2 euros 90 de déplacement. Vous allez à P., vous avez 2 euros 90 de déplacement, donc ça ne vaut pas le coup. Donc, on essaye de se limiter ».

Jacqueline

En général, les infirmières ont pour habitude de « réorienter » les patients qu'elles n'ont pas accepté de soigner vers d'autres cabinets. Cependant, il arrive aussi qu'elles finissent par admettre, malgré tout, de telles sollicitations. Sur ce point, nous pouvons repérer deux exceptions à cette règle de sélection. Certains médecins adressent leurs patients à tel ou tel cabinet infirmier dont ils reconnaissent la qualité du travail mené. Cette manière de faire n'est pas sans rappeler les diverses formes de recommandations formulées entre pairs de la profession médicale. De fait, ces demandes, qui apparaissent légitimes aux yeux des infirmières sont généralement acceptées indépendamment de la prise en considération du critère géographique. L'autre exception concerne les patients qui résident à la limite du secteur couvert par le cabinet sollicité :

« Oui, ou alors si c'est juste à la limite. Si c'est juste à la limite et qu'on connaît bien les gens, là on y va, mais on allait avant au bourg de L, et maintenant on refuse parce que c'est trop loin ».

Léa

Le troisième critère intervenant dans l'arbitrage des demandes se rapporte à la nature même des soins prodigués. En effet, lorsque le volume de l'activité le permet, les infirmières n'hésitent pas à retenir prioritairement les tâches jugées les plus intéressantes. Celles-ci concernent les soins les plus techniques, les plus délicats et les plus précis comme les injections intraveineuses, les pansements difficiles, les chimiothérapies ou encore les soins d'escarres profonds. Cette tendance rappelle la valorisation du rôle technique constatée chez les infirmières hospitalières : *« La tendance dominante devient ici celle de l'affirmation de*

fait de la technicité de l'acte infirmier, au détriment de la dimension relationnelle du soin, bien que la bipolarité technique/relationnelle du travail infirmier à l'hôpital se module de façon très différente selon les services et les spécialités médicales »²⁶. Jacqueline qui se définit comme « *technicienne dans l'âme* », en référence à sept années d'expérience dans un service de réanimation témoigne d'une perte de technicité inhérente à la pratique libérale. À cet égard, la nature des soins qu'elle dispense à sa clientèle ne lui apporte pas toujours entière satisfaction :

« On a eu très longtemps des soins très intéressants. Enfin dommage pour les personnes, parce que c'était une fin de vie, mais c'étaient des pompes de perfusion sur chambres implantables ».

Cette possibilité de choisir, de sélectionner constitue l'une des marges d'autonomie des infirmières libérales. Parfois, cette sélection peut aller jusqu'à l'instauration d'une véritable spécialisation. Ces stratégies de spécialisation se retrouvent plus souvent chez les infirmières et les infirmiers installés depuis plusieurs années. Ayant atteint un niveau d'activité plutôt très élevé²⁷, celles-ci, ceux-ci repoussent les soins de *nursing* au profit des soins techniques (cotés AMI). Sur le modèle de la profession médicale, elles et ils développent une pratique infirmière hyper spécialisée, essentiellement centrée sur la réalisation des chimiothérapies, des dialyses péritonéales ou encore des perfusions sur cathéters centraux²⁸. Ces actes qui font appel à des techniques de pointe, délicates à maîtriser, sont doublement rentables. Sur le plan symbolique, ils sont valorisants et sur le plan financier, ils sont valorisés :

« J'ai assez de boulot. Je me spécialise dans ce qui paye »

Pierre

La sélection des soins s'opère aussi en fonction des pathologies à traiter (quatrième critère). La prise en compte de l'intérêt de la pathologie pour la pratique infirmière conduit à distinguer les *bons malades* des *mauvais malades*²⁹. Les mauvais malades sont des patients déjà lourdement dépendants et/ou qui risquent de connaître à l'avenir une dégradation de leur état. Il s'agit par exemple des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de celles qui sont « *grabataires* » ou encore de celles qui sont atteintes de pathologies de longue durée et

²⁶ Jacques Saliba, Brigitte Bon-Saliba, Brigitte Ouvry-Vial, *Les infirmières, ni nonnes, ni bonnes*, op. cit., p. 101.

²⁷ Nous l'avons souligné plus haut, le volume d'activité des hommes est supérieur à celui des femmes.

²⁸ Rappelons que ces stratégies ne concernent que les infirmières et infirmiers expérimenté(e)s. Ceux qui se situent en début de carrière acceptent au contraire tous les soins, y compris de très nombreuses toilettes, qui vont leur permettre à terme d'atteindre un niveau très élevé d'activité. Ce n'est qu'après avoir atteint ce niveau qu'ils pourront développer ces formes de spécialisation.

²⁹ Ces notions sont empruntées au sociologue américain Anselm Strauss : Anselm Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek, Carolyne Wiener, *Social Organization of Medical Work*, Chicago, University of Chicago Press, 1985. Plusieurs monographies hospitalières ont abordé cette opposition entre « *bons malades* » et « *mauvais malades* » au sein de services spécialisés. Voir Jean Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000 et Anne Vega, *Une Ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, op. cit.

qui avancent dans l'âge. Le désintérêt pour de tels patients tient à la longue durée et à l'incertitude associées à leurs *trajectoires de maladie*³⁰. En effet, avec de tels malades « *on ne sait pas où on va* ». Ces caractéristiques sont typiques des situations de maladies chroniques explorées par Isabelle Baszanger : « *Les maladies chroniques constituent aujourd'hui les pathologies dominantes dans nos sociétés. Leurs caractéristiques (incertitude, durée, gestion nécessaire opposée à guérison...) dessinent une situation sociale encore mal définie pour les acteurs de la maladie*³¹ ». Aussi, ce n'est pas tant la maladie en elle-même qui affecte la décision de « *prendre* » ou de ne « *pas prendre* » le malade demandeur de soins que le travail infirmier que celui-ci va impliquer sur le long terme. En outre, de telles situations pathologiques sont assimilées à la réalisation (présente ou à venir) de nombreux soins de *nursing* dont on cherche plutôt à se défaire. Dans ces conditions, les bons malades sont ceux qui présentent des pathologies aiguës curables et qui s'inscrivent dans une prise en charge thérapeutique de courte durée (quelques semaines tout au plus). C'est le cas des personnes soignées pour une fracture ou une bronchite aiguë par exemple. Le rétablissement et la guérison constituent l'issue normale de ces trajectoires de maladie.

Enfin, la sélection des soins peut s'opérer en fonction des savoirs et savoir-faire de l'infirmière libérale : si celle-ci ne maîtrise pas la technique de la dialyse péritonéale, elle ne sera pas en mesure d'accepter un tel soin et adressera le patient à un autre cabinet. Plus largement, ce sont les compétences collectives qui sont prises en considération avant d'accepter ou de refuser une demande de soin (cf. partie portant sur le fonctionnement du cabinet) :

« Moi non, je négocie suivant les capacités de ma collègue parce que moi étant issue du bloc opératoire, tout ce qui est très technique et pointu – comme j'allais en formation très souvent, j'aime bien suivre ce qui est nouveau et ce qui se fait-, je suis capable de faire donc tout ce qui est chimiothérapie, dialyse à domicile, ces choses-là. Ma collègue n'a jamais fait ça, elle ne va jamais en formation parce qu'elle a peur de ne pas être capable, donc je lui dis que "ce n'est pas en n'allant pas en formation que tu le seras plus." Elle attend que moi je lui montre d'abord, donc quand on a des cas particuliers ou des patients lourds, elle vient toujours avec moi voir, donc si je lui montre bien et que je lui dis "tu vois, il n'y a que ça à faire", je lui montre elle fait une fois devant moi et puis si elle arrive à faire, c'est bon. Si elle stresse trop, on ne fera pas et donc moi non plus, parce qu'on tourne auprès des malades ».

Ankita

Les principaux critères qui orientent les stratégies de sélection du contenu de l'activité soignante ayant été relevés, il est utile de s'attarder un peu plus longuement sur les stratégies d'arbitrage concernant la réalisation – ou pas – des toilettes (cotées AIS) et des activités non cotées.

Au sortir de l'hôpital, jamais Ankita n'aurait imaginé réaliser des toilettes... Et pourtant, aujourd'hui, son activité se compose de deux tiers de soins AIS et d'un tiers de soins

³⁰ « *Le terme trajectoire (renvoie) au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui y sont impliqués* ». in Anselm Strauss, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 29.

³¹ Isabelle Baszanger, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, n°1, 1986, p. 3.

AMI (alors même que son niveau d'activité n'est pas parmi les plus élevés : 13 000 actes par an). Ce faisant, la transformation du contenu de son travail l'a conduite à reconsidérer sa conception initiale de la toilette pour envisager cette tâche, habituellement dévolue aux aides-soignantes à l'hôpital, positivement³² :

« Derrière ce geste, il se cache autre chose. (...) J'ai pris conscience de l'importance de la toilette ».

Au-delà de ce cas particulier, la toilette constitue une question largement débattue dans le secteur libéral. Certaines enquêtées estiment que la toilette relève pleinement du rôle infirmier tandis que d'autres pensent que cette tâche n'est pas de leur ressort et qu'elle peut être confiée à d'autres acteurs. Entre ces deux extrêmes, les positionnements sont multiples : la toilette peut être réalisée par les infirmières mais dans certaines conditions... Pour comprendre la diversité de ces attitudes, il faut commencer par préciser que les toilettes réalisées actuellement sont jugées plus difficiles, plus compliquées qu'auparavant dans la mesure où elles concernent des malades plus lourdement atteints. Les politiques actuelles en direction des personnes handicapées et âgées mettent l'accent sur le maintien à domicile, ce à des niveaux de dépendance et de handicap très élevés. Aussi, les soins d'hygiène prodigués à de tels patients nécessitent de prendre de plus en plus de temps³³ et davantage de précautions. Dans ces conditions, les toilettes sont peu intéressantes sur le plan financier, comme sur le plan de la pratique : en secteur libéral, encore peut-être plus qu'à l'hôpital, les soignantes expriment le besoin de faire valoir leurs compétences techniques. Aussi, celles qui en ont la possibilité (infirmières à forte activité) refusent les toilettes et préfèrent les soins cotés AMI. Les autres s'en contentent :

« Nos soins sont très diversifiés parce que, on fait des nursings bien sûr. On fait des nursings parce que déjà on est obligé, c'est pas ce qui nous attire le plus franchement dans notre métier, mais bon ».

Anne-Marie

Comment ces refus de soins d'hygiène sont-ils assumés et gérés par les infirmières? Les demandes non satisfaites peuvent être réorientées vers des collègues ou des cabinets infirmiers qui acceptent de réaliser les toilettes ou bien vers des structures de soins à domicile (CCAS, SSIAD...). À ce sujet, les infirmières (à vrai dire plutôt les infirmiers) dont le niveau d'activité est très supérieur à la moyenne et dominé par les soins AMI voient peu d'inconvénients à ce que les toilettes soient déléguées aux aides soignantes, voire même pour quelques-uns aux auxiliaires de vie sociale. Par ailleurs, les infirmières peuvent inviter les familles des patients à *« se débrouiller par elles-mêmes »*. Comme nous le montrerons dans la partie suivante consacrée aux actes hors soins, l'entourage du patient est bien souvent considéré comme une ressource quasi naturelle d'aide. Il faut noter que certaines familles (ou les travailleurs sociaux qui accompagnent les patients) peuvent quelquefois exercer une pression sur les infirmières afin qu'elles consentent à dispenser ces soins d'hygiène.

³² Un tel renversement peut être analysé comme une forme de retournement du stigmaté. Voir Erving Goffman *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975.

³³ Une part trop importante de soins d'hygiène dans l'activité globale peut constituer un frein à l'acceptation de nouvelles demandes de soins, y compris plus intéressants que les premiers (injections, pansements).

D'un autre côté, certains facteurs peuvent au contraire inciter à l'acceptation des toilettes (y compris lorsque le niveau d'activité atteint déjà un niveau convenable). Tout d'abord, les toilettes peuvent avoir de l'intérêt à partir du moment où elles sont associées à d'autres soins, notamment des AMI. Ce sont donc principalement les « *toilettes seules* » qui sont jugées peu attractives. Ensuite, il existe toute une série d'exceptions. L'absence d'entourage familial peut inciter les infirmières à accepter des soins d'hygiène. De la même façon, la connaissance antérieure du patient (ou de sa famille) peut infléchir la décision de la professionnelle. Ainsi, les patients qui « *nous sont fidèles* », qui « *nous font confiance* » que « *l'on connaît depuis 25 ans* » ont-ils plus de chances que les autres de voir leurs demandes de soins aboutir. Il y a aussi parfois une sorte d'engagement moral des soignantes vis-à-vis des patients « *anciens* » qui se manifeste par le souhait de les accompagner « *jusqu'au bout* ».

« On ne peut pas dire à un ancien, on ne prend pas parce qu'on est complet ».

Françoise

« Quelqu'un qui est totalement inconnu et qui a une pathologie moyenne, on ne fera pas le forcing pour le prendre ».

Irène

La réalisation de la toilette peut être consentie pour assurer la continuité des soins :

« Quelqu'un est hospitalisé et a besoin de nursing en rentrant de l'hôpital, et bien je le prends en charge ».

Anne-Marie

Une autre exception concerne les demandes de soins provenant de nouveaux patients (non connus) mais pour lesquels on pressent une prise en charge de courte durée, à l'instar de malades en fin de vie dont on pense que la mort interviendra assez rapidement. Par ailleurs, malgré des schémas de trajectoires très incertains, les patients les plus jeunes – enfants, adolescents ou jeunes adultes atteints d'affections létales ou chroniques – ont semble-t-il plus de valeur que les autres (cet aspect sera développé plus longuement dans la partie suivante). Cette valeur est d'autant plus forte en libéral, que de tels malades sont « rares » puisque les clientèles sont en grande majorité composées de personnes très âgées. Pour de tels patients, les infirmières font très volontiers appel à la rhétorique professionnelle de la prise en charge « globale » du malade. C'est alors au nom de cette globalité des soins que l'on réalise des actes de nursing.

Pour terminer sur la question des toilettes, il importe de souligner qu'à tous les moments de la carrière libérale, il est possible de (re)faire des toilettes dans la mesure où la demande les concernant est très forte et en général non satisfaite. Ainsi, si le volume global de l'activité tend à diminuer en même temps que le chiffre d'affaire, il est toujours envisageable de reprendre des toilettes. Par exemple, Lucie qui s'est installée en 1979 « prenait tout » au moment de son installation, puis a refusé de réaliser des toilettes durant près de dix années. Cependant, une baisse momentanée de son activité (qu'elle attribue à la diminution des prescriptions d'injections d'antibiotiques), l'a contrainte à reprendre des toilettes « pour compenser ». Depuis quelques années, elle refuse à nouveau les toilettes. En ce sens, les AIS constituent bien une « variable d'ajustement de l'activité infirmière³⁴ » que

³⁴ CNAMTS, *L'activité des infirmières libérales*, op. cit., pp. 7-9.

l'on va mobiliser diversement en fonction de l'intérêt affectif, technique, financier et social des situations rencontrées.

Si l'on examine maintenant les soins non cotés, trois types d'attitudes émergent à leur égard. Pour mémoire, ces actes ne sont pas cotés dans la nomenclature (NGAP) et ne donnent pas lieu à rétribution (la pose de bas de contention et les instillations oculaires³⁵ en sont les exemples les plus typiques) Certaines infirmières refusent de réaliser de telles tâches « *bénévolement* » et en renvoient l'attribution aux proches du patient, en l'occurrence aux aidants familiaux ou bien aux autres aidants professionnels (aides à domicile). D'autres soignantes acceptent de les réaliser sans être rétribuées mais uniquement pour des malades à forte valeur : ceux que l'on connaît, que l'on soigne depuis longtemps, qui résident à proximité, etc. Enfin, d'autres mettent en place des tactiques qui vont leur permettre d'obtenir une rétribution – tout au moins partielle – de ces activités. Ainsi comme le stipule clairement Dorothée « *Il faut carotter (...) pour être payée* ». En voici trois exemples :

1. Si l'on se déplace au domicile du malade uniquement pour réaliser un tel soin, on le cote a minima (en « *surveillance médicamenteuse* » ou en « *soin d'hygiène* » par exemple).
2. On fait en sorte de réaliser cet acte en même temps qu'un autre acte coté. Souvent, on réalise ce soin sur le temps de la toilette, qui elle est payée au forfait (une demi-heure ou une heure selon les cas). L'acte non coté ne sera pas payé en tant que tel mais il sera rentabilisé en étant mené sur le temps rémunéré de la toilette.
3. On s'arrange avec les médecins afin d'obtenir une prescription d'acte coté et donnant lieu à rémunération : sous couvert de la prescription d'un pansement oculaire, on est rétribué pour l'administration de gouttes oculaires.

Les propos de Fabrice sont sans doute ceux qui illustrent à eux seuls le mieux ces tactiques :

Chercheur : « *Est-ce qu'il y a des astuces pour être payé sur des actes qui en principe ne sont pas, est-ce qu'il y a des façons de les valoriser ?* ».

Fabrice : « *Non, non, la seule chose qu'on fait, qu'on biaise par rapport à la sécu et on en risque notre place, mais je pense que tout le monde le fait, pour des personnes âgées qui ont 90 ans, qui ont des bas de contention, des bas à varices, c'est pas remboursé par la sécu, donc elle va les mettre toute seule et c'est impossible, elle n'y arrivera pas* ».

Chercheur : « *C'est un acte qui est quand même repéré dans la nomenclature ?* ».

Fabrice : « *Non, donc ce qui se passe, ces personnes ont des bas de contention parce qu'elles ont des varices et elles ont des ulcères variqueux. Pour soigner des ulcères variqueux ça coûte extrêmement cher parce que ça dure un an, un an et demi, deux ans. À partir où il y a des bas de contention il y a la prévention, donc il y a moins d'ulcères, donc de coût de soins après. Donc en accord avec les médecins, et les médecins aussi prennent des risques, ils font des ordonnances de pansements quand on pose des bandes, ça c'est des choses qui se pratiquent, une personne qui se fait opérer de la cataracte, qui doit avoir des collyres, qui a 80 ans, qui a une goutte à mettre dans chaque œil et 4 fois par jour et de 4 collyres différents, il y a la tremblote et quand on regarde la notice, c'est pas deux gouttes, il ne faut surtout pas en mettre deux, et ça c'est pas remboursé par la sécu. Quand on vient pour ça, donc ils doivent payer de leur poche, donc ils ne peuvent pas. Donc on se fait prescrire des pansements*

³⁵ Il y a aussi la toilette mortuaire sur laquelle nous reviendrons plus en détail à la fin de cette partie.

oculaires, les médecins mettent pansements oculaires et là ça passe. Alors que si, une goutte c'est rien, donc le coter un AMI 1 c'était bon ».

L'ambiguïté du rapport au corps et à l'intimité des malades

De nombreuses infirmières font part de leurs difficultés à trouver « *la bonne distance* » pour réaliser des soins touchant à l'intimité des patients (les soins d'hygiène en l'occurrence) :

« Il y a quand même une distance parce qu'on est quand même à réaliser des gestes intimes, assez proches ».

Françoise

À plusieurs reprises, nous avons pu également noter que les soignantes pouvaient être régulièrement confrontées à des difficultés tenant au décalage entre leurs pratiques d'entretien du corps (c'est-à-dire des pratiques professionnelles relativement standardisées) et celles des malades et de leur entourage (pratiques profanes). En effet, « *Souvent les conduites d'hygiène promues dans les sociétés occidentales sont marquées par la domination du modèle médical* »³⁶. De fait, certains patients ne comprennent guère la raison de ces soins infirmiers et peuvent avoir l'impression que ceux-ci leur sont imposés. Ainsi, certaines infirmières ont-elles le sentiment d'imposer de telles pratiques aux patients les plus âgés. Anne-Marie qui va jusqu'à évoquer « *une violation corporelle* » rapporte ceci :

« Il y a une grand-mère qui me disait “les seules fois où je me lavais c'est quand j'allais après la fauche dans la rivière me baigner” ».

De telles situations peuvent provoquer une certaine souffrance chez les soignantes, d'autant que les infirmières libérales ne peuvent bénéficier du regard approbateur d'un collectif de travail. Si, à l'hôpital, les professionnelles peuvent être rassurées par leurs paires quant au caractère bien-fondé de leurs actes ; en libéral, elles peuvent demeurer dans l'incertitude à cet égard. Le manque de reconnaissance du travail produit et l'impossibilité de pouvoir en débattre au sein d'une équipe peuvent entraîner une démotivation :

« Oui, c'est compliqué. Ma collègue va chez une personne, et puis bon chez ces gens-là, le monsieur était malade, et on s'occupe de la grand-mère. Le monsieur avait été malade donc on avait acheté une petite planche pour mettre dans la baignoire pour que ce soit plus facile pour prendre sa douche, et donc nous on va faire la toilette de la grand-mère tous les jours. Alors on lui fait une grande toilette par semaine, autrement on lui fait la petite toilette, ma collègue se dit "bah' tiens maintenant qu'il y a un équipement dans la baignoire, je vais la mettre dans la baignoire" Pensant bien faire, ça a été le scandale de l'année ! Elle a mis la grand-mère de 92 ans dans la baignoire. C'est la fille qui nous a fait tout un scandale !! On ne devait pas la mettre dans la baignoire, à 92 ans, ça ne se faisait pas, alors j'ai dit “mais bon nous on a l'habitude, combien on en met dans la baignoire !” alors c'est dur parce que bon ce n'est pas une faute quand même, alors là téléphoner à tout le secteur pour raconter ça (...) Je disais à ma collègue qui était toute démontée avec son histoire de douche, je lui ai dit : “ ne te casse pas la tête, nous on sait qu'on est un bon cabinet, on n'a rien à se reprocher.” »

Léa

³⁶ David Le Breton, *La Sociologie du corps*, Paris, PUF, 1994, p. 70.

L'infirmière libérale Anne Thouze³⁷ relève dans un article décrivant ses pratiques des difficultés identiques : *« Il importe d'évoquer un problème souvent rencontré par les infirmières : le refus de l'aide à la toilette, lié au non-choix des vieilles personnes. Dans cette situation, le médecin a établi une prescription à la demande de l'aidante familiale, sans tenir compte de l'avis de sa patiente. L'infirmière doit alors composer avec le respect de la volonté du patient. En effet, les pratiques d'hygiène s'inscrivent dans les habitudes de vie ; elles obéissent à des rites, aussi la logique médicale risque de perturber les vieilles personnes. Alors "La négation ou négligence des habitudes d'hygiène porterait atteinte à leur fonction sécurisante" »*.³⁸

En outre, les soins d'hygiène sont fortement affectés par les effets de genre. Sur ce point, il est utile de considérer séparément les propos des infirmières et ceux des infirmiers. Certains infirmiers évoquent la réticence des patientes, surtout lorsqu'elles appartiennent aux anciennes générations, à être lavées par des hommes. Nicolas décrit la toilette de celles qu'il qualifie de « *petites mémés* » et la gêne provoquée par cet accès à l'intimité de l'autre. Il insiste alors sur la nécessité d'instaurer très progressivement ce type de soins :

« On commence par les pieds, après on arrive à aller jusqu'aux genoux et puis après c'est la totale ».

Une fois la relation de soins installée, les résistances initiales s'estompent. Les spécificités masculines considérées au départ comme des désavantages (la force en opposition à la douceur féminine) deviennent des atouts. De telles démonstrations permettent aux infirmiers de se défaire de l'aspect traditionnellement féminin du métier pour le présenter comme n'importe quelle autre activité professionnelle. Ce processus de retournement du stigmaté³⁹ va alors tout naturellement contribuer à légitimer leur présence dans ce secteur pourtant fortement féminisé :

Chercheur : « Donc il y a des réticences au départ, des a priori ? ».

Fabrice : « Beaucoup de réticences, et puis quand les choses se mettent en place, quand les gens me connaissent, au bout de deux ou trois fois, le rapport est instauré et ça passe très, très bien, et ça c'est le fait d'être un homme, je n'ai pas la même force, j'ai plus de... C'est un métier physique le libéral, c'est très physique. J'ai la force, sans avoir la brutalité, parce que je n'ai pas besoin d'être brutal parce que j'ai la force, c'est vrai que mes collègues qui ont moins de force que moi... »

Chercheur : « Pour manipuler les malades ? ».

Fabrice : « Oui pour manipuler, elles sont obligées de faire plus violemment car elles ne peuvent pas porter quelqu'un à bout de bras, donc la force mais sans aucune brutalité, c'est pour ça. Après c'est comme les prises de sang, un homme y va comme un boucher ! Et puis ils se rendent compte que c'est pareil, c'est une différence culturelle, pourquoi les hommes ne sont pas à ces métiers-là, c'est culturel ! Ce n'est pas un métier de femmes dans le sens où on doit avoir les qualités d'une femme pour l'exercer, ça n'a rien à voir ».

³⁷ Anne Thouze, « Un exemple de soutien à domicile », *Gérontologie et société*, n°104, 2003, p. 166.

³⁸ Marie-Annick Delomel, *La Toilette dévoilée. Analyse d'une réalité et perspectives soignantes*, Paris, Seli Arslan, 1999, p. 30 (référence citée par l'auteur).

³⁹ Voir Erving Goffman, *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*, op. cit.

En revanche, les patients du sexe masculin seraient, semble-t-il, plus à l'aise avec leurs homologues soignants du fait de cette proximité de genre :

« Mais je sais qu'il y a un patient qui a une sonde urinaire et je sais qu'il n'y a que moi qui peut la changer, et quand c'est une femme qui le fait elle n'y arrive pas à la poser car il n'arrive pas à se décontracter, et quand c'est moi ça se passe plus facilement. Et il y a des hommes qui demandent que ce soit moi qui vienne faire la toilette ».

Fabrice

Comment les infirmières rendent-elles compte, de leur côté, de ces situations de soins d'hygiène ? On retrouve en partie les principes de précaution exposés plus haut par les infirmiers : les infirmières instaurent progressivement les soins d'hygiène pour les hommes malades : *« il faut y aller doucement »*. Dans la mesure du possible, on encourage les patients à assurer par eux-mêmes l'entretien de leur corps et à faire ce qu'ils sont encore en mesure de faire seuls. Mais parfois, en lien peut-être avec les traits les plus stéréotypés de la personnalité masculine, elles peuvent être moins précautionneuses et y aller *« franco avec certains »* :

« Si on doit s'en occuper et bien on le fait carrément ».

Irène

« Moi je leur dis carrément, ils viennent d'être opérés (prostate), on vient souvent pour des injectables dans ces cas-là, est-ce que vous avez des problèmes d'incontinence ? Est-ce que vous avez toujours des fuites ? ».

Élisabeth

Quelques infirmières estiment que leur âge et leur ancienneté professionnelle constitueraient un atout dans ce type d'interactions de soins, les malades du sexe masculin préférant en général *« l'ancienne du cabinet »* comme l'indique Élisabeth, une infirmière expérimentée. Irène pense effectivement que les hommes peuvent être réticents à l'idée d'être lavés par une femme, surtout lorsque celle-ci est bien plus jeune qu'eux.

Sur un autre versant, plusieurs professionnelles décrivent un rapport de *« séduction »* avec les hommes soignés et la persistance d'une certaine *« ambiguïté »* dans les relations qu'elles entretiennent avec eux. Il leur faut alors développer quelques tactiques pour éviter que le malaise et la gêne mutuelle s'installent définitivement et viennent perturber le bon déroulement des soins :

« C'est vrai que les hommes ne sont pas tous très clairs, mais en fait avec un peu d'humour on arrive, il ne faut non plus en faire un machin mais, ce qu'il faut c'est de ne pas se mettre mal à l'aise soi-même, donc il faut savoir leur renvoyer la balle, quand ils sont un peu désagréables ou qu'ils ne sont pas trop clairs, et il y a des choses qui sont marrantes. Il y avait un homme qui me voyait avec une jambe, enfin très clairement : "j'ai rêvé de vous et vous n'aviez qu'une jambe et vous n'étiez pas là". Et je me suis dit "tiens celui-là a de drôles d'idées", parce que c'est obligé, quelque part, il y a des grandes régressions. Nous, quand on arrive, ils ne peuvent plus faire plein de choses et donc automatiquement il y a des choses anciennes qui reviennent et donc, même des gens qui sont très comme il faut d'habitude, mais faut pas en avoir peur, c'est normal, ça fait partie de... Autrement ça pourrait être mal interprété, il y a plein d'histoires comme ça, le fantasme de la blouse blanche, c'est pour ça ! Enfin voilà ! Il faut être sourcilieux par rapport à eux et voilà, faut pas faire comme si ce n'était pas des hommes, ça c'est grave, mais en même temps voilà ! ».

Irène

Aussi, comme le souligne à juste titre Fabienne Midy⁴⁰ « *Les relations de l'infirmière avec le patient sont également mises en avant, car dans le système de santé soins, c'est indéniablement l'infirmière qui est la plus proche des patients. Le fantasme de la blouse blanche provient de ce corps à corps, inhérent au métier, entre le soignant et le soigné* »

Le degré d'interconnaissance intervient aussi dans la relation soignante-soigné. Ankita exprime ainsi sa difficulté à devoir soigner des hommes qu'elle côtoie en dehors du cadre de la relation thérapeutique. À ses yeux, il est plus facile de soigner des hommes que l'on connaît très bien ou que l'on ne connaît pas du tout :

Ankita : « *Ce que je trouve gênant, c'est de soigner quelqu'un qu'on a connu en dehors par exemple au sein d'un club, et il se dit "puisque je connais l'infirmière je vais y aller", si c'est un pansement sur le bras ça va, mais si c'est un pansement au niveau du scrotum... Pour moi c'est gênant, pour eux je ne pense pas car ils ont fait la demande, j'ai eu deux personnes qui sont venues comme ça, je faisais de l'informatique, je m'étais inscrite au club informatique et tout le monde savait que j'étais infirmière et ils sont venus tous avec un problème particulier, pas en même temps, deux hommes. Je m'attendais à tout mais pas à ça, là oui je trouve ça gênant, j'avais dit à ma collègue oui parce qu'on se dit des choses quand même !! Mais ça moi non, faire des soins sur des inconnus ça ne me dérange pas du tout, mais c'est pas des personnes que je connaissais intimement ni rien, je pense qu'avec quelqu'un que je connais plus intimement, il n'y aurait pas de problème non plus, mais pour des gens qu'on côtoie comme ça !* »

Chercheur : « *Et du coup vous avez accepté ?* ».

Ankita : « *Oui j'ai accepté* ».

Chercheur : « *Parce que vous auriez pu le réorienter vers vos collègues ?* ».

Ankita : « *Oui, on aurait pu faire ça, mais en fait ces deux personnes quand elles ont téléphoné c'était ma collègue qui travaillait donc elle les a pris. Bon, il m'avait dit qu'il avait des fils à enlever mais sans préciser où, et des pansements à faire, j'ai dit oui, bon une fois qu'on arrive sur le fait accompli on ne va pas dire "excusez moi je m'en vais". Ils n'ont pas vu, ni senti ma gêne. J'ai fait ça professionnellement, mais c'est vrai que c'est des choses qui me dérangent* ».

Enfin, les infirmières qui ont eu l'occasion de travailler avec un collègue masculin retracent plutôt négativement cette expérience. Si les hommes malades peuvent effectivement préférer être soignés par des infirmiers (notamment pour tout ce qui a trait à l'hygiène), les patientes préfèrent quant à elles être soignées par des femmes⁴¹. Françoise a collaboré avec un homme durant un temps et elle pense qu'une part non négligeable de patientes s'est adressée prioritairement au cabinet concurrent implanté sur la même commune. Élisabeth qui a été remplacée par un infirmier durant un mois exprime la même réserve :

« *Donc difficile d'admettre un homme sur ma clientèle, mais ça vient peut-être de moi, je ne sais pas, difficile, j'ai une petite réticence, et les gens... J'ai eu une fois un homme qui est venu pour un mois. Je ne dis pas qu'il n'était pas bien, il débutait, et par rapport à la clientèle c'était un peu plus difficile, et il y a moins ce rapport-là quand ils sont en milieu hospitalier, j'ai l'impression... Ils sont tellement en état d'infériorité, et la personne qui vient est là pour les soigner* ».

Élisabeth

⁴⁰ Fabienne Midy, *Les infirmières : l'image d'une profession*, op. cit., p. 13.

⁴¹ En raison de l'écart entre l'espérance de vie féminine et masculine, les femmes sont en général surreprésentées dans la clientèle des infirmières libérales, surtout aux âges les plus élevés.

En revanche Anne-Marie a revu son opinion à ce sujet. Son remplaçant va bientôt devenir son collaborateur et la clientèle féminine ne voit pas cela d'un si mauvais œil que cela :

« Vous c'est bien, mais lui il me tient mieux, il est plus costaud, il me soulève plus facilement (...) il avait toujours des blagues à raconter ».

Les difficultés inhérentes au rapport à la souffrance

Dans leur ensemble, les enquêtées signalent les progrès intervenus depuis quelques années en matière de prise en charge et de soulagement de la douleur : l'usage de certains produits s'est banalisé (les antalgiques, la morphine, etc.) et les médecins sont de moins en moins réservés quant à la possibilité de les prescrire. Ces évolutions contribuent alors à réduire sensiblement l'appréhension et l'angoisse des soignantes confrontées à de telles situations :

« On ne voit plus ces douleurs horribles qui déformaient la personne. Moi j'ai été confrontée à la douleur et j'ai vu des gens hurler. On avait que du D. Même en piqûre, ça n'a jamais soulagé personne ».

Irène

Quelques rares soignantes n'ont toutefois pas perçu ces changements. Par exemple, pour Léa qui exerce en zone rurale, les produits qui sont utilisés aujourd'hui (dont la morphine) le sont depuis déjà bien longtemps.

Cependant, tous les propos convergent pour affirmer que la prise en charge de la douleur mérite encore d'être améliorée : certaines douleurs sont encore largement sous-évaluées et d'autres restent mal maîtrisées (douleurs neurologiques, fractures). De l'avis de Jacqueline, la prise en charge de la douleur serait plus satisfaisante à l'hôpital :

« On avait pas peur de leur donner des calmants ».

Quoiqu'il en soit, la souffrance des malades reste difficilement tolérable surtout lorsqu'elle s'accompagne d'un sentiment d'impuissance (*« quand on ne peut rien »*). Il est également insupportable d'être confrontée à des patients qui refusent d'être soulagés (*« qui endurent et qui ont toujours enduré »*) ou à l'inverse à ceux qui n'acceptent pas du tout de souffrir :

« À ce moment-là qu'est-ce qu'on fait ? On ne peut pas les endormir ! »

Irène

Pour celles qui n'ont pas eu l'occasion de suivre de formations ayant trait à la gestion de la douleur, un autre problème tient à l'usage délicat des produits :

« Il suffit d'un petit dosage supplémentaire et la personne passe dans un semi-coma ».

Jacqueline

Mais la difficulté majeure exprimée par les professionnelles tient à l'impression de ne pas être écoutée sur ce point, ni par les médecins, ni par l'entourage du patient. À plusieurs

reprises, il nous a été rapporté l'existence d'un décalage entre la perception de l'infirmière libérale et celle du médecin au sujet de la douleur du patient. Les infirmières se considèrent en effet comme étant « *en première ligne pour la gestion de la douleur* ». Elles côtoient quotidiennement les patients et revendiquent de ce fait une connaissance fine et personnalisée de leur état. Or, les médecins ne tiennent pas toujours compte des informations que celles-ci tentent de leur faire passer :

« *On a plus la capacité pour analyser la situation* ».

Ankita

« *On a un monsieur qui commence à être vers la fin, il a beaucoup de douleurs et on a insisté auprès du médecin – c'est avec le médecin avec qui ça passe moins bien –, donc il a quand même de la morphine, mais quand on fait des pansements ça ne suffit pas, donc moi j'aurais voulu qu'il mette plus, des choses spécifiques pour le pansement, mais bon...* ».

Françoise

Dans certaines conditions pourtant, infirmières et médecins parviennent à travailler de concert. Cette collaboration est alors source de satisfaction :

« *Pour ça on est très à l'aise avec les médecins Il n y a pas de problème, on leur dit "Il souffre beaucoup, il faut faire quelque chose"* ».

Léa

En outre, la production de soins infirmiers implique de manipuler le malade. À cet égard, la réalisation de la toilette constitue un moment privilégié pour évaluer la souffrance du patient. De plus, dans la mesure où le malade est plus proche de l'infirmière que du médecin, celui-ci est plus enclin à lui faire part de sa douleur. À l'inverse, en raison d'une distance sociale et culturelle le séparant de la profession médicale⁴², le patient éprouverait plus de difficultés à faire état de ses souffrances au praticien :

« *On parle de tout, sauf de j'ai mal, de la maladie et de ce qu'il faudrait, c'est la visite du docteur avec un grand D., là il n'a plus mal nulle part, ça existe toujours* ».

Ankita

Ceci tient au fait, selon David Le Breton, que la médecine « *relève d'une culture professionnelle, nuancée par la culture propre du médecin dont la tâche est de contourner la culture profane qui imprègne le jugement et les attitudes du patient* »⁴³.

Sciemment ou pas, l'entourage du malade peut aussi ne pas percevoir la souffrance du proche malade et ne pas être à l'écoute de l'infirmière qui tente de s'en faire l'écho. De ces situations, surgissent des incompréhensions, voire des tensions entre les professionnelles et les familles des malades :

⁴² Sur la relation malade-médecin analysée comme relation sociale inégalitaire, se reporter au texte de Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales Economies Sociétés Civilisations*, n° 1, 1971, pp. 205-233.

⁴³ David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995, p. 137.

« Le père (du patient) était tellement content de revoir son fils que quand son fils était là, tout allait bien, donc le fils ne comprenait pas notre demande. Il disait “moi je vois mon père toute la journée, même quand vous partez il va bien” ».

Ankita

L’accompagnement de la fin de la vie et la mort

« C’était monstrueux pour nous et pour la famille parce qu’il (patient atteint d’un cancer) a téléphoné au crématorium pour les tarifs, il a payé d’avance ».

Anne-Marie

« On a mal au cœur, parfois on a les larmes aux yeux, on pleure parfois ».

Jacqueline

Ces propos montrent que même après trente années de pratique professionnelle, les infirmières ne s'accoutument jamais complètement à la mort. L'insécurité liée à cet événement persiste tout au long de la carrière, voire se renforce chez certaines :

Chercheur : *« Vous avez travaillé seule pendant quinze ans, vous avez dû voir des choses difficiles ? ».*

Léa : *« Oui j’ai vu des choses difficiles, et je trouve que maintenant c’est un peu plus facile, mais je crois que je supporte moins ces choses-là ».*

Chercheur : *« Donc on ne s’endurcit pas ? ».*

Léa : *« Non, un peu, mais non pour moi au contraire non ».*

Les infirmiers – y compris parmi les plus jeunes – peuvent à l’inverse de leurs homologues féminines mettre en avant une espèce de capacité à affronter ces situations. En réalité, on peut penser (mais l’hypothèse reste à vérifier) que cette mise à distance constitue un moyen de défense comme un autre :

Fabrice : *« Donc quand il y a un décès il faut être fort et on se renforce, on apprend »*

Chercheur : *« On se renforce avec l’expérience ? »*

Fabrice : *« Oui, moi je n’ai plus d’appréhension ».*

La souffrance de la soignante est d’autant plus forte que celle-ci exerce son métier en solitaire :

« Le problème des libéraux quand ils sont tout seuls et qu’ils le prennent trop pour eux, ça leur semble être le désastre ou l’échec, c’est la culpabilité ou simplement la désolation. Quand il y a quelqu’un de trop proche qui part, on peut en vivre un deux ou trois et ensuite on craque, et c’est ce qui m’est arrivée et c’est pour ça que je me suis formée ! Voilà. Et je crois qu’il a fallu quand même quinze ans pour arriver à faire ce chemin-là, c’est pas du jour au lendemain ».

Irène

Au fil des entretiens, les infirmières nous ont fait part des difficultés qu’elles rencontrent lors de l’accompagnement des mourants et de la mort de leurs patients. Il y a par exemple l’annonce faite au patient et à sa famille du passage des soins curatifs aux soins

palliatifs. Certaines infirmières paraissent très seules dans ces moments et peu soutenues par les autres professionnels, et en particulier les médecins :

« Personne ne lui dit et moi j'ai beaucoup de mal à dire, "est-ce que vous avez besoin d'un psychologue ? Est ce que vous avez besoin d'un médecin ? Parce qu'on passe en soins palliatifs" ».

Élisabeth

Les professionnelles souffrent aussi de l'impossibilité de pouvoir échanger par la parole avec les malades en fin de vie. La communication est rompue et l'on ne parvient pas toujours à saisir le sens des gestes et des balbutiements du mourant (*« c'est terrible parce qu'on ne peut pas comprendre »*). Cette absence de parole fait que le malade peut ressentir les soins sur le mode de l'agression. La souffrance des infirmières libérales tient également à l'accompagnement de la famille, lequel peut s'avérer parfois aussi pénible que l'accompagnement du malade lui-même. Les tensions, les reproches, les incompréhensions peuvent alors surgir et accroître l'angoisse des soignantes. Beaucoup d'entre elles observent que ces rapports sont facilités lorsque le proche ne souffre pas (d'où l'importance de *« gérer »* la douleur en fin de vie afin de pouvoir soutenir sereinement la famille).

Dans la pratique, l'accompagnement des patients en fin de vie mobilise beaucoup d'énergie et de temps : passages pluriquotidiens chez la personne soignée (y compris la nuit parfois), soins techniques et délicats, sans compter bien entendu toute la part de soutien moral et psychique⁴⁴ :

« Ce n'est pas parce que je viens brancher une pompe que ça va, je vais venir matin et soir et dire bonjour bonsoir ».

Élisabeth

Or, pour bon nombre d'infirmières, la reconnaissance financière n'est pas à la hauteur du travail déployé (du *« bénévolat »*) :

« J'ai trois dossiers de patients décédés, je les ai laissés de côté parce que je ne sais même pas quoi coter. (...) Il faut aller voir votre interlocuteur et bien détailler ce que l'on a fait, bien expliquer, parce qu'il y a plein de choses qui ne sont pas marquées ».

Élisabeth

En outre, plusieurs infirmières nous ont fait part de l'incertitude économique consécutive aux décès au sein de leur clientèle, d'autant que selon leurs dires, ceux-ci surviennent très souvent en *« séries »*, en *« vagues »* sur une courte période :

« Avant un décès les gens vont très mal en général, donc il y a beaucoup de boulot, tout d'un coup une personne s'en va, soit ça libère du temps, mais ne facture plus, donc moins d'argent qui rentre. »

Luc

⁴⁴ Celui-ci peut-être envisagé comme un véritable *« travail sur les sentiments »* résultant des compétences professionnelles des infirmières. Voir Éléonore Lépinard, *« Un travail à-côté : le rôle des soignants dans la division du travail sentimental »* in Geneviève Cresson, François-Xavier Schweyer (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2000, pp. 37-46.

« On se demande comment on va payer ».

Ankita

Enfin, encore une fois, les infirmières relatent le manque de consensus et le décalage des manières de faire avec certains médecins, même si avec d'autres « *on travaille main dans la main* » :

« Non, non ça aurait dû être plus serein, plus calme, c'est pas pour dramatiser, mais parce que là, on me dit je suis très carrée, moi je dis on ne s'amuse pas, quand il faut changer la perfusion à la personne qui est semi-comateuse, où la famille est là et vraiment proche, essayant de faire quelque chose (...) et quand je suis sortie, j'ai fait mine de sortir pour aller chercher du matériel, et puis lui sortait, et il me dit "vous n'avez pas l'air d'être contente ?" Je dis "mais attendez mais vous êtes où là ? Vous êtes en train de demander de la musique, vous avez des enfants ?" Oui, vous auriez en ce moment un enfant, même s'il a 30 ans ou 40 ans, qui est en train de mourir est-ce que vous pensez qu'on peut proposer à la famille de mettre de la musique ? Si le malade le souhaite oui effectivement, mais moi je ne peux pas comprendre ça, ça ne veut pas dire que je vais dramatiser tout, mais il y a quand même une logique, et il me dit, "oui, j'ai peut-être pété les plombs". Je me suis mise en colère, après j'ai bien compris que c'était son mal être aussi, mais n'empêche, donc je me dis si celui-ci avait été formé, peut-être que ! Bon, ça m'a permis de dire ce que je pensais, ça ne veut pas dire que c'est un mauvais médecin, c'est pas ça du tout, mais j'ai bien vu qu'au moment de la mort, des dernières heures, il était complètement paniqué, il ne savait plus, c'était je monte la pompe, je la descends, etc., tout et n'importe quoi, alors que quand on part sereinement, tout doucement, si possible, on est toujours bien, et ça je pense vraiment que c'est un manque de formation, mais il y a des choses qu'il faut faire de façon carrée ».

Élisabeth

On le constate, les difficultés ressenties autour de l'accompagnement de fin de vie et de la mort sont plurielles et s'inscrivent dans des registres très divers. Elles ne peuvent en conséquence être repérées exhaustivement ici. En revanche, il importe de souligner que certaines morts engendrent plus de souffrance que d'autres : celles des malades que l'on connaissait depuis longtemps et que l'on a souhaité « *accompagner jusqu'au bout* », celles des jeunes (jeunes adultes, adolescents, enfants), celles des jeunes femmes mères de famille... probablement parce que de telles situations ont un effet miroir et renvoient les professionnelles à leur propre mort ou à celle de leurs proches⁴⁵. En outre, il s'agit ici de « mauvaises morts ». Dans notre société contemporaine, indique Pascal Hintermeyer, « *le mal mourir* » peut être envisagé à partir de deux couples de périls opposés, celui de la mort prématurée (avant l'heure) et de la mort prolongée (mort repoussée à plus tard sous l'effet de la médicalisation acharnée) et celui de la mort impromptue (celle qui prend au dépourvue) et de la mort annoncée⁴⁶. Les morts les plus mal vécues par les infirmières appartiennent justement à ces catégories de « mal mort » :

« C'est très dur » ; « On ne s'y habitude pas, surtout les morts de jeunes ».

Nathalie

⁴⁵ Sur l'insécurité des soignants face à la mort, se reporter aux travaux de Françoise Gonnet, *L'Hôpital en question(s)*, Paris, Lamarre, 2003.

⁴⁶ Pascal Hintermeyer, « La quête de la bonne mort » in Simone Pennec (dir.), *Des Vivants et des morts. Des constructions de la bonne mort*, Brest, UBO-ARS, CRBC, 2004, pp. 101-110.

« Quand on connaît pas la personne, c'est pas trop dur de lui fermer les yeux, quand on la connaît depuis 9 ans, c'est très dur ».

Nicolas

Chercheur : « Il y a des choses que vous supportez moins que d'autres ? »

Léa : « Oui, de voir des jeunes femmes malades je ne supporte pas »

Chercheur : « Des jeunes femmes en particulier ? »

Léa : « Oui des mamans, c'est dur, même les hommes aussi, bon ils sont plus agressifs dans la maladie, donc ça me touche moins ».

Il faut toutefois veiller à ne pas généraliser de tels ressentis. Ainsi, Jacqueline estime que le niveau de la souffrance n'est en rien lié à l'âge de la personne décédée, il dépend des conséquences de sa disparition sur les vivants :

« Ca peut être un petit grand-père, sa femme qui va rester toute seule, c'est pas marrant non plus, c'est aussi douloureux que la mort d'un jeune ».

Par contre, la mort des personnes très âgées ne paraît pas avoir le même impact sur les infirmières libérales. Ce type de mort semble plus légitime à leurs yeux et de ce fait plus acceptable : « ça c'est normal » ; « la personne avait fait sa vie » ; « on se dit que c'est une bougie qui s'éteint » ; « ça fait partie de la vie », etc. Pour autant, certaines regrettent l'époque où les vieilles personnes mouraient toutes chez elles et non pas dans l'univers médicalisé de l'hôpital comme c'est le cas de nos jours (75 % des décès ont lieu à l'hôpital). Les infirmières adhèrent fortement au mythe de la « bonne mort », c'est-à-dire du mourir chez soi entouré de ses proches et sans souffrance : « Le rêve de mourir dans son lit, dans ses draps, entourés des siens, fait partie de nos désirs communs, comme une tradition dont l'ancrage dans l'inconscient est renforcé par la survenue courante d'une réalité bien plus violente : abandon, maltraitance, perte de l'identité, de la citoyenneté, perte de l'autonomie physique et mentale, synonyme parfois d'enfermement »⁴⁷.

Si l'on pousse l'analyse des entretiens au-delà de ces constats, il apparaît que les soignantes parviennent à développer par ailleurs des stratégies défensives pour surmonter ces situations. Le dialogue avec les collègues du cabinet constitue de loin le moyen le plus fréquent pour lutter contre l'insécurité. Ces formes de soutien mutuel ne sont pas sans rappeler celles que l'on peut observer dans les mêmes situations au sein des équipes hospitalières. Les infirmières libérales qui travaillent seules doivent pallier cette absence de collègues en se tournant – quant elles en ont la possibilité – vers d'autres interlocuteurs « pour tenir le coup » :

Malika : « Quelque part ça te rend malade, honnêtement, tu as forcément 3-4 jours où tu arrives à rien faire, ça t'anéantit parce que tu vois l'inévitable qui est là, une page qui est tournée et puis de voir les gens face à la mort, tu te dis que c'est pas possible d'être aussi courageux, tout le monde l'est, j'ai jamais vu des gens crier qu'ils ne voulaient pas y aller, c'est toujours des gens qui attendent ça. Mais par contre après tu as trois jours, moi c'est simple il y a trois jours où c'est dur, vraiment très dur ».

Chercheur : « Est-ce que vous avez quelqu'un avec qui en parler plus particulièrement ? ».

⁴⁷ Patrick Javel, Catherine Nativel, Catherine Tirapo, « Mourir à domicile, entre désir et réalité », *Soins*, n° 678, 2003, p. 63.

Malika : « *J'ai mon compagnon, on en parle parce que lui dans sa clientèle il a à faire, il travaille dans un salon de coiffure, donc il a à faire avec une clientèle, c'est pareil, les gens vont se confier également à lui, donc je lui en parle, mais c'est tout parce que après c'est intérieur, alors il faut que ça se passe* ».

Nous y reviendrons dans un point spécifique, la formation continue dans le domaine des soins palliatifs est aussi une ressource essentielle, tout comme la participation aux réseaux locaux de soins palliatifs (que certaines infirmières ont pu contribuer à mettre en œuvre d'ailleurs). Par exemple, Ankita explique en quoi la formation diplômante en soins palliatifs lui permet désormais de préparer sereinement la personne et son entourage à la perspective de la mort :

« *Oui et anticiper les situations, justement quand on faisait la formation on avait ce patient en soins palliatifs et donc j'ai pu anticiper beaucoup de choses pour pouvoir justement parler à son fils et prévoir les choses que lui ne voulait pas entendre et ne voulait ni faire ni voir, et on a tout fait juste à temps et il a pu dire au revoir à son père et son père est mort juste après. Alors que je pense que si je n'avais pas eu la formation j'aurais peut-être moins vu, ou moins senti les choses et chacun serait resté de son côté et on l'aurait appelé pour lui dire que son père était décédé, donc là on a pu amener les choses, préparer, réclamer des passages, parce que sa femme était décédée trois mois auparavant, brutalement, alors que le fils pensait que sa mère durerait éternellement, en fait c'est elle qui est partie en premier, et son père qui était alité depuis, il s'éteignait doucement, on a pu mettre en place beaucoup de choses pour son père et je pense que oui sans la formation je n'aurais pas fait autant* ».

Ankita

On peut penser que le refus de certaines demandes de soins pour des malades en fin de vie ou pouvant l'être à un moment donné de leur trajectoire de maladie (cf. plus haut) constitue aussi un moyen de défense efficace. Il s'agit alors de fuir les situations sources potentielles de souffrance. Par contre, la présence et la disponibilité de l'entourage du mourant peuvent favoriser l'acceptation de ces demandes dans la mesure où ces éléments participent à la constitution d'un cadre de travail sécurisant pour les soignants. Le renouvellement de la clientèle, voire le *turn-over* des patients constituent probablement d'autres modes de protection :

« *C'est comme ça, il y a d'autres patients qui prennent la suite* ».

Ankita

Là encore, les manières de faire des unes et des autres sont plurielles et difficiles à recenser dans leur intégralité (citons au passage les pratiques religieuses, les prières, etc.).

Pour clore ce chapitre consacré à l'activité de soins des infirmières libérales, il nous faut évoquer un soin pas tout à fait comme les autres : la toilette mortuaire. L'anthropologue Louis-Vincent Thomas⁴⁸ expliquait que la toilette mortuaire traditionnelle a pour double objectif de conférer au défunt les apparences de la dignité et de le purifier pour le préparer à sa renaissance.

Il importe de distinguer ici trois cas de figure autour de cette pratique. Une première catégorie d'infirmières refusent d'assurer les toilettes mortuaires, estimant que cette tâche ne

⁴⁸ Louis-Vincent Thomas, *Rites de mort pour la paix des vivants*, Paris, Fayard, 1985.

relève pas (ou plus) de leur rôle, mais de celui de sociétés spécialisées (Pompes Funèbres). Elisabeth fait partie de celles qui se refusent à jouer les « *croque-morts* » :

« Avant hier j'étais en soin, on m'appelle, "Madame untel est décédée est-ce que vous pouvez venir ?" Je dis "non, ah bon mais avant, oui avant quand il n'y avait personne autour les personnes qu'on suivait effectivement on allait faire leur toilette mortuaire, maintenant il y a les pompes funèbres qui sont sur P, donc vous appelez les pompes funèbres, en plus cette personne-là je ne la suis pas, je la vois une fois de temps en temps pour un pansement mais je ne la suis pas, donc je suis en pleine tournée, et ce n'est pas mon rôle !" Maintenant que les infirmiers veulent le faire oui ».

Le transfert de la toilette mortuaire vers les sociétés spécialisées est un grand soulagement pour Claire qui ne supportait plus le rapport au cadavre (malaises, nausées).

D'autres infirmières libérales acceptent de faire la toilette mortuaire – non cotée dans la nomenclature et non rémunérée⁴⁹ – pour les malades qu'ils ont soignés de leur vivant. Il s'agit là d'une façon de clôturer la relation entretenue avec la personne, d'aller jusqu'au terme de son accompagnement :

« Nous on fait des toilettes mortuaires alors qu'il y a des sociétés pour ça, mais les gens avec qui on a eu un rapport très proche, c'est l'infirmier qui fait ça, à l'ancienne donc on y va, gratuitement d'ailleurs, ça nous arrive même à 3 heure du matin, les gens sont tellement désespérés dans ces cas-là, que de toute façon... ».

Fabrice

Enfin, le troisième cas de figure (minoritaire) concerne les infirmières qui acceptent toutes les demandes de toilettes mortuaires, y compris pour des gens qu'elles n'ont pas soignés de leur vivant. Certaines infirmières peuvent alors être sollicitées pour intervenir dans des circonstances particulièrement éprouvantes, notamment pour des morts violentes par suicide. De telles pratiques, quand elles sont systématiques, ne sont pas s'en rappeler celles des matrones dans les sociétés traditionnelles, à une différence près : *« Comme la matrone, l'infirmière est une femme censée posséder des savoirs sur le corps. La différence, importante est d'ordre symbolique : la matrone était déléguée par la communauté villageoise, l'infirmière est une professionnelle. Aussi elle peut accomplir les gestes techniques relatifs à la mort, mais elle ne peut – d'elle-même – leur donner une dimension symbolique »*⁵⁰.

Quelques infirmières ont évoqué un peu plus précisément leurs pratiques autour de la toilette mortuaire. Très souvent, celles-ci « *s'arrangent* » pour ne pas être seules dans ces moments. Elles peuvent être aidées par une collègue du cabinet (qui a en général aussi soigné le défunt) ou bien par la famille dans la mesure où *« le traitement du cadavre relève aussi des pratiques familiales tout comme les soins antérieurs et les rituels funéraires qui se succèdent »*⁵¹.

⁴⁹ Celle-ci peut par contre donner lieu à des gratifications financières ou matérielles (cadeaux) de la part de la famille.

⁵⁰ Françoise Loux, *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, InterEditions, 1990, p. 203.

⁵¹ Simone Pennec ; « Une bonne mort pour ses parents... », *op. cit.*, p 90

« Quand la famille participe, c'est mieux que d'être toute seule parce que du coup il y a plus d'échange. (...) C'est arrivé que moi j'ai une autre infirmière juste avant que la personne meure et donc pour se soutenir on est resté toutes les deux jusqu'à 11 heures du soir, elle est morte, du coup on a fait la toilette mortuaire à deux ».

Françoise

Anne-Marie explique que l'habillage du défunt est le plus souvent effectué par la famille, mais qu'elle peut aussi être sollicitée pour le faire, surtout lorsqu'elle habillait déjà la personne de son vivant.

Il est fréquemment fait référence à l'effacement des rites autour de la mort dans la société contemporaine. Or, la toilette mortuaire réalisée au domicile du défunt par l'infirmière et/ou les proches est probablement l'un des rituels qui résiste tant bien que mal à cet effacement, surtout dans les zones rurales où les sociétés spécialisées ne se sont pas encore implantées et où perdurent encore de telles traditions.

313. Les soins produits en dehors des actes infirmiers

Pour une bonne partie des professionnels libéraux rencontrés, le travail réalisé auprès des personnes malades ne se limite jamais au seul fait de dispenser des soins spécialisés. À cet égard, la fonction réelle de l'infirmière en secteur libéral déborde largement du cadre de sa fonction légale⁵² telle que celle-ci peut être définie par l'article L.473 du code de la santé publique : « est considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, 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 ». Au-delà des soins répertoriés et cotés par l'assurance maladie, les infirmières et les infirmiers libéraux mènent une multiplicité d'autres activités. Nous chercherons ici à mettre en lumière ces tâches qui demeurent dans l'ombre des actes purement infirmiers.

Une telle absence de visibilité tient à deux éléments.

En premier lieu, ces activités possèdent un caractère non officiel dans le sens où elles ne sont ni prescrites par les médecins, ni reconnues par les caisses d'assurance maladie et par conséquent non rétribuées. De fait, elles échappent totalement aux appareils statistiques qui cherchent à quantifier le volume et le contenu de l'activité des infirmières libérales. Par exemple, les statistiques produites par la CNAMTS abordent l'activité des infirmières libérales essentiellement à partir d'indicateurs relatifs au nombre d'actes officiels dispensés chaque année par ces professionnels, à leur ventilation au sein des deux grandes catégories AMI et AIS ou encore aux revenus afférents à ces mêmes activités⁵³. Finalement, seule une enquête *ad hoc*, à l'instar de celle que nous menons, peut contribuer à rendre compte de cette dimension cachée de l'activité des infirmières libérales.

⁵² Bien entendu, cet écart entre la fonction prescrite et la fonction réelle de l'infirmière est également notable en secteur hospitalier, mais il est d'une autre nature que celle observée en libéral.

⁵³ CNAMTS, « L'activité des infirmières libérales », *op. cit.*

Le second élément qui participe à cette absence de visibilité et de prise en considération tient à la nature même de ces tâches. En effet, de telles pratiques nous paraissent très comparables aux aides que l'entourage familial et/ou amical apporte aux personnes dépendantes, malades et/ou handicapées. Or de telles contributions ne sont en général ni pensées ni reconnues comme un véritable travail. Ces aides sont le plus souvent qualifiées d'« informelles », de « non professionnelles » ou encore de « profanes⁵⁴ ». Sur ce point, Vincent Caradec précise que « *la notion d' "aide" aux personnes âgées dépendantes est trop globalisante et doit être déconstruite. Il existe en effet, deux grandes catégories d'aidants : les aidants "informels" et les aidants professionnels⁵⁵* ». Cette distinction qui est aujourd'hui largement admise au sein des champs de la sociologie de la santé et de la gérontologie sociale nous pose pourtant certaines difficultés au regard de la réalité investiguée. Comment par exemple, caractériser le fait qu'une infirmière libérale achète une baguette de pain pour l'un de ses patients ? S'agit-il d'un acte professionnel dans la mesure où celui-ci est réalisé par une soignante de métier pour la personne qu'elle soigne ? S'agit-il d'un acte informel au regard d'un contenu qui n'a peu que peu rapport avec une pratique spécifiquement infirmière ? S'agit-il d'une activité sociale ordinaire ? Pour dépasser ce dilemme, nous proposons d'inscrire notre analyse dans un cadre anthropologique. Ce type d'approche permet d'envisager le soin de manière élargie, comme action mobilisant des savoirs formels et informels ainsi que des pratiques techniques et non techniques. À cet égard, pour Francine Saillant le soin constitue « *un ensemble complexe de valeurs et de symboles, de gestes et de savoirs, spécialisés ou non, susceptibles de favoriser le soutien, l'aide ou l'accompagnement de personnes fragilisées dans leurs corps-esprit, donc limitées, temporairement ou sur une longue période de leur existence, dans leur capacité de vivre de manière indépendante⁵⁶* ». Autrement dit, comme le souligne Geneviève Cresson⁵⁷, il y a une continuité, voire une imbrication entre le *care* (c'est-à-dire les soins d'entretien de la vie inscrits dans une dimension relationnelle et profane) et le *cure* (les soins de réparation fondés sur une dimension technique et professionnelle). Dans la pratique, on constate l'existence d'un chevauchement de tâches entre profanes et professionnels : une partie d'entre elles sont tantôt réalisées par les professionnels, tantôt par les profanes. En adoptant une telle approche centrée sur le contenu du travail et ses acteurs, Anselm Strauss a ainsi pu démontrer que le malade était également un « *travailleur médical* »⁵⁸.

Ce sont donc ces situations intermédiaires, cette part du travail non spécialisé produit par les infirmières libérales dont nous chercherons à rendre compte ici. Nous commencerons par décrire le contenu de cette activité et à en repérer les différentes formes. Puis, nous nous attarderons sur la grande diversité de ces pratiques ainsi que sur leurs déterminants. Nous relèverons l'existence de configurations relationnelles qui facilitent ou qui au contraire freinent la mise en œuvre de telles pratiques. Qu'est-ce qui fait qu'une infirmière accepte d'acheter une baguette de pain pour un malade et pas pour un autre ? Et pourquoi sa collègue va-t-elle systématiquement refuser de rendre le même service ? Autant de questions qui

⁵⁴ « Le terme " profane " vient du vocabulaire religieux, pour lequel l'opposition sacré/profane est essentielle. Les sociologues de la maladie et de la médecine utilisent ce terme en opposition à " professionnel " » in Philippe Adam, Claudine Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994, pp. 67-68.

⁵⁵ Vincent Caradec, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Nathan, 2002, p. 82.

⁵⁶ Francine Saillant citée par Geneviève Cresson « Soins à domicile et rapports sociaux de sexe » in *La santé au travail : les outils de la connaissance, l'organisation du travail et la production de la santé*, Symposium UBO-ARS, 3-4 oct 2002, Faculté V. Segalen, Brest.

⁵⁷ Geneviève Cresson, « Soins à domicile et rapports sociaux de sexe », op. cit.

⁵⁸ Anselm Strauss, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, op. cit., pp. 143-190.

renvoient au contexte spécifique de ce travail. Cette notion de « contexte de travail » est empruntée à Anselm Strauss et doit être saisie comme la combinaison des conditions structurelles du travail (liées à l'environnement culturel, temporel, spatial, technologique, économique, etc.) et des interactions (relations entre les acteurs concernés par ce travail). Enfin, nous nous attacherons à développer quelques considérations quant à l'impact de ces pratiques sur la relation soignant-soigné ainsi que sur l'identité collective des infirmières et infirmiers libéraux.

La nature et le contenu des activités « extra-professionnelles »

Les résultats de l'enquête par questionnaire apportent des premiers éléments quant à la nature de ces activités ne relevant pas directement des soins infirmiers⁵⁹. En premier lieu, les un(e)s et les autres mentionnent les relations avec les familles de leurs patients, qu'il s'agisse ou non d'aidants accompagnant la personne à laquelle des soins sont dispensés. Ainsi, au cours des quatre semaines ayant précédé la passation du questionnaire, 21 % des enquêtés ont eu l'occasion de contacter des proches de leurs patients. Tout un pan de leur activité consiste indubitablement en un tel travail relationnel qui peut prendre des formes extrêmement variées (nous leur consacrerons un point spécifique dans la partie suivante). Un second versant porte sur les multiples façons d'aider les patients, de leur rendre des services, d'effectuer des tâches qui quelquefois ne requièrent pas beaucoup de temps et d'énergie mais qui, nous le verrons plus loin, peuvent aussi leur demander bien plus. Ainsi par exemple, l'item le plus souvent cité, avant même ce qui a trait aux relations avec les proches, concerne la réalisation d'achats pour les personnes qu'ils ou qu'elles soignent (un tiers des enquêté(e)s a effectué de tels achats au cours du mois écoulé). Il arrive aussi souvent que les infirmières postent du courrier pour leurs patients (21 %), voire dépannent, bricolent, aménagent leur logement (5 %). Un troisième volet enfin renvoie à des tâches que l'on dira « administratives ». Il ne s'agit pas ici des nécessités liées *stricto sensu* à leur travail (relations avec les caisses d'assurance maladie, rédaction des dossiers des patients, etc.) mais bel et bien de l'aide apportée directement aux personnes qu'ils ou qu'elles soignent et que l'on doit guider dans leurs différentes démarches inhérentes à leur état : 11 % des professionnels ont ainsi eu l'occasion de « remplir des papiers » pour leurs patients au cours des semaines précédentes.

Les résultats de l'enquête par entretien amènent à préciser ces premiers éléments. Au cours des entrevues, les infirmières libérales ont été invitées à décrire par le menu leurs activités quotidiennes. Spontanément, elles ont évoqué la part strictement professionnelle de leur travail (qui renvoie pour partie à la nomenclature des actes infirmiers : un suivi thérapeutique, puis une toilette et un pansement etc.), laissant au second plan la part plus informelle de celui-ci. Pourtant, lorsqu'on les invite à faire état de toutes les autres tâches menées pour le patient, toutes ont bien des choses à dire.

Après avoir repéré ces diverses pratiques au sein du corpus d'entretiens, nous les avons regroupées au sein de catégories communes afin d'établir une typologie des actes hors soins. La première rubrique de cette typologie rassemble les tâches qui contribuent

⁵⁹ La question suivante était posée aux enquêtées : « Vous est-il arrivé au cours des 4 dernières semaines : d'effectuer des achats pour vos patients ; de leur poster du courrier ; d'effectuer des petits aménagements ou réparations à leur domicile ; de les aider à rédiger des papiers administratifs n'ayant pas de lien avec votre activité ; de contacter leur famille ; de leur rendre d'autres services sans lien direct avec votre activité professionnelle (auprès des services sociaux, etc.) ? ».

directement au confort et au bien-être du patient dans son environnement de vie. Les aides produites ici concernent essentiellement l'alimentation, le chauffage et les déplacements de la personne à l'intérieur de son logement. Par exemple, en vue d'adapter le logement d'un patient qui se déplace en fauteuil roulant, Agnès a sollicité le menuisier de sa commune pour l'installation d'un plan incliné en bois et n'a pas hésité à mettre également à contribution son époux électricien pour ces aménagements⁶⁰. La seconde catégorie regroupe des activités ayant trait à l'entretien du logement. Ce qui est visé à travers ces tâches d'ordre domestique, c'est le maintien d'une part minimum d'ordre, de propreté et de fonctionnalité du logement. Au sein de la troisième rubrique, nous retrouvons des activités ayant un lien plus direct avec les soins infirmiers et qui constituent des formes d'accompagnement du patient tout au long de son parcours de soin y compris en dehors du domicile (pour les consultations médicales, les examens et les traitements). Les aides apportées dans le cadre de la quatrième rubrique concourent à l'entretien de certaines pratiques et usages chez le patient (le jardinage ou la lecture du journal par exemple) et plus largement encore au maintien du sentiment d'appartenance sociale (le professionnel pouvant assurer un lien entre l'intérieur et l'extérieur du domicile). Les infirmières et infirmiers peuvent aussi être amenés à épauler leurs patients dans leurs démarches administratives, lesquelles ont la plupart du temps un rapport étroit avec leur état de maladie. Enfin, les soignants peuvent exercer une fonction de veille à l'égard de leurs patients et contribuer à entretenir chez eux un sentiment de sécurité. Dans leur ensemble, ces diverses activités concourent au soutien social des personnes, et ce dans la continuité des soins proprement infirmiers. Ceci nous ramène à la conception anthropologique du soin qui insiste sur la distinction à opérer entre le fait de soigner et celui de traiter. Dans ce type d'approche, le *cure* ne peut effectivement « *prendre un sens que s'il y a maintien de tout ce qui contribue à la continuité et au développement de la vie*⁶¹ ».

⁶⁰ Une autre étude montre que les aides à domicile peuvent aussi être à l'origine de tels aménagements en mobilisant leurs réseaux d'interconnaissance (amis, famille, voisinage) et en délaissant par là même le recours aux spécialistes de l'adaptation de l'habitat (techniciens, ergothérapeutes). Simone Pennec et Françoise Le Borgne-Uguen (dir.) ; Florence Douguet, *L'adaptation de l'habitat chez les personnes de plus de 60 ans souffrant de handicaps et/ou de maladies et vivant à domicile. Les usages et interactions entre les personnes, les proches et les professionnels*, Contrat d'étude MiRe-CNAV n° 25/98, 2000.

⁶¹ Marie-Françoise Collière, *Promouvoir la vie*, Paris, Interéditions, 1982, p. 244.

Essai de typologie des activités hors soins réalisées par les infirmières et infirmiers

Catégories de tâches	Exemples ⁶²
1. Les tâches visant le confort et le bien-être du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer le petit déjeuner, faire le café - Faire (ré)chauffer le repas - Faire des courses (pain, sucre, café...) - Fermer/ouvrir les volets - Couper du bois, allumer un feu de cheminée - Contacter divers services de dépannage (en cas de coupure de téléphone, de panne de chaudière) - Procéder ou faire procéder à des aménagements ou adaptations du logement (installation d'un plan incliné, de barres d'appui, d'un lit médicalisé)
2. Les tâches d'entretien du logement	<ul style="list-style-type: none"> - Sortir les poubelles - Refaire un lit - Changer les ampoules - Vider un montaban - Rentrer la voiture dans le garage - Réaliser des petites réparations, du menu bricolage (remettre des vis manquantes) - Nourrir le chat ou garder le chien (le temps d'une hospitalisation)
3. Les tâches liées au traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Aller à la pharmacie pour y chercher les prescriptions du patient (médicaments, matériels) ou y déposer les ordonnances - Déposer des échantillons au laboratoire d'analyses médicales - Accompagner le patient en consultation chez un médecin spécialiste, prendre ses rendez-vous
4. Les tâches visant le maintien des activités et du lien social	<ul style="list-style-type: none"> - Acheter des plants pour le potager - Lire (et commenter) la rubrique nécrologique du journal - Faire circuler des informations relatives au réseau d'interconnaissance et aux événements affectant la collectivité locale (tels des travaux modifiant le paysage familial)
5. Les tâches administratives	<ul style="list-style-type: none"> - Expédier du courrier - Compléter les feuilles de soins du malade
6. Les tâches visant la sécurité du malade	<ul style="list-style-type: none"> - Surveiller à distance l'ouverture/la fermeture des volets - Donner son numéro de téléphone personnel au patient - Figurer dans la liste des personnes à joindre en cas de déclenchement de la téléalarme

Pour autant, il n'est pas possible de s'en tenir à cet unique recensement pour rendre compte de la réalité de ces interventions réalisées en plus des soins infirmiers. Cette réalité est en effet extrêmement complexe. Ainsi, certaines professionnelles ne réalisent que très rarement ce type de tâches et indiquent ne rendre service « *qu'à titre exceptionnel* » alors que d'autres ne mettent quasiment aucune limite à ces contributions : « *On prend le temps de faire des petites choses, c'est sûr* » nous dit Léa. Entre ces deux positionnements, il existe bien entendu une très grande variété de situations. En outre, on peut observer une importante variabilité de ces pratiques chez une même professionnelle, qui dans certaines conditions peut volontiers consentir à apporter telle ou telle aide à son patient, mais qui dans d'autres contextes se refusera à le faire. Dans les pages suivantes, nous nous attachons à relever les éléments qui déterminent – ou qui tout du moins orientent – cette production d'aides.

⁶² La liste des exemples présentés ici n'est évidemment pas exhaustive.

Une mobilisation différenciée vis-à-vis des patients

Dans une enquête consacrée aux urgences hospitalières, Agnès Camus et Nicolas Dodier font référence à la notion de « force mobilisatrice » de l'utilisateur qu'ils définissent comme « *la résultante des repères qui attirent sur lui l'attention du personnel. Ces repères peuvent accélérer ou retarder le processus de prise en charge, déclencher une mobilisation massive ou au contraire créer une situation d'attente, mettre l'utilisateur au premier plan ou au contraire le faire rétrograder dans l'ordre des priorités*⁶³ ». Nous chercherons à saisir les origines de cette force mobilisatrice dans le cadre de la relation infirmière libérale/malade et à repérer les éléments qui peuvent jouer un rôle dans la mobilisation différentielle autour de la production des aides plus informelles.

En première instance, il y a lieu d'examiner les effets liés aux caractéristiques des deux protagonistes de la relation de soin, à savoir le malade et le professionnel. Pour ce qui concerne le premier, il apparaît de manière assez nette que certains patients sont plus mobilisateurs que d'autres. À cet égard, nous pouvons relever deux critères de mobilisation : le degré d'autonomie et l'âge du patient. Plus le niveau de dépendance du patient est élevé, plus il y a production d'aides informelles en plus des soins infirmiers. Par exemple, si l'on accepte – le plus souvent – d'aller chercher à la pharmacie des médicaments pour un patient lourdement dépendant, on le fait moins volontiers, voire on refuse de le faire pour le patient qui peut encore se déplacer seul. Aux yeux des soignants, la demande de ce dernier paraît illégitime et par conséquent celle-ci ne les oblige pas. L'âge constitue un second critère de mobilisation, d'autant plus si le patient est atteint d'un handicap profond ou d'une pathologie lourde. Ainsi, les enfants et les jeunes adultes gravement atteints sont-ils fortement mobilisateurs pour certains professionnels :

« C'est une enfant handicapée que je suis depuis l'âge de 8 mois, qui a maintenant 5 ans ½, qui a une maladie orpheline, de peau (...) Bon elle a 5 ans ½, je l'emmène promener parce que la maman, n'est pas capable d'emmener les deux (enfants). Quand je la prends le mercredi, je l'emmène au zoo, j'ai acheté un rehausseur pour la mettre dans ma voiture (parce que moi je n'ai pas d'enfants). J'ai dit, "mais je ne peux même plus aller au zoo avec elle, j'ai pas de papillon handicapé, le temps qu'elle marche, pour nous ça fait 10 min, pour elle ½ h. Cette gosse elle profite pas du bien être de regarder..." »

Odile

Dans ces contextes, la frontière entre l'univers professionnel et l'univers personnel peut se trouver complètement effacée. Le soignant encourt alors le risque d'être envahi par ses problèmes professionnels jusque dans sa sphère privée. Pour Françoise Gonnet⁶⁴ de tels comportements constituent des mécanismes – le plus souvent inconscients – de protection vis-à-vis de l'insécurité liée à l'activité quotidienne (confrontation à la mort et à la maladie). Ce type d'attitude se manifeste par une prise en charge du malade et un investissement affectif considérables : le patient est surprotégé, materné par le soignant. Il s'agit souvent d'une réaction touchant les malades très jeunes, les enfants ou les malades en phase terminale que les soignants connaissent bien et auprès desquels ils ont beaucoup investi. Il s'agit de rendre

⁶³ Agnès Camus, Nicolas Dodier, *L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'hôpital. Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales*, Rapport CERMES-GSPM pour le ministère de l'Équipement, des transports et du tourisme et pour le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, 1994, p. 7.

⁶⁴ Françoise Gonnet, « Les relations de travail à l'hôpital : entre complexité et insécurité », *Autrement. L'hôpital à vif*, Série Mutations, n° 109, 1989.

la situation plus supportable en essayant de la maîtriser. L'autre risque inhérent à cette modalité de défense est la mise en place d'une hiérarchie non préméditée entre les malades, à l'instar d'Odile dont nous avons évoqué la relation privilégiée avec une petite fille handicapée (l'expression « *je m'en fous* » en dit long ici) :

« C'est un problème quand je pars en vacances, je téléphone à M [sa collègue] – pas pour les autres malades, je m'en fous- "Comment elle va G, comment ça se passe, est-ce que son père est revenu ... ?" »

Odile

En second lieu, nous avons été regarder du côté des caractéristiques des infirmières et des infirmiers libéraux pour tenter de comprendre la grande variabilité de leurs niveaux d'implication dans ce type de tâche. De ce point de vue, l'appartenance sexuelle mérite d'être retenue comme variable déterminante. Il apparaît que, même réalisées par des professionnels, ces activités obéissent aux mêmes logiques que celles qui président au travail de soin des profanes. Les travaux de Simone Pennec soulignent que le soutien aux personnes âgées dépendantes à domicile par les proches familiaux demeure avant tout l'affaire des femmes (en l'occurrence celle des conjointes et/ou des filles)⁶⁵. Les infirmiers libéraux, plus souvent et surtout plus fortement que les infirmières, s'attachent à limiter l'apport de telles aides, ce au nom de leur professionnalité :

Fabrice : *« Ce n'est pas mon métier ! ».*

Chercheur : *« Vous posez des limites ? ».*

Fabrice : *« Oui, je le fais pour des personnes quand ce n'est pas systématique, et quand c'est du coup par coup et que la personne n'a pas d'autre solution forcément, il y a une bouteille de gaz à changer, je ne vais pas changer la bouteille ! ».*

Tout se passe comme si ces hommes cherchaient à écarter les tâches empruntées d'une certaine domesticité pour se recentrer sur des tâches plus formelles et professionnelles. Bien entendu, les infirmiers se refusent à établir un lien entre l'appartenance sexuelle du(de la) professionnel(le) et sa plus ou moins grande disposition à apporter une aide autre que strictement thérapeutique et technique aux personnes soignées. Ces différences sont alors attribuées aux caractères, aux tempéraments, aux personnalités des un(e)s et des autre(s) :

« Moi, je crois que si on est un peu sollicité, c'est que les gens se rendent compte qu'on est prêt à faire certaines choses par gentillesse "il est gentil, on peut lui demander, on sait qu'il va faire !" C'est aussi simple que ça, ce n'est pas parce que vous êtes un homme ou une femme, ça dépend de votre caractère ».

Michel

En outre, le contenu même de ces tâches demeure fortement lié au sexe du soignant (cf. tableau suivant). Ainsi, comparés aux infirmières, les infirmiers indiquent moins souvent : faire des achats pour les malades (52 % des infirmiers interrogés par questionnaire ont déclaré avoir fait des achats pour leurs patients au cours des 4 semaines précédentes contre 61 % des infirmières), rédiger leurs papiers et contacter leur famille. Par contre, plus fréquemment que

⁶⁵ Simone Pennec, « Les femmes et l'exercice de la filiation envers leurs ascendants » in Anne Guillou et Simone Pennec (dir.), *Les parcours de vie des femmes. Travail, familles et représentations publiques*, Paris, L'Harmattan, 1999, pp. 129-153.

les femmes, ils postent le courrier de leurs patients ou procèdent à des aménagements (37,5% contre 21,5 % des infirmières) :

« On va bricoler des planches pour monter sur les baignoires avant qu'ils aient le système de fauteuil qu'on fixe sur les bords de la baignoire. On met une planche pour que la personne s'assoie et se douche et ça marche bien ».

Thierry

Réalisation d'actes hors soins selon le sexe du professionnel (en %)

	Femmes	Hommes	Ensemble
Effectuer des achats	23,9	20,9	23,5
Poster du courrier	19,8	23,0	20,3
Effectuer des petits aménagements	8,3	15,5	9,2
Rédiger des papiers administratifs	14,7	12,1	14,4
Contacteur la famille	22,9	20,6	22,6
Contacteur la travailleuse familiale	0,3	0,3	0,3
Remplir des feuilles maladie, contacter la CPAM	0,2	0,9	0,3
Contacteur le CCAS	0,7	0,6	0,7
Laver le linge	0,1	0,0	0,1
Aller à la pharmacie	0,6	0,9	0,7
Contacteur l'assistante sociale	0,8	0,3	0,7
Rendre des services (sans autres précisions)	6,7	4,2	6,4
Autre cas de figure	0,9	0,6	0,8
Total (n= 2257 - trois réponses ordonnées possibles-)	100,0	100,0	100,0

Il faut toutefois considérer ces derniers résultats statistiques avec prudence. En effet, l'enquête par entretien tend à démontrer que les infirmières libérales en font autant que leurs homologues masculins en termes d'aménagement du logement. Ce qui change, c'est essentiellement la manière de mener ces transformations. Si les hommes procèdent par eux-mêmes aux adaptations (cf. l'installation de Thierry), les femmes quant à elles mobilisent en général d'autres personnes (des hommes la plupart du temps : artisan, conjoint, etc.) pour la mise en œuvre ces transformations. Finalement, de tels constats renvoient une fois de plus aux manifestations d'une traditionnelle division sexuée des tâches (en l'occurrence, le bricolage est dévolu aux hommes). Sur ce point, les résultats de l'enquête HID⁶⁶ (Handicap-Incapacité-Dépendance) indiquent que le volume et le contenu des aides informelles produites auprès des personnes âgées dépendantes vivant à domicile divergent selon le statut et le sexe des aidants. Quand l'aidant principal est une femme, les activités réalisées sont plus souvent des tâches ménagères (65 % contre 45 % lorsque l'aidant principal est un homme). La défense des droits des personnes âgées est une activité qui revient quant à elle plutôt aux aidants masculins. Ces effets de genre sont loin d'être affaiblis dans les situations où des aides équivalentes – ou relativement proches – sont apportées par des professionnels paramédicaux. Dans ces

⁶⁶ Nathalie Dutheil, « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Études et Résultats*, n° 142, 2001.

conditions, les infirmières libérales sont plus souvent assignées au *care*⁶⁷ comparées à leurs homologues masculins.

De toutes les variables examinées, le sexe apparaît sans nul doute la plus déterminante. L'âge, l'ancienneté dans le libéral ou encore le volume de l'activité globale ne semblent pas peser outre mesure sur ce type de travail. Par contre, le lieu d'exercice de l'infirmière libérale peut avoir son importance, mais pas forcément là où l'attend. L'opposition – quelque peu emprunte d'un brin de nostalgie – entre un monde rural où persisteraient des pratiques d'entraide héritées du passé et un monde urbain dominé par l'anonymat et le désintérêt pour autrui n'est pas de mise ici⁶⁸. Ainsi, ce n'est pas dans les bourgs ruraux, mais bien dans les petites villes que, d'une manière générale, les infirmières sont le plus enclines à épauler leurs patients. Par contre, quelques différences apparaissent au regard du contenu des activités. La pratique des achats pour les malades est ainsi plus répandue dans les petites villes et les bourgs ruraux, sans doute du fait de l'éloignement des commerces dans ces secteurs (voire de leur disparition dans certains petits bourgs ruraux). Les infirmières exerçant dans les villes de plus grande importance postent plus volontiers qu'ailleurs le courrier de leurs patients.

Si l'on poursuit l'examen de la force mobilisatrice des patients, il apparaît qu'un malade isolé, peu entouré est fortement mobilisateur. En effet, les infirmières ont tendance à préjuger quasi systématiquement de l'ampleur et de la qualité des réseaux formels et informels dans lesquels sont inscrits leurs patients. Si celles-ci jugent ces réseaux déficitaires ou inexistantes (absence d'entourage familial et d'autres intervenants à domicile), elles accepteront d'apporter un soutien autre que strictement infirmier. Il s'agit ici de pallier des solidarités qui font défaut. De fait, ces formes d'aides sont considérées comme légitimes.

Dans leur ensemble les enquêté(e)s ont tendance à naturaliser les solidarités familiales. Celles-ci sont considérées comme étant de l'ordre de l'évidence⁶⁹, de la normalité, voire de l'obligation. Aussi, lorsque le malade bénéficie de la présence d'un entourage familial à proximité, les infirmières vont – en dehors de tout prise en compte de la qualité de ce réseau et de sa capacité à s'organiser pour le soutien du proche – se refuser à « *se substituer* » à ces formes de solidarités considérées comme naturelles :

« Il peut y avoir une demande particulière en dehors du travail, par exemple "est-ce que vous pouvez me faire réchauffer ma soupe, me fermer les volets". Je ne le fais pas tout le temps, je le fais que chez certaines personnes, quand je vois qu'il n'y aura personne, que la personne va rester toute seule et le matin, je vais ouvrir car je sais que si je n'ouvre pas, ce sera fermé

⁶⁷ Geneviève Cresson, « La division sexuelle du travail de prise en charge des enfants et des personnes dépendantes », *Les solidarités familiales et leurs régulations publiques : regards croisés entre sociologie et droit*, Colloque ARS-CRDP/UBO, Brest, 17-18 novembre 2005.

⁶⁸ Il s'agit là de représentations communes, lesquelles sont également véhiculées par les enquêtés. De récentes études ont mis en évidence les solidarités non professionnelles s'exerçant envers les vieilles personnes vivant en ville, et notamment le rôle joué par les solidarités de quartier et de voisinage. Voir Florence Douguet, *Solitude et isolement chez les personnes âgées de 75 ans et plus*, Brest, SUFCEP-UBO-coordination gérontologique de Quimper, 2002 ; Dominique Argoud (dir.) et Françoise Le Borgne-Uguen, Jean Mantovani, Simone Pennec, Philippe Pitaud (coll.) et al., *Prévenir l'isolement des personnes âgées. Voisiner au grand âge*, Paris, Dunod, 2004.

⁶⁹ Les relations d'aide entre enfants et parents peuvent aussi s'organiser à partir de ces conceptions. L'accompagnement du parent âgé peut ainsi être de l'ordre de l'évidence, renvoyer à une forte inscription familiale et se faire sans recours à une aide professionnelle. Simone Pennec, « Les "aidants" », *Gérontologie et société*, n° 89, pp. 49-61.

jusqu'à midi. Mais si je fais alors que la famille est derrière, et que la personne veut que je lui ouvre les volets alors que d'autres pourraient le faire, je dis non ».

Françoise

Parfois, injonction est faite aux familles d'assurer « *leur responsabilité* » en matière de soutien apporté aux ascendants et aux proches malades. Au-delà de sa dimension moralisante, cette injonction sous-entend également que les membres de l'entourage familial ne peuvent qu'être assignés au *care* moins bien prestigieux que le *cure*⁷⁰ dévolu aux professionnels :

« C'est pas que je ne ferais pas (changer une bouteille de gaz), c'est que je ne le fais pas, je le fais si la personne est seule et qu'elle ne peut pas le faire et si elle n'a personne pour le faire et qui passera dans la journée, mais autrement je ne le fais pas parce que autrement la famille se décharge sur nous après et les familles ont leur responsabilité de leur parent aussi, on ne peut pas se décharger de ses parents, que ce soit en maison de retraite, ou à domicile ».

Fabrice

Pour autant, on sait que l'aide informelle constitue un élément déterminant du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes ou des adultes handicapés⁷¹. Dans bien des cas même, la vie à domicile n'est possible que grâce à la mobilisation des proches. Ainsi, on note qu'il n'est pas rare que l'aide informelle s'exerce seule, sans aucun recours aux services professionnels, ceci même à des niveaux de dépendance ou de handicap très élevés. Or, les infirmières et les infirmiers libéraux méconnaissent ou ne reconnaissent pas ces configurations sans doute parce qu'ils et elles n'interviennent pas dans de tels contextes. On sait également que l'aide professionnelle est rarement dispensée seule. Pourtant, le mythe de l'abandon des vieux n'est jamais bien loin :

« C'est moi qui donnais à manger au chat et qui sortais les poubelles pendant que les enfants étaient partis en vacances ».

Anne-Marie

« Certaines fois, ça prend des proportions où les enfants sont là, ont des voitures et qu'on vous dit vous irez prendre les médicaments à la pharmacie, là c'est sur notre temps, donc vous voyez ça peut aller trop loin ».

Élisabeth

Des constats équivalents peuvent être établis pour ce qui concerne les réseaux d'aidants formels (dont font partie intégrante les infirmières). Deux cas de figure peuvent être distingués ici, qui à chaque fois amènent ces professionnelles à assurer pour les patients des tâches qui ne relèvent pas à leurs yeux de leurs compétences. De telles tâches sont alors pensées en termes d'actes hors soins au même titre que les autres activités du pôle profane (nous reviendrons plus loin sur ces brouillages d'attributions et sur les tensions entre les

⁷⁰ Geneviève Cresson, « Soins à domicile et rapports sociaux de sexe », *op. cit.*

⁷¹ Voir Nathalie Dutheil, « Les aides et les aidants des personnes âgées », *op. cit.* et Nathalie Dutheil, « Les aidants des adultes handicapés », *Études et Résultats*, n°186, 2002.

diverses catégories d'intervenants à domicile⁷²). Dans le premier cas de figure, les infirmières acceptent de réaliser ces activités pour assurer la continuité de la prise en charge du malade (auprès duquel, les intervenants se succèdent et n'assurent pas une présence continue). Tout ce travail n'est pas placé au premier plan de l'activité infirmière et reste qualifié de « dépannage », d'« exception », etc. Il concerne, il est vrai, des activités jugées peu prestigieuses dans le champ de la santé. Par exemple, très ponctuellement, en raison des congés de l'aide ménagère, on accepte de passer chez le boulanger pour acheter du pain à la personne que l'on soigne. Ou encore :

« On ferme les volets parce que c'est l'heure, l'aide ménagère ne l'a pas fait avant parce qu'il fait jour (...) On vide un Montauban parce qu'il n'y aura personne à passer après, on ne va pas laisser une odeur de catastrophe toute la nuit ».

Irène

« C'est hors du rôle professionnel, sauf exception, je ne vais pas dire "ah non vous allez attendre" ; "vous pouvez me mettre à faire pipi" ; "non vous allez attendre la personne qui doit venir..." Non ! non ! mais je crois que c'est humain ».

Élisabeth

Dans le second cas de figure, sur lequel nous serons également amenés à revenir plus loin, les infirmières acceptent, ou plutôt se retrouvent dans l'obligation encore de se « substituer » aux autres intervenants à domicile, et notamment aux aides ménagères. Le manque de « sérieux » et de « conscience professionnelle » de ces travailleuses est invoqué pour dénoncer là encore une forme d'abandon de la personne soignée :

« C'est toujours pareil, ils acceptent le travail. Par exemple, hier je suis allée chez une dame à 10 heures 30, elle devait être levée depuis 9 h et elle était toujours dans son lit. L'aide ménagère n'était pas venue pour lui servir son petit déjeuner, pour ouvrir... Elle n'est pas venue de la journée. Alors l'infirmière arrive et l'infirmière fait... le petit déjeuner, et je lui ai préparé son repas de midi et puis j'ai essayé d'appeler l'aide ménagère, mais pas de réponse portable éteint ».

Jacqueline

La mobilisation des professionnelles est par ailleurs fortement déterminée par la nature même des actes hors soins. En ce sens, on peut dire que certaines activités sont plus mobilisatrices que d'autres au regard de leur contenu. Nous avons pu remarquer que les diverses aides pouvant être apportées en dehors du soin proprement infirmier sont l'objet d'une catégorisation symbolique. Certaines de ces activités sont considérées comme ayant malgré tout un rapport direct avec le travail infirmier. Aussi, même si celles-ci ne font pas partie des actes répertoriés dans la nomenclature des soins infirmiers, elles restent considérées comme légitimes par la plupart des professionnelles du fait justement de ce caractère limite⁷³. À ce sujet, les soignants ont essentiellement évoqué les courses à la pharmacie et au laboratoire d'analyse :

⁷² À ce sujet, nous pouvons déjà citer quelques titres d'articles parus dans la presse professionnelle : « Collaboration infirmiers libéraux/aides à domicile : gageure ou nécessité ? » ; « Nouveaux métiers du domicile, ennemis ou partenaires ? »...

⁷³ Bien entendu, quelques-unes refusent systématiquement de réaliser ces tâches.

« Aller prendre des médicaments, là-dessus on est presque obligés ».

Élisabeth

« Ca je trouve que c'est tout à fait normal, parce que ça fait un peu partie de notre travail. Bon ce n'est pas payé, mais ça fait partie de notre travail ! »

Anne-Marie

Néanmoins, en lien avec ce caractère limite, la réalisation de ces prestations demeure bien souvent conditionnelle. Par exemple, on veut bien déposer les échantillons sanguins au laboratoire, à condition que celui-ci ne soit pas trop éloigné de son secteur d'intervention. Françoise consent à chercher des médicaments pour ses patients « *si par hasard, j'y vais dans la matinée* »... Autrement dit, il faut éviter que ces activités supplémentaires ne désorganisent complètement les habitudes et les programmes de travail.

Pour terminer, le niveau d'implication des infirmières dans cette catégorie de travail dépend aussi fortement de la manière dont le patient sollicite le professionnel⁷⁴. En l'occurrence, s'il veut être mobilisateur, le malade aura tout intérêt à formuler sa demande avec déférence, respect, humilité et éviter à tout prix le ton autoritaire et le mode de l'injonction :

La patiente : « *Vous ne m'avez pas envoyé mes patchs [anti-douleurs]* ».

Léa : « *Non, je ne savais pas* » (elle vient de reprendre son activité après une période de congés).

La patiente : « *Alors, vous allez aller les chercher* ».

Léa : « *Non, j'irai cet après-midi. Ce n'était pas une urgence et moi j'ai d'autres malades qui m'attendent* ».

En outre, les demandes de services formulées par les patients doivent rester exceptionnelles ou ponctuelles. Réitérées à maintes et maintes reprises, insistantes, elles risqueront d'être considérées comme abusives, illégitimes et finalement d'être rejetées. Les malades qui en demandent « *trop* » sont démobilisateurs :

« *Il ne faut pas que ça devienne une habitude* ». Irène

« *Je veux bien aider les gens, mais pas être à leur service* ». Françoise

« *Je suis prête à aider, mais pas à être poire* ». Rolande

En rapport avec des considérations d'ordre financier, certains enquêtés soulignent l'absence de limite des requêtes formulées par les patients, voire leur instrumentalisation par ces derniers. Pour d'autres, au contraire, les personnes soignées savent exprimer des demandes raisonnables :

« *Faites ci, faites ça, non. Il y en a pour qui c'est une infirmière que je paie et qui fait et il y a pas à discuter et je dis non, on n'est pas payé pour ça* ».

Ankita

⁷⁴ Il s'agit uniquement du cas de figure où le patient demande explicitement une aide au professionnel. Quelques très rares soignants indiquent ne pas être sollicités de la sorte par leurs patients.

« Les actes infirmiers sont payés par la sécurité sociale et le reste est payé par elle, alors c'est évident, c'est rationnel ».

Irène

« Il y a des limites quand même, elles ne vont pas me demander d'aller faire toutes les courses au bourg ».

Léa

Pour clore ce point, il faut préciser que pour les besoins de l'analyse nous avons été amenés à traiter séparément ces différents critères de mobilisation. Or, il est bien évident qu'en réalité ceux-ci s'ajoutent, se déduisent, s'annulent, etc. Par exemple, une personne âgée très lourdement dépendante et vivant seule est plus mobilisatrice que celle qui présente le même état de dépendance mais qui cohabite avec l'un des ses enfants.

Les enjeux et les conséquences du travail « à-côté »⁷⁵

Nous venons de le voir, le degré de mobilisation dans cette catégorie de tâches diffère d'une professionnelle à l'autre. Or, cette variation peut induire des difficultés dans le fonctionnement des collectifs de travail. Effectivement, au sein d'un même cabinet de groupe, on peut relever des niveaux d'implication très contrastés d'une collaboratrice ou associée à l'autre. Bien entendu, lorsque tous et toutes les collègues partagent les mêmes principes, il n'y a en général pas de problème puisque tout le monde est « *sur la même longueur d'onde* ». Par contre, l'absence de consensus à ce sujet peut parfois être source de quelques tensions entre collègues. Par exemple, Ankita reproche à sa collègue d'accepter toutes les demandes hors soins des patients sans presque aucune limite. Cette dernière prépare systématiquement le petit déjeuner pour une patiente qu'Ankita qualifie quant à elle de « *valide* ». À ses yeux, ce travail finit par prendre le dessus sur le travail proprement infirmier :

« Il ne faut pas que l'on passe trois quarts d'heures à faire le lit, ouvrir la fenêtre, préparer le petit déjeuner et 5 minutes à faire la toilette et on est parti, non ! »

Ankita

Cependant et d'une manière générale, de tels décalages au niveau des façons de faire ne semblent pas être à l'origine de réels conflits entre paires. Au contraire, les professionnelles peuvent accorder à ce décalage un caractère bénéfique, celui de la « *complémentarité* ».

Ceci étant dit, bon nombre de professionnelles écartent cet aspect de leur pratique pour définir leur identité professionnelle. Refusant d'être appréciées en fonction de qualités attendues comme le dévouement ou encore la gentillesse qui renvoient trop à l'aspect vocationnel du métier, elles se revendiquent par une professionnalité centrée sur la technique :

« La non reconnaissance de la profession, quand je vois une interview sur le Télégramme d'un infirmier ou infirmière, où elle peut dire que justement qu'on est là pour apporter le bol de

⁷⁵ L'expression fait référence aux recherches de Florence Weber portant sur le travail réalisé par les ouvriers du secteur industriel en dehors de l'usine. Florence Weber, *Le Travail à-côté. Étude d'ethnographie ouvrière*, Paris, INRA-Éditions de l'EHESS, 1989.

café, qu'on fait les toilettes, il n'y a plus rien de la profession d'infirmière, il n'y a plus de rôle infirmier propre, je dis si à ce moment-là il n'y a plus de seringue ».

Élisabeth

D'une certaine manière, on croise ici le constat de tiraillement entre une infirmière technicienne et une infirmière travailleuse sociale établi par Antoinette Chauvenet au début des années 70⁷⁶. Reprenant ces réflexions 30 ans plus tard, Fabienne Midy⁷⁷ écrit : « *Quant au deuxième point sur la frontière entre le soin et le social, bien que les deux extraits de témoignages publiés récemment dans Libération semblent sans ambiguïté : "soignante avant tout", "l'infirmière n'a pas à faire les trucs à côté" (Libération, 2 000) ; il reste qu'une autre infirmière explique comment elle s'occupe parfois d'acheter le pain, de préparer un bol de céréales ou de coiffer la patiente* ». Pourtant, on pourrait penser que les infirmières infirmiers libérales tirent leur spécificité justement de leur fonction intermédiaire, de leur capacité à jouer à la fois sur le registre profane et le registre professionnel⁷⁸.

Sous l'effet de la mise en œuvre des politiques de maintien à domicile des personnes fragilisées⁷⁹, une part croissante de ces actes inscrits dans le pôle du *care*⁸⁰ est prise en charge par d'autres professionnels et/ou d'autres services spécialisés (auxiliaires de vie sociale, techniciennes de l'intervention sociale et familiale, aides soignantes, CCAS, ADMR⁸¹, etc.). Dans ces conditions, les infirmières libérales peuvent désormais orienter les demandes hors soins des malades vers les structures d'aide au maintien à domicile. Par exemple, Claire ne prépare plus le petit déjeuner pour certains de ses patients, alors qu'elle le faisait il y a quelques années encore (Claire a débuté son activité libérale en 1988) :

« Avant, on n'osait pas dire non, et depuis de telles demandes sont renvoyées aux services de maintien à domicile. On dit au malade de s'adresser à ceux-là ou bien on les sollicite pour lui. Non dans ces cas, s'il y a un problème on met en place quelque chose ! On appelle l'infirmière coordinatrice au centre de soins et l'ADMR, on voit ce qu'on peut faire, on met des choses en place, on va s'arranger pour qu'il y ait quelque chose de fait, mais on ne fera pas ! ».

Claire

Agnès, qui s'est installée en libéral au début des années 1980, retrace aussi ces transformations qui affectent le champ professionnel de l'aide à domicile dans le sens d'une spécialisation accrue des tâches, des fonctions et des acteurs mobilisés autour de la personne aidée :

⁷⁶ Antoinette Chauvenet, « L'infirmière hospitalière, technicienne ou travailleur social », *Projet*, n° 90, 1974, pp. 1137-1148.

⁷⁷ Fabienne Midy, *Les infirmières : l'image d'une profession*, *op. cit.*

⁷⁸ Geneviève Cresson qui s'intéresse aux situations de production profane de soins par les proches familiaux, et notamment par les femmes, évoque l'exemple des mères qui sont aussi des infirmières ou des médecins, qui soignent leurs propres enfants et leurs patients. Ces dernières appartiennent à la fois au monde professionnel et au monde profane. Geneviève Cresson, « Soins à domicile et rapports sociaux de sexe », *op. cit.*

⁷⁹ Sur cet aspect voir François Bigot et Thierry Rivard, « L'évolution des modes de prise en charge et des métiers de la dépendance » in Claude Martin (dir.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* Rennes, PUR-Éditions ENSP, 2003, pp. 133-155.

⁸⁰ Geneviève Cresson, « Soins à domicile et rapports sociaux de sexe », *op. cit.*

⁸¹ Association d'Aide à domicile en milieu rural.

Chercheur : « *Et autrement ?* ».

Agnès : « *Pharmacie, oui on fait les courses, mais les aides ménagères le font, elles ont pris notre rôle un petit peu à ce niveau-là, enfin notre rôle...* ».

Chercheur : « *Ce que vous faisiez auparavant ?* ».

Agnès : « *Oui voilà ! S'il y a des ordonnances à aller chercher, le médecin est passé, si l'aide ménagère est disponible à ce moment-là elle va aller à la pharmacie, s'il y a personne c'est nous qui allons le faire bien sûr* ».

Chercheur : « *Les achats, ça vous arrive d'en faire ?* ».

Agnès : « *Beaucoup moins maintenant, avant il n'y avait pas le service d'aide ménagère et c'est vrai que même le facteur maintenant il ne ramène plus le pain, c'est les aides ménagères qui font ça, ça c'est énormément développé au niveau d'aide ménagère et puis alors avec l'APA !! Ça a flambé !! Mais il y avait un besoin, c'est évident ! Moi je me suis vue, il y a une dizaine d'années de ça, pas d'aide ménagère et la famille pas disponible aussi pour... des paquets de couches dans ma voiture, des trucs, on mettait tout dans la voiture avant d'aller chez le client* ».

Ces évolutions ne sont pas sans affecter la relation soignant-soigné. La première conséquence relevée par les infirmières libérales concerne la raréfaction des modes de gratification de ce travail hors soins par les patients (remerciements, cadeaux, etc.). Nous reviendrons plus en détail sur cette question en abordant plus précisément les relations qui se trament entre ces deux acteurs. Si l'on se situe maintenant du point de vue des personnes soignées elles-mêmes, il apparaît que ces dernières ont tendance à placer l'aide ménagère au centre de leur réseau d'aide formelle. Sur ce point, nous pouvons nous référer à une étude réalisée⁸² auprès de personnes âgées de plus de 75 ans dont les résultats indiquent que ces personnes évoquent moins spontanément les professionnels soignants (bien qu'une partie d'entre-elles bénéficie de soins infirmiers à domicile). L'image de l'infirmière relève moins d'une évaluation positive que celle de l'aide ménagère. Les infirmières sont fréquemment perçues comme des professionnelles « *pressées* ». À leur sujet, on décrit surtout les actes réalisés, la toilette par exemple, plus que les relations ou les discussions. Aux yeux des personnes soignées, les infirmières sont de simples productrices de soins de nature technique, et non des confidentes ou des amies comme peuvent l'être les aides ménagères⁸³.

32. Les relations dans le cadre de l'activité

Le système de soins constitue un espace de rencontre obligé d'acteurs et d'institutions dont les objectifs et les moyens sont rarement communs⁸⁴. Les politiques de santé actuelles incitent fortement ces différents partenaires à travailler ensemble, dans le cadre par exemple de réseaux de soins. La production de soins requiert fondamentalement la collaboration des professionnels ainsi que celle des professionnels et des malades. Or, dans la réalité, le consensus n'est pas toujours de mise. La coopération ne va pas de soi et s'accomplit bien souvent sur un arrière fond de tensions et de conflits. En ce sens, le système de soins peut-être conçu et appréhendé comme un « *agrégat de micro-mondes sociaux hétérogènes aux frontières* »⁸⁵.

⁸² Florence Douguet, *Solitude et isolement des personnes âgées de 75 ans et plus*, op. cit., p. 74-75.

⁸³ Voir Vincent Caradec, « L'aide ménagère : une employée ou une amie ? » in Jean-Claude Kaufmann (dir.), *Faire ou faire faire ?* Rennes, PUR, 1995.

⁸⁴ Sur ce contexte, voir Geneviève Cresson, Marcel Drulhe, François-Xavier Schweyer, *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP, 2003.

⁸⁵ *Idem*, p. 8.

Au fil des pages qui suivent, nous nous attacherons à rendre compte des rapports que les infirmières libérales entretiennent avec les multiples acteurs qu'elles côtoient dans leur exercice quotidien, qu'il s'agisse de professionnels, d'institutionnels ou de profanes. En premier lieu, nous décrirons le contenu de la relation infirmières-malades ainsi que les difficultés inhérentes à la confrontation de professionnels et de non-professionnels de la santé et de la maladie. Dans un second point, nous examinerons les interactions infirmières-médecins qui, dans le contexte libéral, ne sont pas tout à fait équivalentes à celles qui sont observées dans le milieu hospitalier. Puis, dans un troisième point nous nous attarderons sur les rapports entretenus avec les différents professionnels de l'intervention à domicile. Les intervenants du secteur sanitaire comme du secteur social peuvent être parfois très nombreux à se succéder ou à se retrouver auprès des malades et de leurs familles. Nous insisterons sur l'hétérogénéité des interactions avec ces derniers. Nous verrons en effet que les relations avec les collègues infirmières libérales, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les assistantes sociales, les aides-soignantes et les auxiliaires de vie sociale oscillent en permanence entre collaboration et complémentarité, tensions et conflits, voire concurrence. Enfin, nous aborderons plus largement les relations aux institutions côtoyées : les services de maintien et de soins infirmiers à domicile, les établissements pour personnes âgées ainsi que les caisses d'assurance maladie.

321. Les relations aux malades et aux familles

Pour désigner les personnes qu'elles soignent⁸⁶, les professionnelles recourent majoritairement au terme « patients » (61,5 %), assez loin derrière les termes « clients » (20 %) et « malades » (13 %). Le terme « clients » est spécifique à l'exercice du métier infirmier en libéral et caractérise essentiellement une relation marchande. L'usage des termes « patients » et « malades » est commun avec les soignantes hospitalières et renvoie plus à l'idée d'une relation thérapeutique. Les infirmières libérales qui réalisent plus d'actes que la moyenne font plus souvent usage du terme « patients » que « clients ». Cette stratégie langagière vise probablement à affirmer qu'en dépit d'un haut niveau d'activité, souvent associé à l'idée d'une moindre attention pour les personnes soignées, elles continuent à se situer pleinement dans une relation de soins et non pas dans une relation mercantile connotée négativement. Cette dimension commerciale de l'activité semble toutefois mieux assumée par les infirmiers que par les infirmières. Insistant à plusieurs reprises au cours de l'entretien pour dire que le champ de la santé est désormais un secteur « économique » comme un autre, Charles précise :

« Pour moi, c'est des patients, mais on doit les appeler des clients ».

Par ailleurs, comparées à leurs homologues masculins, les femmes privilégient un peu plus le terme « malades » (13,5 % contre 8 %) qui incarne à leurs yeux une conception traditionnelle de la relation soignant-soigné. Quant aux hommes, ils optent un plus souvent que les femmes pour le terme « patients » (66 % contre 61 %) qui renvoie à une conception médicale de cette relation (interactions médecins/patients). Ces éléments statistiques corroborent, de fait, les observations déjà signalées plus haut, au sujet des tentatives d'identification des infirmiers à la profession médicale.

⁸⁶ Dans le cadre de l'enquête par questionnaire, la question suivante était posée : « Pour évoquer les personnes que vous soignez, vous parlez le plus souvent de... ».

De la gentille mamie au malade qui commande l'infirmière

Les entretiens nous renseignent plus précisément sur la nature des relations que les infirmières entretiennent avec leurs malades, ainsi que sur la manière dont elles se représentent ceux-ci. À cet égard, on peut distinguer deux catégories de représentations. La première met l'accent sur la dimension relationnelle de l'activité et véhicule une image positive du patient. La seconde catégorie insiste à l'inverse sur la dégradation de la relation soignant-soigné et dresse un portrait assez peu avenant du patient.

Quand il s'agit de décrire leurs interactions avec les patients, les infirmières mettent spontanément l'accent sur la dimension relationnelle de leur métier. Par contre, comme nous l'avons souligné précédemment, la description de l'activité de soins s'inscrit essentiellement dans un registre technique. Quand on parle du patient, la technique passe donc au second plan des discours. Ces procédés discursifs conduisent à présenter une pratique conforme à l'idéal infirmier, lequel est véhiculé par la notion de « prise en charge globale du malade ». Si beaucoup d'infirmières libérales se définissent comme des « *techniciennes dans l'âme* », il leur est en effet difficile de s'en tenir à ce seul aspect au regard des valeurs dominantes de la profession : « *Soigner les malades, écrivait Florence Nightingale, l'une des figures emblématiques de la profession, c'est prescrire et dispenser un soin total, c'est mettre le patient dans la meilleure situation pour que la nature puisse agir, ce n'est pas simplement appliquer un traitement* »⁸⁷. Les infirmières libérales, tout comme leurs homologues hospitalières d'ailleurs, tendent à se positionner sur ce terrain de la globalité des soins pour définir leur singularité au sein du champ des professions de santé : « *La dimension relationnelle, celle de la relation humaine est fortement investie par les infirmières. Beaucoup la regardent comme la dimension spécifique du travail infirmier alors même que le caractère technique de leur activité, tend dans les faits, à s'accroître* »⁸⁸.

Dans le premier système de représentations, les relations aux malades sont de nature interpersonnelle et empathique. Les termes les plus fréquemment utilisés pour qualifier ces interactions sont ici : « *confiance* » ; « *confiance* » ; « *proximité* » ; « *interconnaissance* » ; « *échanges* » ; « *contact privilégié* » ; « *relationnel* », etc. :

« À domicile, on connaît son patient, on connaît sa vie, on connaît tout ».

Anne-Marie

« On connaît tout des patients, mais ils connaissent tout sur nous aussi. C'est un échange en fait ».

Nicolas

⁸⁷ Florence Nightingale citée par Monica Baly, *Florence Nightingale à travers ses écrits*, Paris, InterÉditions, 1993, p. 5.

⁸⁸ Jacques Saliba, Brigitte Bon-Saliba, Brigitte Ourvry-Vial, *Les infirmières, op. cit.*, p. 83.

« Ici on connaît, c'est différent, ici on connaît nos patients. Ils nous racontent leurs soucis, les histoires de leurs petits enfants, de leurs enfants. (...) Nous également, on raconte un petit peu : ma fille, elle fait ci... ».

Jacqueline
(exerce dans une ville moyenne)⁸⁹

Les soins, qu'ils soient techniques ou de *nursing*, ne seraient alors que de simples supports pour instaurer la relation au malade. Les actes en eux-mêmes sont secondaires, ce qui importe c'est le soutien que l'on peut apporter au malade à travers ceux-ci :

« Quand tu fais une piqûre, tu fais 20 % de soins et puis tu as 80 % à remonter le moral ».

Félicie

« Et vous connaissez les gens et ça finit par parler... Il y a le relationnel et l'aide qui rentrent énormément dans la toilette, que vous n'avez pas dans d'autres soins. Même si la personne a une chambre d'implantation, que vous lui faites un rinçage, une héparinisation ou autres, ce n'est pas pareil. Il y a ce contact, ce toucher que vous avez à la toilette, quand les gens sont alités, qui est vraiment beaucoup pour eux, je pense dans la journée ! ».

Sabine

Dans ce registre de représentations, l'image du malade est positive : *« il n'y a aucun problème »* ; *« ils sont gentils »* ; *« charmants »*, etc. :

« Moi mes patients, c'est bizarre parce que je suis jeune, mais c'est comme si c'étaient mes enfants, je les couve ».

Anne-Marie

« J'aime bien mes petites grands mères, mes petits grands pères ».

Justine

Certaines infirmières développent une vision excessivement anthropologique du malade. Débarrassé de ses caractéristiques sociales, de ses traits de personnalité, de ses qualités et ses défauts, il est un *« être humain »*, un homme avec un H majuscule :

« Moi, j'ai l'impression que les gens, quand on va chez eux, ils ne sont ni gentils ni méchants, ni vieux, ni jeunes. Pour moi, ils sont malades, ils sont pareils un peu. Si ce sont des gens que je n'aurais pas envie de voir quand ils sont en bonne santé, quand ils sont malades, j'ai l'impression que je ferais tout pour eux. C'est une autre dimension. Si je sais que cette personne est infecte, mais quand ils deviennent malades, le reste n'existe plus, c'est un être humain avec ses défauts et ses qualités. Et je crois qu'on relativise aussi, des gens qui deviennent méchants parce qu'ils ne sont pas bien dans leur vie, dans le fond c'est la même chose ».

Françoise

⁸⁹ Contrairement à ce que peuvent annoncer les infirmières installées en zone rurale, leurs collègues qui exercent en ville peuvent aussi entretenir des relations très personnelles avec leurs malades. Les infirmières rurales ont effet tendance à surestimer ce type de relations en lien avec la persistance supposée d'anciennes solidarités campagnardes.

Dans ce schéma d'interactions très emprunt de valeurs vocationnelles et humanistes, la difficulté majeure tient à l'appréciation de la « *bonne distance* » et à l'instauration de limites dans la relation au malade :

« *Il y a des gens qui iraient vite s'accaparer. Il faut savoir jusqu'où on va* ».

Françoise

« *On a eu parfois tendance à les écouter, et c'est une erreur* ».

Irène

Le second registre de représentations⁹⁰ conduit à présenter le malade sous un jour nettement moins favorable et à faire état d'une dégradation de la relation soignant-soigné. Les infirmières que nous avons rencontrées sont des professionnelles expérimentées⁹¹ qui font le constat de l'évolution du statut du malade depuis quelques années. Comparant les malades soignés au début de leur carrière avec les malades soignés aujourd'hui, elles décrivent toute une série de changements. Tout d'abord, dans la société contemporaine, la santé est devenue « *un bien comme un autre* » et « *un droit* ». La santé tend à faire figure de valeur absolue dans les mentalités et dans les pratiques⁹². Cela se traduit par un accroissement du recours à la médecine : les malades sont de plus en plus « *consommateurs de soins et de consultations médicales* » et se rendent chez le médecin « *pour un oui ou pour un non* » :

« *Tout leur est dû, ce sont des assistés ! (...) Maintenant tout est un dû. Les gens, on leur doit, c'est un service qu'on leur doit !* ».

Josiane

Dans ce contexte, les malades pris en charge par les infirmières libérales sont perçus comme étant de « *plus en plus exigeants* ». À cet égard, elles observent l'inflation du nombre de toilettes « *injustifiées* » à leurs yeux (« *c'est la sécurité sociale qui paye* ») ou encore des demandes de services jugées abusives. L'autre exemple, souvent entendu dans les entretiens, concerne les malades qui « *exigent* » d'être soignés à telle heure et exclusivement par telle infirmière du cabinet :

« *On s'est fait une politique de dire "ce sont les deux infirmières ou personne. (...) Il n'y a pas d'exclusivité, on est un cabinet"* ».

Ankita

« *Certains essayent de semer la zizanie dans le cabinet* ».

Élisabeth

« *Vous ne voulez pas que je vous repeigne votre cuisine non plus ?* ».

Claire

Finalement, le malade est envisagé comme une contrainte supplémentaire pesant sur l'activité. À l'instar des médecins ou des caisses d'assurance maladie, cet acteur restreint

⁹⁰ Les deux registres ne sont pas incompatibles. Les discours des infirmières puisent indifféremment dans l'une ou l'autre de ces deux catégories. Le paradoxe est intrinsèque aux pratiques discursives.

⁹¹ Pour mémoire, la tranche d'âge la plus fortement représentée est celle des quadragénaires.

⁹² Sur ce point, voir François-Xavier Schweyer, Simone Pennec, Geneviève Cresson, Françoise Bouchayer, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, op. cit.

quelque peu l'autonomie professionnelle. Le patient représente notamment une source potentielle de désorganisation : il peut perturber la programmation des tournées ou encore affecter les relations entre collègues. Déjà cité plus haut, Nicolas, qui employait pourtant le mot « *échange* » pour qualifier sa relation aux malades, explique que s'il n'a pas à plus subir le poids de la hiérarchie hospitalière en secteur libéral, il lui faut, à la place, subir la pression des personnes soignées :

« *Ceux qui nous gouvernent ce sont les patients* ».

De telles conceptions peuvent être également relevées chez les infirmières hospitalières, qui ressentent fortement la contrainte marchande exercée par un malade devenu « client » au sein d'une organisation de plus en plus soumise aux principes de la rationalisation de l'activité⁹³.

En outre, les analyses sociologiques récentes soulignent que la relation entre professionnels et profanes dans le champ de la santé tend à davantage de symétrie, conformément aux nouvelles valeurs sociales prônant l'égalité, l'autonomie des personnes ou encore la responsabilité individuelle. Le patient, qui auparavant endossait un rôle passif dans la relation thérapeutique, en devient aujourd'hui un acteur incontournable. Les rapports régulés par la norme de la *compliance*⁹⁴ laissent progressivement place aux rapports régulés par la norme de la participation thérapeutique⁹⁵. Les professionnels de santé doivent désormais rechercher le consentement éclairé du malade, respecter ses choix ainsi que sa volonté⁹⁶. À cet égard, les lois relatives aux droits des malades et des usagers du système de santé ont contribué à formaliser, de manière institutionnelle, la progression du pouvoir des patients dans leurs rapports aux soignants. Les infirmières libérales peuvent ressentir assez vivement toutes ces transformations, déplorant par exemple que certains malades cherchent « *à les commander* », « *à les dominer* » ou à mettre en œuvre « *des jeux de pouvoir* ».

Dans la continuité de ces propos, les soignantes rendent compte d'une raréfaction des formes de gratitude et de gratification de la part des patients⁹⁷ : un café proposé après la réalisation des soins, un bouquet de fleurs offert à la fin d'un traitement, des chocolats à Noël... Bien souvent, les professionnelles attribuent ces évolutions à la montée de « *l'individualisme* » et de « *l'égoïsme* » dans la société globale. Or, c'est le statut même du patient et la nature de sa relation aux professionnels qui se sont transformés au fil des dernières années : moins soumis à l'autorité médicale, moins passif et plus autonome, le patient se positionne de plus en plus en qualité d'usager des institutions et des services de santé (dont fait partie intégrante le cabinet infirmier). Il est à noter que les intéressées ne mettent pas ces changements en lien avec l'évolution de leurs propres pratiques (par exemple, la délégation de quelques actes de *nursing* aux aides soignantes et de certaines tâches domestiques aux aides ménagères, le transfert des toilettes mortuaires vers les sociétés

⁹³ Florence Douguet, « La carrière au fil de l'avance en âge des femmes soignantes du secteur hospitalier » *op. cit.*, pp. 75-78.

⁹⁴ Le malade *compliant* est celui qui applique de manière rigoureuse les consignes médicales.

⁹⁵ Florence Douguet, « L'ajustement des normes mobilisées par les professionnels de santé à l'égard des personnes souffrant d'insuffisance rénale », *op. cit.*, pp.185-196.

⁹⁶ Xavier Molénat, « Médecin-patient, je t'aime moi non plus », *Sciences Humaines*, n°48, 2005, pp. 44-45.

⁹⁷ Il ne s'agit pas ici de dire que ces formes de remerciement ont complétement disparu, mais qu'elles sont moins fréquentes. Les infirmières sont en effet encore très nombreuses à signaler les petits présents offerts par les patients (boîtes de bonbons, napperons « faits main », etc.).

spécialisées, etc.). Claire est l'une des rares professionnelles à faire référence à ces évolutions. Elle explique que les infirmières réalisant de moins en moins d'actes hors soins (faire les courses par exemple), il lui paraît donc tout à fait logique qu'en retour les marques de gratitude des patients s'affaiblissent. Quoiqu'il en soit « *le lien social tolère mal le rapport marchand* »⁹⁸ et dans leur majorité, les infirmières dépeignent ces changements avec regret et amertume :

« C'est vrai que je trouve que les relations changent. En seize ans, il y a de moins en moins d'endroits où on te propose un café, et avant effectivement tu allais chez des gens qui avaient un potager, tu rentrais avec des laitues et maintenant c'est très rare ».

Claire

« Oui, je trouve qu'on était mieux respecté ! ».

Léa

« Il y a des ingrattitudes, c'est clair. Il y a des patients qui sont absolument irrespectueux de nous ».

Fabrice

« Il y en a un pour qui : "c'est une infirmière que je paie et qui fait, et il n'y a pas à discuter !" ».

Ankita

Nous montrerons dans la dernière partie de notre étude que ces transformations ont également affecté l'image sociale de l'infirmière libérale (saisie du point de vue des intéressées).

Pour terminer, nous ne pouvons manquer de restituer la nostalgie des plus anciennes à travers leurs récits de « *l'âge d'or* » du métier :

« Moi, j'ai des souvenirs FOR-MI-DA-BLES de mes 15 ans en Normandie, formidable ! Ça a été dur, j'ai eu un boulot terrible à faire, mais mon Dieu, quelle reconnaissance, quelle tendresse de la part des gens, c'est impensable ! On était nourri toute l'année ! Parce qu'ils n'auraient jamais voulu que je reparte sans..., avec du beurre, des œufs, de la crème, un poulet, un lapin... Ils téléphonaient "dis, tu passeras tel jour on a tué le cochon !" Les premières fleurs que j'ai trouvées sur mon perron ! J'ai des bibelots, là, tout ça ce sont des cadeaux que les gens m'ont faits. Une reconnaissance... ».

Josiane

« Moi, comme je dis, avant, la lumière de l'extérieur était allumée le matin quand il fait nuit... Et on vous ouvrait la porte... c'est tout juste si vous n'aviez pas le tapis rouge, que maintenant on fait aucun effort. Le tapis rouge j'exagère, mais c'était ça. Que maintenant, c'est : "vous viendrez à 8h moins 10 !" "Non, mais vous rêvez non ! ?" C'est d'une exigence. Vous rapportez les médicaments, il vous manque quelque chose : vous vous faites engueuler ! Il manque un médicament, ils en ont pour débiter mais ils n'ont pas la totalité. Moi comme je dis : "avant de crier, commencez par me dire merci !" Oui, mais parce que ça c'est un phénomène de société où toutes les choses sont dues ! ».

Hélène

⁹⁸ Jacques T. Godbout, *L'esprit du don*, Paris, La Découverte, 2000, p. 24.

Faire avec l'entourage du malade...

Les discours des infirmières libérales portant sur l'entourage des malades s'organisent autour des deux systèmes de représentations également mobilisés pour décrire les patients.

D'un côté, les interactions avec les familles sont envisagées sur le plan de la relation humaine. On retrouve ici le même lexique que précédemment: « *confiance* » ; « *écoute* » ; « *échange* » ; « *disponibilité* » :

« Au départ, on est des inconnus l'un pour l'autre, mais petit à petit une relation de confiance s'instaure. (...) On fait partie de la famille, on a les clefs de chez eux ».

Luc

Les professionnelles valorisent fortement leur rôle en matière de réconfort et d'accompagnement des familles dans les moments difficiles (souffrance, fin de vie, mort du proche). Ce *travail sentimental*⁹⁹ est intégré, programmé même, dans le cours de l'activité quotidienne des infirmières :

« Ils savent qu'ils peuvent tout dire, ça ne sortira pas de là (...) Quand il y a une personne qui a un cancer... on a eu l'année dernière une jeune femme qu'on connaissait bien, c'était dur. Il fallait écouter tout le monde, le mari, les enfants. On a passé du temps, on ne peut pas rentrer dans la maison faire le soin et partir. Il fallait qu'on prévoit, donc, souvent, on allait en fin de matinée ».

Léa

Là encore, les professionnelles peuvent éprouver des difficultés à trouver la « *bonne distance* » : il faut « *être discret et ouvert* » ; « *poser les choses* » ; « *mettre les limites sinon ils prennent tout* ». Ceci est d'autant plus difficile que parfois les soignantes peuvent être sollicitées comme médiatrices pour maintenir le lien entre les différents membres de l'entourage ou encore pour convaincre le patient du bien-fondé d'une décision le concernant. Supposée neutre, de par son statut professionnel, et objective, de par son extériorité à la famille, l'infirmière doit savoir arbitrer, négocier, convaincre :

« Ben, dites lui, vous au moins, il vous écoutera ».

Roger

Sur un autre versant, les relations aux familles sont perçues plus négativement. À l'instar des patients, l'entourage serait de plus en plus « *exigeant* », n'hésitant pas à « *donner des ordres* » aux paramédicales :

« Elles demandent tout : par exemple vider la poubelle ».

Luc

⁹⁹ Au sujet des parents d'enfants hospitalisés, Eléonore Lépinard écrit : « *Ce terme indigène (prise en charge) désigne une activité que le personnel du service doit assurer et qui consiste à accueillir les parents, à répondre à leurs questions, à leur donner des conseils quand leur angoisse devient trop forte ou à les orienter sur la psychologue attachée au service quand ils éprouvent de réelles difficultés à surmonter l'hospitalisation de leur nouveau-né* ». Eléonore Lépinard, « Le travail à-côté : le rôle des soignants dans la division du travail sentimental », *op. cit.*, p. 37.

« Celles qui bénéficient de la PSD (prestation spécifique dépendance) pensent qu'elles peuvent en demander plus aux infirmiers libéraux ».

Charles

« Il faut parfois leur dire qu'on n'est pas à leur service ».

Justine

C'est, une fois de plus, l'autonomie des soignantes qui se trouve menacée ici. Or, la soignante n'est pas engagée vis-à-vis de ses patients. Aucun cadre légal ne la contraint en effet à soigner telle ou telle personne. Pour Nathalie Duville, la démographie de la profession faciliterait le désengagement des professionnelles à l'égard de certains patients et de leur entourage : « *La liberté du choix du praticien par le patient s'est renversée : avec la pénurie c'est l'infirmière qui peut choisir plus réellement le patient* »¹⁰⁰. En réalité, les paramédicales ne cessent pas de soigner un malade du jour au lendemain, mais font en sorte d'organiser son « transfert » vers un autre cabinet :

« *Lorsqu'on a des soucis avec les familles, que ça ne convient ni à l'un ni à l'autre, on n'est pas tenu. Ils peuvent aller chercher un autre cabinet infirmier. Ça doit arriver dans chaque cabinet. Ça arrive, c'est arrivé une fois ici. C'était toujours une histoire de 5 minutes, de 10 minutes, de ceci et cela et quelque chose de lourd, la critique de celle qui avait précédé le soir, bon il y a eu un petit courrier et voilà on leur donne quinze jours pour chercher un autre cabinet infirmier ! Et ça doit arriver dans chaque cabinet* ».

Jacqueline

Les relations avec les familles peuvent être rendues compliquées par le fait que les soins sont dispensés dans un lieu non professionnalisé, le domicile privé. À cet égard, « *la gestion des soins dans la sphère familiale entraîne des perturbations et désorganise le cours de la vie quotidienne* »¹⁰¹. Les infirmières hospitalières sont des professionnelles de santé qui produisent des soins dans un espace spécialisé, alors que les infirmières libérales assurent cette même production dans un espace non professionnalisé. Aussi, dans un contexte dominé par les acteurs profanes, ces dernières peuvent éprouver le sentiment de devoir faire avec les familles. Certaines soignantes peuvent être gênées par cette présence profane et la ressentir comme une intrusion dans leurs pratiques professionnelles, à l'instar de Luc qui a l'impression « *d'être surveillé par les familles qui empiètent sur son travail* ». Cependant, ces réactions sont très variables d'une professionnelle à l'autre, y compris au sein d'un même cabinet :

« *Il y a des gens chez qui j'aime bien aller et ma collègue n'aime pas aller. La fille n'est pas sympa, alors que moi je trouve que ça se passe bien. Je pense à quelqu'un, elle reste avec sa mère pendant les soins, elle est dans la chambre sans rien dire et sans rien faire, elle veut regarder, et donc ça gêne certaines, mais moi ça ne me gêne pas et je n'ai pas l'impression d'être... Quand il y a un sujet qui la branche, le contact passe bien, mais ça ne passe pas toujours avec les autres* ».

Françoise

¹⁰⁰ Nathalie Duville, « *L'exercice libéral des infirmières : une autonomie illusoire ?* », *op. cit.* p. 104.

¹⁰¹ Renée Waissman, « Le travail médical de la famille » in Pierre Aiach, Alicia Kaufmann, Renée Waissman, *Vivre une maladie grave. Analyse d'une situation de crise*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1989, p. 176.

Spontanément, les infirmières n'évoquent pas le *travail sanitaire de la famille*¹⁰². Pourtant, le maintien à domicile des personnes malades et/ou handicapées n'est souvent possible que grâce à leur soutien. Les aides professionnelles sont en effet rarement dispensées seules et sont presque toujours associées aux aides informelles¹⁰³. Au-delà de cette absence de prise en compte du rôle de l'entourage, celles qui évoquent cette dimension (le plus souvent sur sollicitation de l'interviewer) tendent à réduire les membres de ce réseau au rang d'acteurs secondaires. Les proches sont alors perçus comme ceux qui assistent la soignante professionnelle et non comme des producteurs de soins à part entière : ce sont ceux que Geneviève Cresson qualifie d'« *auxiliaires médicaux* »¹⁰⁴ :

Chercheur : « *Est-ce que les familles vous aident parfois dans les soins ?* ».

Jacqueline : « *Oui parfois on a eu des familles, en ce moment-là non, enfin si, il y a une personne dont la fille nous aide, qui est là pratiquement tous les matins et qui nous aide à faire la toilette, mais la personne est vraiment dépendante à 100 %, avec des contractures, des déformations de membres* ».

Quelquefois, le soutien familial est disqualifié en raison justement de son caractère profane. Dans son étude sur les parents d'enfants dialysés à domicile, Renée Weissman¹⁰⁵ montre que le travail médical assumé par la famille peut aussi susciter des réticences parmi le personnel soignant. Dans le cas de l'insuffisance rénale chronique, les infirmières s'élèvent contre l'appropriation de la technique de la dialyse par les familles de l'enfant malade ou encore contre l'émotivité inhérente au statut de parents. Des situations équivalentes sont observées dans notre recherche. Dans ces contextes, les infirmières libérales peuvent faire appel au professionnel par excellence (le médecin) pour réimposer en quelque sorte la logique professionnelle à la logique profane :

Chercheur : « *Est-ce qu'il y a des fois de la concurrence entre les aidants familiaux – je pense aux femmes – et vous ?* ».

Ankita : « *Oui, pour celle-là, oui elle sait toujours ce qui est bon pour sa mère, mais elle est complètement à côté, mais elle est tellement dévouée pour sa mère, mais trop. Elle a besoin de prendre un peu le large, mais elle est tellement dévouée qu'à la limite elle ferait une bêtise, à vouloir trop bien faire parfois. Il faut faire confiance aux soignants qui sont autour. À force de voir la personne, on ne se rend plus compte de l'état dans lequel elle est, elle a des besoins, donc parfois on est obligé de passer par le médecin pour lui faire faire une prescription pour telle ou telle...* ».

322. Les relations aux médecins généralistes

Le statut paramédical des infirmières, dans le secteur hospitalier comme dans le secteur libéral, est directement issu de la division du travail médical, elle-même organisée par la profession dominante¹⁰⁶. Ainsi, d'après Eliot Freidson « *le terme "paramédical"* »

¹⁰² Geneviève Cresson, « L'activité parentale dans l'hospitalisation et les soins quotidiens aux enfants « muco » : continuités et ruptures » in Geneviève Cresson, François-Xavier Schweyer, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, ENSP, 2000, pp. 181-191.

¹⁰³ Voir Nathalie Dutheil, « Les aides et les aidants des personnes âgées » et « Les aidants des adultes handicapés », *op. cit.*

¹⁰⁴ Geneviève Cresson, « L'activité parentale dans l'hospitalisation et les soins quotidiens aux enfants « muco » : continuités et ruptures », *op. cit.*, p. 189.

¹⁰⁵ Renée Weissman, « Le travail médical de la famille », *op. cit.*, p. 224-225.

¹⁰⁶ Voir Danièle Carricaburu, Marie Ménoiret, *Sociologie de la santé, op. cit.*, pp. 64-71.

s'applique aux métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent finalement sous le contrôle du médecin »¹⁰⁷. Comme le souligne France Lert, l'histoire du métier infirmier est marquée par la recherche d'une autonomie professionnelle : « *La position dominante des médecins dans l'organisation et la hiérarchie sociale des professions de santé a eu pour corollaire la tentative permanente des infirmières, depuis les origines de la profession, de s'émanciper dans leur travail de cette subordination en mettant l'accent sur leur rôle propre fondé moins sur des actes ou des gestes que sur une approche globale de la personne dans le soin* »¹⁰⁸. Or, sur le terrain des soins, on observe que les infirmières sont souvent soumises à des injonctions contradictoires. Elles possèdent officiellement un champ de compétences et de responsabilités propres, toutefois celui-ci reste fortement dépendant de la prescription médicale. Un tel paradoxe se trouve dans la définition même du métier infirmier : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription médicale ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu* »¹⁰⁹. Le rôle propre semble ici se superposer au rôle délégué, sans que n'émerge vraiment, au niveau pratique, de rôle homogène. En effet, la formulation retenue par la loi « *ou bien en fonction de son rôle propre* » implique en quelque sorte un double rôle infirmier : l'infirmière est à la fois l'exécutante d'actes prescrits et l'initiatrice de soins relevant de sa responsabilité. Françoise Acker¹¹⁰ note que cette définition légale ne consacre finalement qu'une relative autonomie à la fonction infirmière.

Dans la continuité de ces réflexions, il importe de souligner que la question du partage des tâches et des compétences dans le domaine de la santé, en particulier dans le secteur extra hospitalier, suscite un intérêt croissant en France¹¹¹. En effet, la diminution attendue du nombre de médecins et leur inégale répartition sur le territoire conduisent à s'interroger sur le partage des tâches entre les différentes catégories de professionnels de santé. L'extension des compétences, la création de nouvelles qualifications voire de nouveaux métiers, sont autant de pistes débattues et explorées dans ce contexte. De nombreux travaux portant sur ces aspects ont récemment été réalisés par l'IRDES¹¹² ou l'ONDPS. Ces études montrent, au moyen d'exemples pris à l'étranger, que des actes médicaux ont déjà été confiés à des professions autres que médicales, dans le cadre de pratiques de substitution ou de délégation. Ainsi, certains actes sont délégués des médecins vers des infirmières à compétence dite « étendue », c'est-à-dire des infirmières ayant reçu une formation complémentaire. Ces transferts de compétences concernent la promotion de la santé, le suivi de pathologies chroniques stabilisées ainsi que les soins dits « de première ligne » ou « primaires »¹¹³. De telles délégations sont envisagées comme une solution possible pour pallier la pénurie de médecins et maintenir l'organisation des soins dans l'avenir.

¹⁰⁷ Eliot Freidson, *La profession médicale*, op. cit., p. 54.

¹⁰⁸ France Lert, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? » op. cit., p. 103.

¹⁰⁹ Article L.473 du Code de la Santé publique.

¹¹⁰ Françoise Acker, « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », op. cit.

¹¹¹ Rapport IRDES, 2006 ; Yvon Berland, *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Rapport de la mission « Transfert compétences », 2003.

¹¹² Fabienne Midy, *Efficacité et efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières*. *Revue de la littérature 1970-2002*, Rapport IRDES, 2003 ; Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès, *La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec*.

¹¹³ Ces soins renvoient à la notion de premier recours et concernent pour l'essentiel le dépistage et la prévention de certaines pathologies.

Les frontières entre le travail des infirmières et celui des médecins font donc toujours l'objet de débats et de négociations. À cet égard, d'autres changements en cours peuvent être pointés. Ainsi, quelques études portant sur les médecins libéraux ont révélé, « en creux » en quelque sorte, combien une part croissante d'entre eux conteste le rôle des infirmières libérales. Ceux-ci estiment que les infirmières libérales empiètent sur le champ de compétences qui faisait leur spécificité, c'est le cas lorsque des injections, des prises de sang ou des pansements sont réalisés, dans des zones territoriales particulières, par des médecins :

« Oui, les prescriptions ont changé, aussi bien la prescription d'actes médicaux infirmiers, quand la loi était parue sur la restriction des cotations des actes et tout ça, il y a beaucoup de médecins quand ils faisaient la visite, soit ils faisaient le pansement soit ils faisaient la piqûre ! Donc nous on en n'avait plus ».

Ankita

« Ils n'ont pas envie de s'investir d'avantage auprès des patients, mais bon, en même temps ce n'est pas leur boulot de faire de tout. C'est difficile à partager tout ça, car nous, notre boulot, il est fait à la fois par des gens qui n'ont pas la compétence et à la fois par des gens qui sont compétents, c'est-à-dire soit, ce sont des aides-soignantes ou des aides ménagères, ou alors c'est fait par des médecins ! Eux-mêmes l'avouent, les généralistes, ils sont amenés à faire des pansements des choses comme ça ! ».

Rolande

Les transformations – décrites rapidement ici – qui affectent l'organisation du travail de soins conduisent à s'interroger sur les relations que les infirmières libérales entretiennent avec la profession médicale, et tout particulièrement avec les médecins généralistes qu'elles côtoient dans le cadre de leurs activités quotidiennes.

Près de la moitié des infirmières libérales que nous avons interrogées par questionnaire déclarent entretenir de « bonnes » relations avec les médecins généralistes¹¹⁴ (46 % de citations). Assez loin derrière ce premier item, les relations sont situées sur le plan de la « collaboration » (12 %) et caractérisées de « cordiales » (10 %). Ces relations ne semblent cependant pas aller au-delà de la bonne collaboration professionnelle : les items « entraide » et « compréhensives » ayant en effet été très peu retenus (1 % chacun). Moins massivement, les professionnelles interrogées qualifient négativement ces relations. Quand elles le sont, cela tient essentiellement à leur caractère « confidentiel et lointain » (10 %) et « superficiel » (7 %). Pour autant, les rapports avec les praticiens sont très rarement qualifiés de « conflictuels » (1 %). Entre ces deux tendances, une petite proportion d'enquêtées inscrit ces relations dans le registre de la neutralité : elles sont « correctes » (6 %) ou encore « normales » (3 %).

Au cours des entretiens, les infirmières libérales ont été amenées à préciser la nature des relations entretenues aux médecins généralistes. En particulier, elles se sont longuement exprimées au sujet de l'articulation souvent problématique entre elles-mêmes et les praticiens. Au fil de l'observation participante, nous avons aussi recueilli nombre d'informations sur ce point. D'emblée il convient de souligner combien les propos entendus sont à mettre en

¹¹⁴ La question suivante était posée aux enquêtées : « Spontanément, comment qualifiez-vous vos relations avec les médecins généralistes ? » Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

relation avec la construction identitaire, et son affirmation continue. En matière d'identité professionnelle – puisque c'est bien de cela qu'il s'agit, – il en va toujours finalement d'un rapport entre singularité « *Je ne suis pas comme* » et continuité « *Je me reconnais dans* » ; tout cela renvoie à une oscillation entre assimilation et différenciation.

Relations infirmières libérales / médecins généralistes (en %)

Bonnes	45,9
Collaboration	12,3
Confidentielles, lointaines	10,1
Cordiales	9,6
Correctes	6,6
Superficielles	6,5
Confiantes	4,8
Indifférentes	4,2
Enrichissantes	3,1
Manque de considération	3,0
Dépendantes, hiérarchiques	3,0
Normales	2,8
Tendues	2,7
Quémendantes	2,0
Franches	1,6
Entraide	1,3
Compréhensives	1,1
Neutres	1,0
Conflictuelles	0,8

Dans les pages suivantes, nous exposons un essai de typologie des stratégies que ces soignantes mettent en œuvre pour se définir vis-à-vis des médecins généralistes. Façons de se positionner, de marquer leurs différences, les situations qui sont rapportées – inséparablement du dire et du faire – signalent aussi la façon dont elles cherchent à se soustraire aux effets de la domination de la profession médicale.

Connaître aussi bien que le médecin et savoir le conseiller

Régulièrement, nous avons entendu la mise en avant de compétences particulières, qu'elles veillent à actualiser, là où quelquefois le médecin accuse un certain retard (nous y reviendrons en abordant plus précisément la question de la formation continue de ces infirmières). Elles l'excusent volontiers par avance, tant il est justement généraliste, omnipraticien, là où leurs interventions sont sur des registres assez limités, ce qui leur permet de se spécialiser en somme. D'emblée, elles se positionnent comme des partenaires techniciennes, compétentes et disponibles, agissantes et non pas comme de simples exécutantes de prescriptions ou de dociles auxiliaires médicales. Loin de l'image

traditionnelle de la « piqueuse »¹¹⁵ soumise à l'autorité médicale, l'infirmière libérale contemporaine se revendique comme véritable coéquipière du médecin généraliste :

« Je n'ai de compte à rendre qu'à moi-même et aux gens que je soigne, et ça c'est bien aussi, on n'est pas sous les ordres de quelqu'un, les médecins nous donnent des conseils, des prescriptions mais j'appelle ça plutôt des conseils, si ça marche c'est bien sinon on fait adapter ».

Françoise

Aux infirmières cependant de savoir s'y prendre pour informer, pour suggérer, pour signaler sinon pour alerter. La moindre de leur qualité mise en avant n'est pas le fait de pouvoir affronter le médecin, mais plutôt de savoir composer, contourner, donner des gages de bonne volonté, mais sans jamais rien céder sur le fond. Ce faisant, de nombreuses infirmières parviennent sans trop de difficultés à orienter le contenu des prescriptions médicales :

« Oui, on est souvent obligé de leur dire, de faire la liste, de leur dire voilà on est à ce stade-là, ce serait mieux de mettre ceci ou cela et de faire ça ! Donc tout ce qui est ordonnance aussi, vu que la sécu nous réclame les ordonnances, on est obligé de leur faire des petits papiers pour leur donner après pour qu'ils sachent exactement quoi écrire. Parce que avec un médecin il a l'art de faire des bons, bons pour une infirmière, moi je dis "c'est pas une ordonnance, c'est pas un tour de manège !" Il écrit " bon pour une infirmière une fois par jour, tous les jours", mais pour faire quoi !! On a un médecin qui est spécialiste pour ce genre de bons ! Ce n'est pas grave ! ».

Ankita

« Les prescriptions, je ne dirais pas que c'est nous qui les faisons pour les patients, mais quand on veut changer, c'est l'intérêt aussi d'avoir de bons rapports, si on veut changer, ils nous laissent ».

Élisabeth

« En général, c'est nous qui faisons les prescriptions pour les pansements. On dit au médecin tout ce dont on a besoin et lui il marque ».

Françoise

Ces processus de négociation, au sens d'Anselm Strauss¹¹⁶, reposent sur des discussions, des accords, des arrangements, des marchandages, etc. et obéissent à des règles implicites très variables d'un praticien à l'autre. Ces variations sont souvent attribuées aux traits de personnalité et de caractère propres aux uns et aux autres :

« Il y a certains médecins, on n'ira pas toucher la prescription, il y en a d'autres, on peut ».

Léa

¹¹⁵ Fabienne Midy, *Les Infirmières : image d'une profession*, op. cit., p. 5.

¹¹⁶ La négociation, considérée comme mode de régulation des relations sociales a deux caractéristiques. Tout d'abord, l'objectif à atteindre n'est pas prédéterminé, mais se constitue dans la négociation elle-même. Ensuite, l'accord et l'ordre obtenus ne sont jamais définitifs : ils peuvent toujours être remis en question, ultérieurement redéfinis. Voir Anselm Strauss, *La Trame de la négociation*, op. cit.

« Il est sympa avec les gens, mais il n'aime pas qu'on lui donne des conseils, qu'on dit c'est pas bien ceci cela, il n'aime pas ça du tout, donc il ne nous écoute pas, mais on fait avec, on sait comment il est. Maintenant les autres, si on leur dit quelque chose, il n'y a pas de problème, ils nous écoutent ; au contraire ils demandent à ce qu'on aille les voir. (...) Il y en a qui sont plus distants, mais bon, ça c'est une question de caractère du médecin ».

Françoise

Glisser, suggérer, la pratique est délicate, elle requiert de l'expérience, du doigté, un temps de mise en phase, d'approche... et la partie n'est que rarement gagnée d'avance. À cet égard, les infirmières développent des tactiques : demander les choses avec déférence et modestie, aller rapidement à l'essentiel, contacter le médecin au moment le plus propice, ne pas remettre son expertise en question et faire en sorte qu'il pense que les prises de décisions finales lui reviennent :

« Il faut avoir une relation d'égal à égal avec les médecins, en restant... moi je m'entends très bien avec les médecins, mais je n'hésite pas à les appeler pour leur demander une explication, pour leur dire mon point de vue mais correctement, je n'y vais pas d'une façon hargneuse ! »

Élisabeth

Irène : *« Alors un médecin qui répond bien, il ne faut pas qu'il soit surpris, il ne faut pas le prendre à une heure où il est surchargé. Il y a des stratégies, il y a des heures où on peut les avoir facilement, souvent les heures de midi, mais il faut faire attention à ce qu'on fait pour pouvoir être écouté et échanger ».*

Chercheur : *« Les ménager ? ».*

Irène : *« Oui ! Et il ne faut pas les ennuyer sur les mêmes petites choses, les ordonnances, valoriser en fait l'échange. (...) Alors là c'est de la stratégie, il faut de la stratégie quand on voit que c'est franchement inadapté, il faut pas dire que ce n'est pas adapté, mais il faut dire ce qu'on voit (...) "Est-ce que vous pensez que ça a un rapport ?" (avec le traitement), même si vous savez que oui ».*

Néanmoins, ces négociations peuvent également être interprétées comme autant de formes de soumission à la double domination masculine et médicale¹¹⁷. Ce rapport infirmière-médecin peut être comparé au modèle type du rapport de couple conjugal¹¹⁸. Dans cette configuration relationnelle, les soignantes doivent s'adapter au médecin, à sa pratique de travail, à ses habitudes et surtout à sa disponibilité.

Une communication parfois difficile et presque toujours à sens unique

Certes, nous avons entendu parler à plusieurs reprises de « *confiance mutuelle* ». Mais à côté de ces propos, nous avons aussi relevé les signes d'une coopération sous tension. Ainsi, il apparaît clairement que les échanges entre infirmières libérales et médecins généralistes constituent pour le moins une communication compliquée et à sens unique. Ainsi, les

¹¹⁷ Geneviève Picot, *Le Rapport social entre médecins et infirmières à l'hôpital public*, op. cit.

¹¹⁸ Sur le couple médecin/époux et infirmière/épouse, voir Yvonne Kniebielher, *Cornettes et blouses blanches...*, op. cit.

infirmières ont bien des difficultés à joindre les médecins et elles consacrent parfois beaucoup de temps à cette activité¹¹⁹ :

« C'est toujours compliqué parce qu'ils sont toujours occupés ».

Irène

En outre, ce sont presque toujours les infirmières qui les joignent par téléphone, qui viennent à leur rencontre à leur cabinet (lorsque celui-ci se situe à proximité du leur) ou qui s'arrangent pour les rencontrer chez le patient. La démarche inverse est plus rare. Ces sollicitations, que l'on dira unilatérales, visent à faire état de l'évolution du patient (dégradation) ou de la présence de douleur ou de symptômes inquiétants, à décrire une plaie, à demander des précisions en matière de posologie ou encore à ajuster un traitement jugé inadapté :

« En général, c'est nous qui allons vers eux, c'est rarement l'inverse ».

Ankita

« De temps en temps, parfois ils voient des patients et ils peuvent nous appeler pour nous demander certaines choses. Mais en général, ils connaissent bien leurs patients, ce sont des patients de longue date, s'ils téléphonent quelquefois pour avoir des renseignements ».

Jacqueline

Par ailleurs, la communication entre infirmières libérales et médecins généralistes reste fortement médiatisée : par l'intermédiaire de la secrétaire du cabinet médical (avec laquelle il peut être utile de sympathiser), du patient (« vous direz au médecin...») ou encore du « cahier de liaison »¹²⁰ (même si l'écriture du médecin est « illisible au possible »...) :

« On se rencontre chez les malades, pas spécialement pour telle pathologie, certaines fois oui j'appelle si j'ai un problème, mais sinon je passe, par petits mots aussi, on a un cahier chez le patient, et donc si jamais il y a un gros pansement et que je veux qu'il le voit et puis les coups de téléphone ».

Élisabeth

« Oui, on les rencontre, on peut même s'arranger pour les voir chez les gens aussi. Quand il y a un pansement à voir, on leur demande quand ils passent, que nous soyons là aussi, on s'arrange pour être là. Oui beaucoup de téléphone, mais là on peut les voir, non je pense que de ce côté là il n'y a pas de problème. En plus, il y a un cabinet où ils sont deux, et deux dans un autre, et on connaît les secrétaires dans les deux cabinets, donc on peut s'arranger pour

¹¹⁹ Françoise Acker observe les mêmes difficultés chez les infirmières hospitalières et ajoute que « les perturbations de leur plan de travail en cas d'attente leur pèsent particulièrement ». Françoise Acker, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *op. cit.* p. 175.

¹²⁰ Geneviève Picot note que « les soignantes (hospitalières) utilisent les dossiers de soins comme seul moyen de transmission des informations aux médecins et donc, dans ce cas, elles n'interviennent pas oralement au staff. L'écrit est considéré comme un refuge. Et si les médecins ne lisent pas les cahiers de transmission, ils n'auront pas l'information. » Geneviève Picot, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport instable », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2005, p. 95. En secteur libéral, les soignantes semblent au contraire privilégier la transmission orale. Nombreuses sont celles qui préféreraient avoir affaire directement au médecin plutôt que de lui transmettre les informations par écrit. L'écrit n'est donc pas ici un « refuge » mais plutôt un pis aller.

avoir des contacts avec eux. Sinon ceux qui sont plus loin et qui ont des patients ici aussi, on se téléphone ».

Françoise

« “Je vais aller le voir et je vais aller lui dire de prescrire ce que vous m’avez dit” (un patient), alors bon j’avais fait la liste et tout, alors lui il s’est présenté chez le médecin et il a dit bon voilà !! Ce qu’elle a fait. “Vous me mettez l’ordonnance comme ça parce que elle, elle sait ce qu’elle fait !!” Alors tu parles Merci !! Bon il a mis la liste que j’avais mise, mais bon !! »

Rolande

Certains éléments facilitent toutefois la communication entre les deux professionnels, comme le fait de partager les mêmes locaux, le même secrétariat et les mêmes patients ou encore l’interconnaissance personnelle :

« Du fait que ces quatre médecins sont dans le même cabinet, c’est vrai qu’on a beaucoup de patients communs. C’est pratique, c’est au même endroit, on peut discuter. Les relations sont beaucoup plus simples, c’est des gens qu’on côtoie, donc on s’engueule avec eux. On peut même dire “pauvre con tu me fais ch...” ” Ce que je ne peux pas faire avec tout le monde ».

Claire

« Il y en a que je connais personnellement aussi, la relation est différente aussi. En dehors du cadre professionnel, oui je connais trois médecins assez bien. J’ai une relation avec eux qui est complètement différente de celle de ma collègue, donc c’est plus facile ».

Ankita

Enfin, à maintes reprises, les infirmières nous ont fait part de leur impression de ne pas être suffisamment écoutées et surtout sollicitées par les médecins. Pourtant, elles ont le sentiment d’être détentrices d’informations essentielles sur les malades, du fait de leur présence quotidienne auprès de ceux-ci et de la nature des soins dispensés. Elles dénoncent la méconnaissance et le mésusage de ces savoirs empiriques par les médecins :

« Il écoute, mais il ne pense pas à demander à l’infirmière ce qu’elle pense, donc il donne un traitement et nous on arrive le lendemain et on voit qu’il a changé de traitement et on dit “il est complètement fou”. Alors on va le trouver, on lui téléphone et on lui dit “il fallait nous téléphoner, on vous aurait dit”, mais il ne pense pas ! Bon un patient qui dit qu’il n’a pas eu de selles pendant 5 jours, nous on passe tous les jours on connaît. S’il n’écoute que le patient qui est un peu âgé et qui ne sait plus très bien ce qu’il dit, bon il va donner un traitement et puis nous : “mais non, mais non arrêtez tout !!” Des choses comme ça, ça peut être plus grave, ça peut être moins grave, mais bon, peut-être un peu plus de collaboration dans les deux sens ce serait mieux ».

Ankita

« Il y en a d’autres qui nous prennent, qui continuent de faire pareil, Mais par contre, vous en avez qui sont très bien et qui comprennent bien ce que l’on fait et qui vont vous demander conseil entre guillemets, qui vont prendre en considération ce que vous pensez, ce que vous avez dit, et c’est important ! »

Élisabeth

S'octroyer une marge de manœuvre

À les entendre, mais constats faits en les accompagnant dans leurs tournées, il apparaît que les infirmières libérales ne s'en tiennent pas, la plupart du temps, à la seule réalisation des consignes données. Elles interprètent, elles adaptent, elles corrigent quelquefois les traitements. Assurément elles disposent d'une certaine marge d'autonomie en la matière, qu'au besoin elles s'octroient d'elles-mêmes.

« Oh oui, au niveau des pansements on fait comme le médecin dit, mais après, si on trouve que ça ne va pas, on va lui dire. Donc, soit on le fait nous même, on teste si ça marche mieux sans lui en parler, soit on lui dit, on a fait ceci en plus et ça ne marche pas non plus. On essaye d'aller dans le même sens. Je n'ai jamais senti, sauf un justement qui n'aime pas qu'on change ce qu'il fait, mais j'ai trouvé toujours que quand il y avait un problème on en parle et ça se passe bien ».

Françoise

Chercheur : « Est-ce que les médecins vous laissent une part d'initiative dans les soins, est-ce qu'ils vous délèguent certaines choses, est-ce qu'ils vous laissent prendre des décisions ? ».

Jacqueline : « Bah, on est obligé, parce que les diabétiques, là si on se mettait toutes les 5 minutes à les appeler pour modifier les doses d'insuline ».

Chercheur : « Et ça a priori, normalement... ? ».

Jacqueline : « Normalement il devrait nous mettre noir sur blanc à quelle dose ou à telle unité, mais bon voilà, quand vous avez un patient dont le CH est à un niveau pas possible, bon on mange des gâteaux, du jus de fruit, et donc il faut compenser par quelque chose, et c'est ça le problème avec certains diabétiques. Autrement les autres, oui on les appelle, les gens qui ont des sondes urinaires, c'est nous qui gérons ça, on fait le nécessaire pour changer les soins ».

Jacqueline

Se poser en défenseur de la Sécurité sociale

On pressent vite les frictions, dès lors qu'il s'agit de définir les responsabilités de l'inflation des dépenses en matière de santé. Le sujet est sensible puisque régulièrement les infirmières sont interpellées sur le coût de leurs interventions, notamment pour ce qui est des AIS. Nombre de propos recueillis ont eu trait à « leur ligne de défense » en quelque sorte. Ainsi, celles-ci peuvent reprocher aux médecins de prescrire des passages infirmiers trop nombreux, des médicaments ou des matériels dont disposent déjà les malades (nous y reviendrons plus loin : les infirmières recyclent et gèrent ces stocks en vue justement de limiter le gaspillage). Mais surtout, elles peuvent leur reprocher de prescrire des toilettes qu'elles n'hésitent pas à qualifier d'« injustifiées » et de répondre favorablement aux demandes des patients, lesquels, on l'a vu, sont perçus comme étant de plus en plus consuméristes :

« On essaye de prendre des soins d'hygiène chez des personnes qui en ont réellement besoin, chez qui il y a des choses lourdes à faire et pas des personnes qui n'en ont pas besoin. Mais ça les gens ne comprennent pas, le médecin a dit que c'était une infirmière qui devait le faire, bah, oui mais bon ! Mais les patients demandent au médecin et le médecin fait l'ordonnance, ils sont gentils, mais bon on ne peut pas suivre en tout cas pas pour tout le monde, sinon on se retrouve comme l'hôpital (...) Il y a des malades qui sont bien portants et pour qui je trouve que ce qu'on fait nous n'est pas du tout indispensable, que ce soit une infirmière qui fasse ce

geste surtout quand on les voit après aller faire leurs courses, c'est vrai que pour ces personnes-là, je trouve inadmissible que le médecin prescrive un acte infirmier pour des gens qu'on retrouve chez le coiffeur ou à droite et à gauche ».

Ankita

De fait, ce ne sont pas les infirmières, mais bien les médecins qui sont pointés du doigt lorsqu'il s'agit de trouver les coupables de la croissance des dépenses publiques en matière de santé. Au passage, nous pouvons noter que ces stratégies de défense impliquent que les infirmières se (re)positionnent en qualité de « simples » exécutantes des prescriptions médicales.

Une relation sociale ordinaire ?

Pour clore cette partie, il importe de souligner que les interactions entre infirmières libérales et médecins généralistes sont affectées par des effets de génération, d'âge, de période ou encore de genre. Ceci amène à rappeler que la relation infirmière/médecin ne constitue pas seulement une relation interprofessionnelle, mais plus largement aussi une relation sociale qui met en présence deux individus ayant chacun leurs caractéristiques sociales¹²¹.

Les soignantes qui se sont directement installées en libéral – elles pèsent encore pour 15 % de l'ensemble – sont les plus critiques vis-à-vis des médecins. Celles qui le sont le moins ont la plus large part de leur activité dans les soins d'hygiène. Croisés avec l'âge, se dégage ici le profil de femmes, anciennes dans la carrière, travaillant beaucoup, en ville essentiellement, mettant en avant des valeurs humanistes plus que la technicité pour caractériser leur métier. Par ailleurs, les infirmières qui effectuent le plus d'actes techniques, qui dans le même temps peinent à maîtriser leurs horaires qui totalisent aussi le plus d'actes, sont celles qui expriment le plus vivement leur insatisfaction vis-à-vis des médecins. Quand leur installation est récente, les reproches sont exacerbés. On perçoit bien ici les difficultés d'une position en forte tension. Ce qu'elles considèrent comme leur métier prend une part de plus en plus congrue, et ce pour bien des raisons (évolution de la posologie, développement des soins ambulatoires,...). Elles adressent alors aux médecins généralistes des reproches renvoyant à une insatisfaction très marquée de leur situation actuelle, insatisfaction qui se manifeste d'ailleurs sur bien d'autres versants : militance syndicale forte, dénonciation de la baisse régulière de leurs revenus, annonce de l'arrêt à plus ou moins brève échéance de leur carrière en libérale, etc.

Par ailleurs, l'ancienneté et l'âge du médecin lui-même peuvent être déterminants. Les soignantes expérimentées constatent qu'au fil des années, les rapports entre infirmières et médecins sont devenus moins autoritaires et hiérarchiques. La distance séparant les deux catégories professionnelles se serait quelque peu réduite. Ces transformations conduisent à distinguer deux générations de médecins généralistes, l'ancienne et la jeune, avec lesquelles on entretient des rapports d'une nature différente :

« Il y a eu de grand progrès par rapport à il y a 20 ans. Il y avait un ou deux médecins avec qui on pouvait parler, mais maintenant presque tous (...) Dans l'ensemble, ils ont une opinion correcte de notre profession (...) Tout dépend des médecins, tout dépend des patients, de plus en plus, avec les jeunes médecins, on peut avoir une relation médecin infirmière facile, par

¹²¹ Voir Geneviève Picot, *Le Rapport social entre médecins et infirmières à l'hôpital public*, op. cit.

rapport à une prise en charge, par rapport aux anciens médecins, il vaut mieux passer par le patient pour aller voir le médecin, pour dire voilà il faudrait que vous demandiez à votre médecin telle et telle chose ».

Irène

Enfin, les infirmiers et les infirmières n'entretiennent pas le même genre de rapport avec la profession médicale. Dans le cadre de l'enquête par questionnaire, les hommes ont, un peu plus souvent que les femmes, indiqué entretenir des relations de confiance avec les médecins généralistes. En outre, ils ne considèrent quasiment pas ces relations comme lointaines et superficielles (11 % des infirmières ont opté pour cet item contre seulement 4 % des infirmiers). Ces écarts entre hommes et femmes sont amplement confirmés par les entretiens. Les interactions avec les médecins sont dans l'ensemble qualifiées très positivement par les infirmiers. La dimension sexuée est à prendre en considération ici. Les infirmiers parviennent plus facilement que les femmes à échapper à la domination médicale du fait de leur proximité de genre avec ses représentants. Les infirmiers peuvent aller jusqu'à faire état d'une relation d'égal à égal et à considérer les praticiens comme des pairs, des confrères... Tout ce passe finalement comme si la proximité de genre contribuait à effacer la distance sociale séparant les deux professionnels :

« C'est par rapport aux patients parce que plus de responsabilités à domicile, c'est par rapport à la liberté que nous laissent les médecins à domicile finalement, ça je l'ai découvert après, mais ça me conforte dans mon choix.. (...) Quand on a besoin d'une prescription parce que un pansement n'est pas fini et c'était pour 15 jours, on appelle le pansement n'est pas fini : "est-ce que tu peux me faire la prescription ?" Oui, on s'appelle par nos prénoms, et ils nous font confiance, ils ne vont pas aller faire une visite pour voir si le pansement est fini ou pas, ils nous demandent des fois "tiens ! Qu'est-ce qu'on peut mettre sur le pansement, la personne a un pansement qu'est-ce qu'on peut mettre ?" Parce que ils sont généralistes et ils n'ont pas l'habitude. (...) C'est très bien que ça se passe comme ça, quand je suis arrivé j'étais même un peu surpris, car c'est pas le même rapport à l'hôpital. C'est interactif voilà ! On n'est pas leur exécutant ! ».

Fabrice

« Par contre, je peux me permettre s'il y a lieu de lui donner certaines indications sur des choses qu'il n'a pas vues parce qu'il n'a pas passé suffisamment de temps au domicile ou il n'était pas là quand le problème s'est présenté. Là, mon rôle a une importance. Mais je crois que c'est un respect mutuel. À partir du moment où les deux personnes sentent qu'il y a un respect mutuel, il n'y a pas de difficulté ».

Michel

323. Les relations aux autres intervenants

« Des kinés, les kinés, on essaye de ne pas se trouver en même temps au même endroit, donc quand ça arrive on dit "bon tu passes à quelle heure ? Donc je passe avant ou après ?" Parce que, en général, il y a aussi les aides à domicile, il y a le centre de soins à domicile avec les aides soignantes, donc qu'elles ne soient pas à faire la toilette et nous on arrive pour faire le pansement d'escarre, des choses comme ça. En général, on se téléphone ou on se voit. Il y a toujours un cahier de transmission chez le patient, où tout le monde met sa petite note par semaine ».

Ankita

De tels propos soulignent que la coopération entre les professionnels est une condition *sine qua none* pour la production de soins auprès des malades vivant à domicile. Cependant, celle-ci ne va pas de soi. Les différentes catégories professionnelles impliquées dans ce travail ne partagent pas systématiquement les mêmes valeurs, la même culture, ni même les mêmes objectifs... C'est ce que nous allons nous attacher à développer dans les pages suivantes.

Les pharmaciens : des partenaires essentiels

Les rencontres entre les infirmières libérales et les pharmaciens peuvent être quotidiennes et même pluriquotidiennes. Léa passe ainsi chaque jour à la pharmacie pour y chercher des médicaments et du matériel de soins, y déposer des ordonnances mais aussi des prélèvements sanguins qui sont ramassés deux fois par jour par le laboratoire d'analyses médicales. Lorsque l'on exerce sur un territoire rural, à l'instar de Léa, on s'adresse à l'unique pharmacie du village. En revanche, les infirmières qui sont installées sur un secteur urbain ont le plus souvent un réseau de quelques pharmacies, dont une avec laquelle elles « *travaillent en priorité* »¹²². Dans l'ensemble, les infirmières libérales entretiennent de bons rapports avec les pharmaciens¹²³. Elles expriment certaines attentes vis-à-vis des pharmaciens, et de la satisfaction de ces attentes dépend la bonne entente avec ces professionnels.

Il importe tout d'abord que les pharmaciens puissent fournir aux infirmières tout ce dont elles ont besoin pour réaliser leurs soins, et ce, le plus rapidement possible : « *en général, on a ce qu'on veut* » ; « *ils ont du matériel* ; « *ils ont du stock.* » Les officines doivent aussi reprendre le matériel non adapté ou défectueux et le cas échéant procéder à des dépannages. Les infirmières libérales apprécient également d'être tenues informées des « *dernières nouveautés* » par les pharmaciens (qui détiennent eux-mêmes ces informations des délégués pharmaceutiques). Quelquefois, ce sont les infirmières qui leur signalent telle ou telle nouveauté dont elles ont appris l'existence au cours d'une formation. Elles attendent aussi des pharmaciens qu'ils assurent le lien entre elles-mêmes et les patients sur les questions relatives aux prescriptions :

« Des fois c'est lui qui sait avant nous les piqûres à faire, parce qu'il a l'ordonnance des piqûres. Les clients, des fois, ils disent "vous verrez l'infirmière vous lui direz" ».

Anne-Marie

« En général, quand même, ils sont relativement à l'écoute des besoins. On peut prendre les médicaments en avance. Certains ont posé des problèmes à un moment, mais en général on peut, quand on a des problèmes de matériels, des lits qui tombent en panne ou des choses comme ça, souvent ils sont très réactifs, ils vous dépannent, ils se démènent pour que le problème soit réglé dans la journée, ils font de l'avance, ils s'organisent entre eux. Sur D, les petits pharmaciens ont les clés des grandes pharmacies pour pouvoir dépanner sur tel ou tel produit ».

Irène

¹²² Effectivement, les patients d'une même clientèle ne recourent pas tous à la même pharmacie. Pour des raisons pratiques, les infirmières préfèrent collaborer avec la pharmacie la plus proche de leur cabinet ou bien avec celle qu'elles apprécient le plus : « *Vous êtes libre de choisir la pharmacie que vous voulez, sachez que je ne vais pas chercher vos affaires dans cette pharmacie, c'est tout* ». Claire.

¹²³ Il faut rappeler que les pharmaciens sont des précieux partenaires quant il s'agit de se constituer une nouvelle clientèle. Nous l'avons signalé, au moment de leur installation, bon nombre d'infirmières rendent ainsi « visite » aux pharmaciens du secteur.

Par ailleurs, il est primordial pour les infirmières de ne pas être traitées comme des clientes ordinaires dans les officines. Dans cet espace, elles veulent être considérées comme des professionnelles de la santé à part entière (« *blouse blanche* ») et signifier ainsi leur proximité avec la profession de pharmacien. Dans la pratique, il va s'agir de négocier pour « *passer par derrière* » et atteindre le monde professionnel situé à l'arrière du comptoir. Dans ces conditions, on comprend que les infirmières puissent mal vivre leur maintien forcé dans le monde des profanes (devant le comptoir) :

« Ca se passe bien, sauf qu'on n'est pas prioritaire dans la queue, il faut attendre une demi-heure, c'est pas terrible ».

Françoise

« Quand tu veux rendre service à des gens, quand tu vas récupérer des médicaments, tu as beau arriver en blouse blanche, il te faut attendre que tout le monde soit passé à la pharmacie ».

Claire

Rendant compte de la fonction de contrôle des prescriptions par les pharmaciens, Dominique Cèbe écrit : « *Les médecins seraient responsables des autres contraintes, à la fois par leur façon de prescrire, qui est jugée “discutable” – aussi bien sur le plan du fond que celui de la forme (un pharmacien parle même d'ordonnances peu précises qu'il nomme ironiquement des “listes de commissions”) – et également par leur comportement, quelquefois peu amène, vis-à-vis du pharmacien* »¹²⁴. À cet égard, infirmières libérales et pharmaciens coopèrent étroitement pour interpréter, lire en duo, en pestant, la mauvaise écriture, lire aussi entre les lignes, compléter, adapter, joindre ensemble au téléphone un médecin et être complices à demi mots de petits (ou de grands ?) écarts entre l'ordonnance et ce qui est délivré effectivement. C'est aussi bien entendu une des facettes de la résistance à la domination que de pouvoir se prévaloir d'une telle marge de manœuvre voire d'une certaine liberté de jugement, sans oublier la capacité à nouer des alliances en se ressentant *alter ego*.

« Les médecins, ils sont bien contents qu'on rattrape... Ils ont besoin de nous, c'est nous qui pouvons dire quand cela ne va pas. Les pharmaciens, ils ne sont pas les derniers, ils nous aident bien, ils nous montrent de nouveaux produits qui arrivent sur le marché, on essaie des échantillons, ... ».

Anne-Marie

« Je leur dis carrément que je contrôle le stock de médicament, je mets carrément en face 0, s'il ne faut pas délivrer, si on peut faire en sorte que ça coûte moins cher, on négocie ».

Rolande

Dans tous les cas, ce qui ressort sur ce registre, c'est le travail d'interprétation et d'adaptation des consignes (ordonnances, directives lors des visites, ...), et dans le même temps, la « clandestinité » pour ainsi dire de ce travail à la fois discursif et agissant que les infirmières libérales effectuent.

¹²⁴ Dominique Cèbe, « Pharmacie d'officine et division sexuelle du travail » in Pierre Aïach, Dominique Cèbe, Geneviève Cresson, Claudie Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, ENSP, p. 164.

Pour terminer, il est intéressant de signaler une pratique informelle autour des médicaments et autres produits pharmaceutiques très répandue chez les infirmières libérales. Celle-ci consiste à « récupérer » les médicaments inutilisés à la fin d'un traitement ou bien après le décès d'un patient. Les infirmières parviennent ainsi à se constituer « leur pharmacie ». Le cas échéant, elles indiquent au pharmacien qu'il n'est pas utile de délivrer telle ou telle chose dont elles disposent déjà¹²⁵. L'économie inhérente à cette pratique est largement mise en avant par les professionnelles. Se posant en défenseurs de la sécurité sociale, leurs petits arrangements contribueraient à réduire quelque peu les dépenses de santé. Du reste, on peut y voir aussi un moyen de (re)légitimation d'une profession dont l'activité a parfois pu être pointée du doigt en raison de son haut niveau de rentabilité :

« Il y a des gens, quand ils n'ont plus de problème de ce niveau-là, ils ne veulent plus voir le matériel, donc on le récupère, mais bon c'est normal ça fait partie des économies ! On devrait avoir une prime pour ça ! Moi j'ai vu des gens à qui j'ai fait ramener des choses etc. Mais je ne suis pas la seule à le faire, d'autres collègues le font, mais je pense que cela a dû contribuer à faire des économies. En fait, je sais que par une copine que j'ai, qui a un bon poste au niveau de la Sécurité Sociale et tout ça, je sais que sur P. et E., on est considéré comme des gens efficaces à ce niveau-là ».

Rolande

Les kinésithérapeutes : peu d'échanges, mais une concurrence d'ordre symbolique

Spontanément, les infirmières libérales disent entretenir de bonnes relations avec les kinésithérapeutes, qui peuvent également intervenir auprès des personnes qu'elles soignent. Cependant, lorsqu'on les invite à s'exprimer plus longuement à ce sujet, leurs propos changent quelque peu de teneur. Tout d'abord, la « bonne entente » annoncée ne tient en réalité qu'à l'absence de contacts directs entre les deux catégories de professionnels. En effet, infirmières et kinésithérapeutes planifient leurs interventions respectives de manière à ne pas se retrouver au même moment chez le malade (afin de ne pas se gêner mutuellement). Dans ces conditions, les échanges entre les deux professionnels sont médiatisés. Ils reposent sur l'usage du cahier de transmissions et parfois du téléphone :

« Les kinés oui aussi, ça nous est arrivé qu'on suive une patiente. Lui arrivait et moi je partais ou l'inverse. Mais là, ces temps-ci, on ne les voit plus, ils ont dû changer leurs horaires. Ça se passe bien, on s'arrange pour ne pas être ensemble en soin, parce que sinon on est obligé de partir et de revenir plus tard, on s'arrange ».

Françoise

« On les voit peu. il y a des horaires, c'est très rare qu'on se croise. Je crois que les kinés, ils font leur domicile, je crois, en début d'après-midi à L., C'est pas vrai partout, mais nous, c'est là qu'on est en pause. Donc c'est vrai qu'on ne les voit pas, ou on les croise, on a moins de rapport avec les kinés ».

Fabrice

Toutefois, même si « on se voit peu », on peut observer une espèce de concurrence entre infirmières libérales et kinésithérapeutes. Celle-ci ne porte pas sur le contenu de l'activité, mais sur les conditions d'exercice et sur la reconnaissance sociale de la profession.

¹²⁵ En amont, elles peuvent également signaler au médecin qu'il n'est pas utile de prescrire tel ou tel médicament.

Le regard que les infirmières portent sur les kinésithérapeutes est dans l'ensemble plutôt défavorable. Cette animosité tient à la morgue supposée des kinésithérapeutes :

« Le kiné s'est toujours senti comme étant à un échelon au-dessus ».

Élisabeth

Il ne faut pas oublier qu'une part non négligeable d'infirmières, et plus encore d'infirmiers, ont pu en première instance opter pour le métier de kinésithérapeute et y renoncer par la suite. Ceux qui ont tenté le concours et qui ont échoué disent *« ne pas regretter d'être devenu infirmier »* considérant le travail du kinésithérapeute finalement très peu attractif. Cette stratégie de mise en conformité biographique s'accompagne de toute une série de griefs formulés à l'encontre des kinésithérapeutes. On s'insurge tout d'abord contre l'inégale reconnaissance des deux diplômes d'État :

« Le kiné a la même formation que nous, il a son bac et ses trois années, il n'est pas plus que nous ».

Élisabeth

« 36 mois d'études, avec tout ce que ça intègre de reconnaissance du diplôme, parce que avant c'était reconnu bac +1, quand je suis sorti du diplôme, et maintenant c'est reconnu bac +2 sur équivalence. Donc c'est pour ça que je dis qu'il n'y a pas 36 mois d'études, car en nombre de mois qu'on passe, et la reconnaissance qu'on a, et j'imagine qui est lié à l'argent qu'on gagne, contrairement aux kinés qui par exemple ont trois ans d'études comme nous, et à qui ces 3 ans sont comptés comme 3 ans. S'ils veulent aller en maîtrise, à la limite, ils peuvent, ils ont l'équivalence, alors que nous, non. Ça me met hors de moi ! C'est un travail comme un autre, c'est du temps, des études, il y a des responsabilités, c'est une injustice, mais qui s'explique ! ».

Fabrice

(fils de kinésithérapeute,
a échoué dans des études d'architecture)

On reproche également aux kinésithérapeutes leur tendance à se considérer comme les uniques professionnels de santé intervenant au domicile des patients. Au mépris des règles implicites de coordination des soins et du confort du patient, les kinésithérapeutes organisent leur activité à leur guise, sans tenir compte des autres intervenants :

« La seule chose que je leur reproche c'est qu'ils ne font pas attention. Alors, je ne sais pas si c'est moi qui ai mauvais esprit. Ils ont leur heure de passage. Disons que nous on soigne des patients, et ils ne demandent pas à quelle heure passe l'infirmière la plupart du temps. Eux, ils ont un carnet de rendez-vous et ils disent nous, on passera à telle heure. Si une infirmière avait prévu de passer à cette heure, alors que nous on passe toujours aux mêmes heures, ce n'est pas à eux de changer c'était à nous. Alors une fois ça peut arriver, une autre fois on peut se croiser presque et à ce moment-là, on dit qu'on n'en a pas pour longtemps, et non ! Maintenant les couchers de malades, nous, lever le malade c'est encore possible, parce que c'est plus facile pour une femme de lever un patient mais le recoucher c'est beaucoup plus difficile, or souvent c'est dans le sens contraire qu'ils faisaient, donc prendre quelqu'un de 80 kilos pour le remettre dans le lit, il faut le faire, donc je leur ai dit qu'il fallait faire dans l'autre sens, faites plutôt, donc tout ce qui est soins longs, nursing, pansements, c'est tôt le

matin pour les infirmières, donc les kinés passaient plutôt l'après-midi, ça me semble plus logique ».

Élisabeth

Enfin, les plaintes portent sur les écarts de rémunération constatés entre les deux professions. Sur ce point, le remboursement des frais de déplacements est un sujet de discorde redondant :

« Là, on a deux euros pour les déplacements, les kinés ont un certain taux, et les médecins ont deux fois plus ! Bon, les frais de déplacements sont les mêmes, il n'y a pas de raison de faire une différence, c'est illogique ! »

Jacqueline

« On le voit bien dans les cotations, la façon de coter, le kiné a plus de remboursement que les infirmières, c'est pas trop logique »

Élisabeth

Les relations aux autres infirmières libérales

« Je regrette que le système ne permette pas un espace de liberté tarifaire qui justement stimule la concurrence et la qualité ».

Pierre

De tels propos soulignent que l'autonomie de l'infirmière libérale reste limitée par le cadre légal : « *L'infirmière libérale est dans une situation de concurrence de marché par rapport à des collègues et à une clientèle au sens commercial du terme qui compose la valeur de son "cabinet-entreprise". Pourtant, elle rend un service et parce qu'il est considéré comme communautaire, il ne répond pas aux règles d'activité de type commercial* »¹²⁶. Le code de la santé publique interdit à ces professionnelles de fixer librement les tarifs de leurs services, de « *détourner* » les clientèles ou encore de faire de la publicité pour leur cabinet. De la même façon, les seuils d'activité les obligent à limiter le volume de leur travail et donc le niveau de leurs revenus. Ces différents principes qui régissent l'activité des infirmières libérales tendent par-là même à limiter la concurrence interne à la profession.

Nous chercherons ici à dépasser ce cadre officiel pour saisir les relations que les infirmières libérales entretiennent entre elles. Il ne va pas s'agir de rendre compte des rapports entre collègues exerçant au sein du même groupe, mais bien d'explorer leurs interactions avec les infirmières des autres cabinets installés sur le même secteur que le leur (même quartier, même commune, même canton, etc. selon les zones concernées). Quelle est la teneur de ces relations ? Cordiales ou plutôt distantes ? Quelle en est la nature ? Concurrentielle ou partenariale ? Les résultats issus de l'enquête par questionnaire nous apportent des repères intéressants à ce sujet¹²⁷. Ces derniers pourront être éclairés et précisés par les données issues du corpus d'entretiens.

¹²⁶ Nathalie Duville, *L'exercice libéral des infirmières*, op.cit., p. 101.

¹²⁷ La question suivante était posée aux enquêtées : « *Ressentez-vous la concurrence d'autres infirmiers libéraux ?* ».

Une faible concurrence

Plus de la moitié (60 %) des professionnelles interrogées par questionnaire ne ressent pas la concurrence des autres infirmières libérales. Lorsque cette concurrence est signalée, elle est jugée plutôt faible (22 %) que forte (12,5 %). Néanmoins ces perceptions peuvent varier quelque peu en fonction d'un certain nombre d'éléments, à commencer par le niveau d'activité des répondantes. On note que l'impression de concurrence diminue régulièrement avec l'élévation du niveau d'activité : 27,5 % des infirmières ayant un faible niveau d'activité (celles qui déclarent réaliser moins de 12 000 actes par an) ressentent une légère concurrence, cette proportion n'est que de 17 % chez les infirmières à forte activité (celles qui réalisent plus de 20 000 actes par an) :

« Non je ne sens pas de concurrence, de toute façon on a beaucoup de travail donc je ne vois pas pourquoi on serait en concurrence ».

Françoise

Le volume d'activité masculin est on le sait supérieur que la moyenne. Aussi, il n'a rien d'étonnant à ce que les femmes ressentent moins la concurrence comparées aux hommes (62 % des infirmières ne la perçoivent pas contre 51 % des hommes). En outre, à l'instar de Pierre cité plus haut, les infirmiers sont plus souvent que les femmes porteurs de valeurs entrepreneuriales et libérales :

« Ce qu'on voudrait avec mon collègue parce qu'on a des projets communs, c'est d'avoir notre propre cabinet, et d'avoir d'autres infirmiers, monter une SCP, monter vraiment une structure avec beaucoup d'infirmières, pour l'instant on essaye de mûrir un peu, ce n'est pas du tout finalisé, mais c'est là un projet auquel on tend, et toujours dans ce secteur ».

Alain

Il n'y a rien d'étonnant non plus à ce que la concurrence soit plus vivement ressentie parmi les infirmières débutantes qui cherchent à constituer leur clientèle. Ce sentiment tend à s'amenuiser au fur et à mesure du développement du cabinet. Léa explique qu'à ses débuts en 1979, elle ressentait une forte concurrence, elle voyait d'un très mauvais œil le fait que des infirmières « extérieures » puissent intervenir sur « son » secteur :

« J'ai eu plus au départ, autrefois c'était beaucoup plus. Peut-être oui, et puis bon moi je me suis installée ici il y avait des infirmières sur G qui n'ont jamais fait concurrence d'ailleurs. Mais après il y en a eu d'autres, qui eux ont voulu s'agrandir, et puis bon mais ça s'est arrêté là ».

Léa

Le mode d'exercice est également déterminant. En toute logique, ce sont les soignantes qui exercent seules qui ressentent le plus vivement la concurrence (28 % la jugent forte contre 13 % pour l'ensemble de la population interrogée). À l'opposé, les remplaçantes et surtout les collaboratrices sont celles qui évoquent le moins cette rivalité (71,6% de ces dernières ne perçoivent pas de concurrence contre 60 % pour l'ensemble des répondantes). La démographie de la profession, l'importance de l'offre et de la demande, le lieu d'installation

sont des données à ne pas négliger non plus¹²⁸. Ainsi par exemple, les infirmières qui exercent dans les bourgs ruraux ressentent plus de concurrence comparées à leurs homologues qui exercent en zone urbaine :

« Elles se seraient tapé dessus entre collègues ».

Anne-Marie
(exerce dans un village du Centre de la France)

Une coopération à distance

En réalité, on peut relever l'existence de formes de régulations implicites (car non contractualisées et non officielles) qui contribuent à limiter la compétition entre groupes infirmiers. Ainsi, de nombreux cabinets infirmiers ont un territoire délimité d'intervention.

« On a chacune notre secteur ».

Dorothée

Ce mode de fonctionnement obéit à un certain nombre de règles tacites. En premier lieu, chaque professionnelle doit s'en tenir à son secteur et ne pas empiéter sur celui de la voisine. De petits débordements peuvent toutefois être tolérés, ceci afin de préserver la bonne entente entre les cabinets. Par exemple :

« Pas trop en concurrence parce que nous on ne va pas leur faire concurrence, alors automatiquement eux ne nous font pas concurrence non plus. (...) Sur la commune de L il y a les infirmières de G qui viennent un peu, mais ça ne nous pose pas de problème, nous on a assez de travail comme ça ! ».

Léa

En second lieu, une règle prévoit que toute demande de soins ne relevant pas de son secteur est réorientée vers le cabinet dont le malade est censé dépendre au regard de son lieu de résidence. De la même façon, le cabinet qui refuse de faire des toilettes indiquera au patient celui qui acceptera de les faire. Lorsqu'il existe une difficulté ou une mésentente avec un malade (pour incompatibilité d'horaires de soins ou pour « incompatibilité d'humeur »), il est également possible de l'adresser à un autre cabinet :

« Quand il y a une personne qui ne supporte plus un cabinet et que nous aussi on ne supporte non plus, on voit bien qui irait bien avec et on ré-adresse ».

Irène

« Nous aussi, on a eu des problèmes relationnels avec des personnes. Soit ça ne collait pas avec les horaires ou ça ne passait pas avec l'une ou l'autre et puis on leur dit "écoutez si ça ne marche pas prenez quelqu'un d'autre". Donc on donne le nom des autres infirmières qui sont autour ».

Ankita

Dans ces conditions, le cabinet qui ne joue pas le jeu du donnant-donnant pourra être déprécié :

¹²⁸ Voir CNAMTS, *L'activité des infirmières libérales*, op.cit.

« Mais nous dans le sens inverse ça ne s'est jamais produit... »

Ankita

En troisième lieu, diverses formes de soutien et d'entraide « inter cabinets » méritent d'être soulignées. Par exemple, l'infirmière dont le niveau d'activité est trop faible pour dégager des revenus suffisants peut être accueillie ponctuellement par un cabinet voisin afin d'y faire des remplacements (« *un week-end par-ci, un week-end par-là* »). En contrepartie, le cabinet voisin se voit momentanément débarrassé des tracas liés au recrutement d'une remplaçante. Chaque partie trouve donc son compte dans ce genre d'arrangements. Nous avons également relevé l'activation de solidarités dans les situations où une infirmière connaît des problèmes de santé qui l'empêchent de poursuivre son activité. Par ailleurs, l'infirmière qui est débordée et qui ne parvient plus à faire face aux demandes de soin pourra être épaulée par une collègue exerçant dans un autre groupe. :

« On est très solidaire, quand parfois un cabinet est débordé, on fait appel à d'autres et on délègue les patients ».

Nathalie

Pour terminer sur cet aspect, nous ne pouvons manquer d'évoquer les quelques initiatives qui visent à formaliser les pratiques d'entraide en les inscrivant dans un cadre associatif :

Irène : *« Il y a 10 ans, on a fait une association pour les tours de garde et la collecte des déchets, et pour aussi faire des formations entre nous, ça marche peut-être un peu moins maintenant mais, encore que il y en a tous les ans, donc voilà les tours de garde et les déchets, c'est toujours assuré, donc on a des réunions régulières ».*

Chercheur : *« Il y avait plus de concurrence avant la mise en place de cette association ? »*

Irène : *« Sûrement ! je crois que maintenant, c'est mieux, ça ne veut pas dire, il y a quelques différences, c'est beaucoup plus correct ».*

Chercheur : *« Tous les cabinets y adhèrent ? ».*

Irène : *« Non pas tous, mais presque tous, quand on s'installe on aime bien venir ça c'est clair, pour démarrer, après quand on a assez de boulot on se dit que les réunions ça se sert à rien, et après quand il y a un problème au niveau de la profession parce que bon les quotas, les feuilles, à ce moment là tout le monde applique ! Par contre quand il y a des formations intéressantes les gens viennent ».*

Chercheur : *« Ils se mobilisent ? ».*

Irène : *« Oui, et puis il y a toujours un nombre correct de tours de garde et le problème des déchets intéresse quand même ».*

De telles initiatives contribuent à faire évoluer les régulations informelles, ancrées dans le travail réel, vers des règles adoptées en commun et formalisées, y compris le cas échéant dans un cadre associatif.

Si la concurrence n'est pas très exacerbée au sein de la profession, on ne peut pas non plus parler de véritable collaboration ou complémentarité entre les différents cabinets infirmiers. Les pratiques informelles qui ont été décrites plus haut restent essentiellement qualifiées de « *dépannages* », et pour le reste « *on travaille chacune de notre côté* » et « *on se voit assez peu* ». Effectivement, au cours de leurs tournées quotidiennes, les infirmières libérales se côtoient très peu. C'est bien souvent au cours de journées de formation, de

réunions syndicales voire à la sortie de l'école de leurs enfants qu'elles trouvent l'occasion de mieux faire connaissance. En revanche, la concurrence que nous avons pu percevoir s'exerce davantage sur un plan symbolique et identitaire. Il s'agit de faire montre de la qualité du travail produit par « son » cabinet, de son sérieux et de sa compétence, autrement dit de sa bonne réputation :

« Quand on va en réunion avec d'autres infirmières, je vois qu'on est un cabinet qui avance, on n'est pas resté à la traîne ».

Léa

Les assistantes sociales : des relations rares et tendues

Dans le cadre de notre enquête par questionnaire, seules 1 % des infirmières ont répondu positivement à la question suivante : « *au cours des quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de prendre contact avec une assistante sociale ?* » Les données recueillies dans le cadre des entretiens corroborent cette tendance. Les infirmières libérales ont très rarement affaire aux travailleurs sociaux (« *on n'en voit jamais* »). En revanche, les quelques infirmières libérales qui font référence aux travailleurs sociaux en parlent dans des termes peu favorables. Elles reprochent aux assistantes sociales de ne pas intervenir lorsqu'elles leur font appel ou bien de ne rien entreprendre pour tenter de remédier aux difficultés des patients :

« On avait demandé à une dame qui était rentrée d'hôpital, elle était à domicile et elle avait en charge deux personnes âgées en plus, donc il y en a une qui est partie dans une famille d'accueil et la personne âgée qui était restée avec elle, on trouvait qu'elle n'avait pas à manger. Donc on voulait que cette dame-là aille dans une maison d'accueil, soit foyer logement, et on a demandé au maire de faire intervenir une assistante sociale et personne ne bougeait. Et on a demandé à la DDASS, ils sont venus voir, mais personne n'a rien fait ».

Françoise

Les assistantes sociales mandatées par les conseils généraux pour l'attribution de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) méconnaîtraient la situation des patients âgés (leur histoire, leurs conditions de vie, leurs habitudes, etc.) et ne parviendraient pas à évaluer précisément leurs besoins. De fait, certaines infirmières regrettent de ne pas être associées à cette démarche. Il est également fait référence à l'inadaptation des réponses apportées par les services sociaux. Les plans d'aides mis en œuvre sont jugés excessifs ou, à l'opposé, très insuffisants. Enfin, les infirmières peuvent parfois avoir l'impression que leurs pratiques soignantes sont remises en question par les professionnelles du secteur social :

« Quand l'assistante sociale passe, quelqu'un qui marche comme vous et moi, on essaye de mettre en place un tas de choses qui affolent les gens, alors que ces gens-là n'en ont pas besoin. Je crois qu'il ne faut pas non plus les médicaliser outre mesure. Je ne dis pas qu'ils n'ont pas besoin d'une aide, mais une aide auxiliaire, mais pas forcément une aide médicalisée. Alors mettre une salle de bain pour une personne qui ne s'est jamais lavée, bon d'accord, mais on n'arrivera pas à leur faire prendre ni une douche ni un bain, c'est très énervant. Il y a des gens qui, concrètement, qui ont une petite fuite, et moi je suis rentrée dans une maison, en plus c'était une maison de retraite, la personne est rentrée dans la chambre, dans les toilettes et ça sentait un peu mauvais, et je dis mais ça c'est un problème d'égouts, donc vous revenez demain il n'y aura plus d'odeur, donc ce n'est pas la peine de mettre en place le passage d'une infirmière 4 fois par jour. Je pense qu'on a d'autres prises en charge à

faire. Qu'il y ait d'autres passages, d'une auxiliaire de vie, oui, mais moi je ne suis pas là pour aller sortir quelqu'un pour aller lui faire faire le tour du jardin ».

Élisabeth

En désaccord avec les mesures prises par une assistante sociale, Rolande n'a pas hésité à faire intervenir une de ses amies assistante sociale :

« J'ai déjà eu une patiente comme ça, où l'assistante sociale avait mis une famille, une personne âgée, qui était très âgée, sous tutelle, elle voulait faire un dossier de mise sous tutelle aussi, et sa fille, la grand-mère avait 96 ans, et sa fille devait avoir 75 ans, alcoolique. Et donc, mise sous tutelle de la grand-mère, alors que la grand-mère elle a les yeux comme ça ! Elle est tout à fait vive, et tout ça, et elle sait tout à fait ce qu'elle fait. Heureusement j'avais une copine AS à la Sécu, qui a arrêté cette procédure, mais sinon voilà ! ».

Rolande

Les relations avec les SSIAD et leurs aides-soignantes : entre concurrence déloyale et travail en binôme

Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) se sont développés au début des années 1980, avec la mise en place de la politique d'aide au maintien à domicile des personnes âgées. Les SSIAD sont des services sociaux et médico-sociaux – au sens du code de l'action sociale et médico-sociale – gérés par des organismes publics ou privés¹²⁹. Ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Les services de soins infirmiers à domicile ont pour mission plus générale 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. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Le personnel d'un SSIAD est composé d'aides-soignantes (AS) – toujours salariées du service – qui assurent les soins d'hygiène et d'infirmières qui dispensent les soins techniques (injections, pansements). Ces infirmières peuvent avoir des statuts différents. Celles-ci peuvent être salariées du SSIAD à l'instar des aides-soignantes ou bien libérales. Ces dernières interviennent à la demande du SSIAD avec qui elles ont passé une convention et qui les rémunère directement¹³⁰. Enfin, une infirmière coordinatrice assure l'organisation des soins, l'animation de l'équipe et les tâches administratives.

Les résultats de l'enquête menée par la Drees auprès des SSIAD¹³¹ indiquent que la plupart des actes effectués à domicile par les SSIAD, principalement des soins de *nursing* (toilettes, shampoings, entretien des ongles, prévention des escarres, aides aux transferts, à

¹²⁹ Plus précisément, deux tiers des SSIAD sont gérés par des organismes privés (le plus souvent des associations à but non lucratif) et un tiers le sont par des établissements hospitalisation publics, des CCAS ou des établissements sociaux ou médico-sociaux.

¹³⁰ Dans ce cas, le SSIAD fait l'avance des frais et perçoit les remboursements de l'Assurance maladie dans le cadre du forfait global qui lui est alloué.

¹³¹ Sophie Bressé, « Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 », *Études et Résultats*, n° 350, 2004.

l'alimentation et à l'élimination)¹³², le sont par des aides-soignantes. Ces dernières comptent en effet pour 80 % du personnel soignant et assurent plus de 80 % des visites aux patients. Les infirmières libérales sont sollicitées pour assurer 13 % des visites, le plus souvent pour effectuer des AMI (83 % des actes réalisés par les infirmières libérales appartiennent à cette catégorie).

Reprenant les conclusions d'une étude réalisée par l'URCAM de Bretagne, un article paru dans la revue syndicale *Avenir et santé* en 2003 signale que « *les infirmières libérales prennent en charge, au plan national, 4 fois plus de personnes âgées que les SSIAD ; le coût de la prise en charge des personnes âgées par les infirmières libérales est moindre que celui des SSIAD. Les auteurs de l'étude sont arrivés aux mêmes conclusions que la FNI : les SSIAD ne sont pas la solution la plus adaptée à la prise en charge à domicile des personnes âgées ; les infirmières libérales "jouent un rôle primordial dans le maintien à domicile des personnes âgées" »*¹³³.

De fait, on peut comprendre que l'articulation entre les compétences infirmières et les compétences des aides-soignantes suscitent de nombreux débats. En effet, les aides-soignantes ne sont pas autorisées, dans l'état actuel de la législation, à exécuter des AIS ou des AMI, même par délégation. Leurs compétences demeurent limitées aux seuls soins de *nursing*. Or, un certain nombre de SSIAD semblent reconnaître que leurs aides-soignantes sont amenées, pour des raisons économiques, pratiques ou encore organisationnelles, à réaliser des soins relevant en principe du rôle propre infirmier (entre autres, des distributions médicamenteuses et des soins infirmiers d'hygiène). Craignant pour la qualité des soins et la crédibilité de la profession infirmière, la FNI a déposé plusieurs plaintes contre des SSIAD pour « *exercice illégal de la profession* » par des aides-soignantes¹³⁴. Certains articles parus dans la presse professionnelle rapportent également que l'installation des SSIAD pourrait être à l'origine de la fermeture de cabinets infirmiers.

Dans le cadre de notre enquête par questionnaire, il apparaît pourtant que près des trois quarts des infirmières libérales interrogées ne ressentent pas la concurrence des SSIAD (73,5 %). Celles qui ressentent cette concurrence, minoritaires donc, l'attribuent au fait que ces services recrutent directement leurs patients dans les hôpitaux, ou par le biais des aides ménagères ou encore grâce à « la publicité » (laquelle est, rappelons-le, interdite pour les infirmières libérales). En outre, les SSIAD sont perçus comme assurant une mission d'aide sociale plutôt que strictement sanitaire. La presse professionnelle expose ses arguments à ce sujet : « *Lorsque l'on analyse la répartition budgétaire des SSIAD, il n'est pas rare de trouver des budgets dont seulement 3 % ou 5 % sont consacrés aux soins infirmiers !* »¹³⁵. Il n'est guère étonnant de constater que les professionnelles qui ressentent le plus cette concurrence sont celles qui réalisent une proportion très élevée d'AIS : 31 % des infirmières réalisant plus de trois quarts d'AIS ressentent cette concurrence contre 21 % de celles qui réalisent moins du tiers de leur activité en AIS. Les écarts sont encore plus flagrants si l'on

¹³² La clientèle des SSIAD est composée à plus des deux tiers de personnes âgées de 80 ans ou plus, dont la plupart sont lourdement dépendantes.

¹³³ Joëlle Helenon, « SSIAD : les Pouvoirs publics persistent dans leur erreur », *Avenir et Santé*, n° 316, 2003, p. 24.

¹³⁴ Voir par exemple Marie Fucks, « Exercice illégal de la profession d'infirmière : la FNI s'explique », *L'infirmière libérale magazine*, n°141, 1999, pp. 12-13.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 13.

considère le volume global d'activité : 27 % de celles dont le niveau d'activité est le plus faible (moins de 12 000 actes par an) ressentent cette concurrence contre 11 % de leurs collègues à très fort niveau d'activité (plus de 20 000 actes annuels). Les hommes qui, comme nous l'avons déjà fait remarquer, ont une conception plus entrepreneuriale et libérale de leur activité, signalent plus souvent cette concurrence (30 % contre 22 % chez les femmes).

Les situations au regard des SSIAD sont très variables au sein de la population interrogée par entretien¹³⁶. Certaines professionnelles n'entretiennent aucune relation avec les SSIAD dans la mesure où de tels services ne sont pas installés sur leur secteur, d'autres ont signé une convention voire plusieurs conventions avec ceux-ci. De fait, le nombre de personnes soignées dans le cadre de ce dispositif est également variable, quoique semble-t-il toujours limité à quelques malades seulement (on nous a signalé 1 ou 2 malades, 4 ou 5 patients...).

En revanche, les entretiens permettent de préciser que la concurrence est plus vivement ressentie au moment de l'implantation d'un nouveau SSIAD sur le secteur d'activité d'un ou plusieurs cabinets infirmiers. Rolande qui collabore avec un SSIAD géré par un centre hospitalier indique que la profession infirmière a fortement craint la mise en place d'un SSIAD sur sa commune, puis cette crainte a laissé place à la collaboration, même si celle-ci reste empreinte d'une pointe de concurrence :

« Au départ les libéraux ont vu ça un peu comme une atteinte à leur..., mais en fait, beaucoup maintenant se rendent compte que c'est bien plus une aide et même certaines (AS) acceptent des soins pansements, etc. et demandent au CCAS les soins d'hygiène. Moi j'ai eu quelques patients que j'ai perdus comme ça, parce ça devenait lourd, les gens partaient de l'hôpital avec l'aide de ce service et puis bon, moi je veux bien... J'en ai pour lesquels j'interviens avec simplement un contrat, un accord avec l'hôpital pour les soins typiquement infirmiers ».

Pour le reste, quelques problèmes inhérents à la collaboration avec les SSIAD sont signalés. Il s'agit des délais de rémunération (jusqu'à deux mois entre la réalisation des soins et leur paiement), des difficultés de coordination entre les différents personnels et des problèmes d'organisation qui nuisent au confort des malades et à la continuité des soins. Pour autant ces difficultés paraissent mineures car, dans l'ensemble, les relations entretenues avec les SSIAD sont qualifiées positivement :

« On a une personne qu'on va lever tous les matins et qu'on va coucher tous les soirs. Et au niveau des soins à domicile, c'est pareil, ils n'aiment pas bien les coucher parce que eux, ils les couchent à 4 heures. Et après c'est fini, il y a des personnes qui le vivent très, très mal. (...) Il y a des endroits où effectivement, ils n'interviennent pas les week-ends. Je sais qu'il y a des endroits où ils ne vont pas les week-ends ; la famille se débrouille avec la personne âgée. Mais ils ne font pas appel à nous, ils se débrouillent avec leur famille. Ils ne voudraient peut-être pas nous payer à y aller le week-end, je ne sais pas... ».

Anne-Marie

« On a signé des conventions de manière à pouvoir travailler avec eux. Il y a des problèmes là aussi avec eux, il peut y avoir des problèmes quand les gens arrivent en fin de vie. C'est beaucoup de gens qui passent et pour faire des choses presque similaires, leur donner à boire

¹³⁶ Il faut rappeler ici qu'avant de franchir le pas du libéral, des infirmières ont pu faire leurs premières armes à domicile en qualité de salariées de SSIAD.

et à manger en même temps qu'on les change et en même temps qu'on fait les pansements, toutes ces choses là, c'est difficile de tout coordonner, mais en général on entretient de bonnes relations avec eux ».

Irène

Les relations, concurrentielles ou partenariales, entre cabinets infirmiers libéraux et SSIAD sont une chose, celles qui s'établissent entre les infirmières libérales et les aides-soignantes sur le terrain des soins en sont une autre. De nombreuses infirmières libérales nous ont décrit des situations dans lesquelles les aides-soignantes ne respectent pas leurs attributions. Celles-ci par exemple distribuent les médicaments ou encore réalisent des pansements simples. Dans la mesure où les deux catégories professionnelles travaillent rarement ensemble auprès du patient, ces glissements de tâches ne peuvent pas toujours être observés de *visu*. En revanche, ce genre de choses finit bien souvent par être dévoilé au grand jour :

Ankita : *« Bah, disons que dans ces cas-là, on n'est pas au courant parce qu'on n'est pas appelé ! Si elles donnent des médicaments ou font des pansements, à un moment on l'a su, il paraît que cela a été rectifié, mais bon on n'était pas appelé, donc on n'était pas chez ces gens-là ».*

Chercheur : *« Mais vous l'avez appris ? ».*

Ankita : *« Oui parce que ça s'est ébruité par les aides ménagères. De toute façon, tout se sait sur C., il y a les avantages et les inconvénients d'une petite ville ! ».*

Ces phénomènes d'empiétement sur le rôle propre infirmier peuvent être vécus très diversement. Certaines infirmières, parmi les plus alarmistes, y voient une mise en danger de leur profession. Charles redoute le renforcement du rôle des aides-soignantes à domicile pour des raisons économiques. Nicolas craint que celles-ci soient autorisées dans l'avenir à réaliser des actes infirmiers et Roger pense qu'elles pourraient être amenées à s'installer en libéral¹³⁷ :

« Une infirmière coûtera toujours plus cher qu'une aide-soignante ».

Charles

« C'est pas grave, je passerai le balai ».

Nicolas

« Les infirmières libérales n'ont plus qu'à mettre la clef sous la porte ».

Roger

Un second point de vue met l'accent sur la complémentarité entre les deux catégories professionnelles dans la mesure où infirmières et aides-soignantes s'en tiennent strictement à leurs attributions respectives¹³⁸. Dans ces conditions, les aides-soignantes ne menacent pas la profession infirmière d'autant qu'elles *« n'ont pas le savoir »* :

¹³⁷ Lors d'un discours en 1998, le secrétaire d'État Bernard Kouchner a précisé qu'il n'était pas dans les intentions du Gouvernement d'autoriser l'exercice libéral des aides-soignantes. Voir Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Philippe Ulmann, *La profession infirmière en mutation. Éléments de réflexion à partir d'exemples européens*, Rapport CREDES n°1318, 2000, p. 33.

¹³⁸ Il importe de signaler que les infirmières libérales peuvent dans certaines situations être sollicitées pour des soins de *nursing*, notamment en cas de surcharge des SSIAD : *« Je ne sais pas, mais en tous cas ils sont débordés et ils refusent plein de gens. Nous, pour ne pas laisser les gens, on les prend en charge ».* Anne-Marie.

« On a une dame justement, le service de soins à domicile intervient pour la toilette et nous, on vient pour changer la sonde urinaire régulièrement, parce que bon, elle est complètement paralysée cette dame et on fait un toucher rectal tous les deux jours pour l'évacuation des selles et en plus elle a un pansement d'escarre du talon. Mais il y a plusieurs personnes comme ça chez qui elles interviennent et nous aussi ».

Anne-Marie

« Ça arrive qu'on arrive chez un patient chez qui elles font la toilette et nous on fait les soins en plus, soins d'escarre, soins de sonde urinaire ».

Françoise

Ces formes de coopération ne sont pas sans rappeler le travail en binôme IDE/AS très répandu à l'hôpital¹³⁹. Plus rarement, des situations d'entraide intercatégorielle ont pu être rapportées. Mais ces coopérations sont peu fréquentes puisque, d'une manière générale, les infirmières et les aides-soignantes interviennent chacune à leur tour auprès des patients :

« Si elles sont toutes seules à travailler, on leur donne un coup de main, et au contraire, si on a besoin de quelque chose, elles nous aident aussi, avec toutes ça se passe bien (...) Je me rappelle donner un coup de main à des aides-soignantes qui étaient toutes seules à laver un vieillard, les soulever, parce qu'elles sont souvent à deux, pour les gros cas, donc c'est vrai que quand j'arrive, qu'elle se trouve toute seule, et bien je l'aide aussi, mais c'est assez rare qu'on aille chez les mêmes personnes. On en a 4-5 qui sont suivies à la fois par le centre de soin et par nous ».

Françoise

Enfin, quelques infirmières libérales sont favorables à la délégation de certains actes aux aides-soignantes (en l'occurrence les toilettes et la distribution des médicaments), mais sous couvert de la responsabilité de l'infirmière :

« Je ne dis pas que les aides soignantes ne doivent pas faire infirmières au contraire, mais mettez les au niveau mais c'est vrai qu'il y a besoin d'aides-soignantes, il y a beaucoup d'interventions qui n'ont pas besoin d'une infirmière mais plutôt d'une aide soignante, mais avec au-dessus quelqu'un qui soit là pour surveiller et contrôler ».

Françoise

Le sociologue Everett Hughes a montré que l'ensemble des travaux de la vie sociale est soumis à une « division morale » qui conduit à opérer une distinction entre le « sale boulot » (*dirty woks*) et le « boulot respectable »¹⁴⁰. Socialement dévalorisé, le sale boulot a pour objet, soit certains aspects de la vie domestique (vider les poubelles), soit les soins du corps dans leurs aspects déplaisants (vider les bassins des malades par exemple). L'hôpital est un lieu où l'on observe une telle division du travail : les tâches les moins nobles y sont déléguées aux catégories professionnelles subalternes. La délégation s'effectuant du médecin vers l'infirmière, de l'infirmière vers l'aide-soignante, puis de l'aide-soignante vers l'Agent de service hospitalier (ASH). Au sujet des aides-soignantes hospitalières, Anne-Marie Arborio souligne qu'« il semble donc nécessaire de prendre en compte l'existence de tâches

¹³⁹ A l'hôpital, le travail en binôme repose sur la collaboration concomitante des AS et des IDE. Ce qui n'est pas le cas à domicile, où les deux catégories d'intervenantes se succèdent auprès du même malade.

¹⁴⁰ Everett C. Hughes, « Social Role and the Division of Labor », *The sociological Eye. Selected Papers*, Transaction Books, 1984 (1971), pp. 304-310.

socialement dévalorisées, “universellement” reconnues comme dégradantes, laissées aux catégories sociales les plus basses. Cette particularité rapproche l’activité de l’aide-soignante d’autres métiers, d’autres services domestiques, comme celui de concierge par exemple »¹⁴¹. Or, cette 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 ayant un niveau d’activité élevé considèrent qu’il est légitime de confier les actes de *nursing* les moins prestigieux aux aides-soignantes voire aux aides à domicile. En contrepartie, cette délégation leur permet de se consacrer essentiellement aux soins techniques qu’elles considèrent comme les actes infirmiers par excellence. À l’inverse, les infirmières qui affichent un niveau d’activité plus faible et qui réalisent une part importante d’AIS estiment que de telles tâches relèvent pleinement du rôle infirmier. Ainsi, le caractère stigmatisant de ces soins en milieu hospitalier peut être renversé en libéral, ce au nom du rôle propre de l’infirmière et de la prise en charge globale du malade. Le recours à l’idéologie et la rhétorique professionnelles sert à moduler la division morale du travail : un même acte pouvant être estimé légitime ou illégitime selon les contextes.

Les relations aux aides à domicile

« *Infirmières et auxiliaires de vie : qui fait quoi ?* ».

« *Collaboration infirmiers libéraux/aides à domicile : gageure ou nécessité ?* ».

« *Nouveaux métiers du domicile : ennemis ou partenaires ?* ».

Ces quelques titres d’articles, extraits de la presse professionnelle infirmière¹⁴², témoignent des tensions qui peuvent surgir entre les infirmières libérales et les autres professionnels de l’aide à domicile. Plus largement, ces difficultés posent la question (récurrente) de l’articulation entre le sanitaire et le social dans le cadre du maintien à domicile. En 2002, l’enquête du CREDES portant sur les modalités de coordination entre les infirmières libérales et les services d’aide au maintien à domicile concluait : « *les acteurs du médical et du social ne sont pas, aujourd’hui, suffisamment en phase dans le domaine de l’aide à domicile*¹⁴³ ». Le cloisonnement constaté entre ces deux secteurs pose aussi plus précisément la question du rôle de l’infirmière libérale.

Créée le 15 février 2002 dans le cadre du protocole d’accord signé entre la CNAMTS et la confédération syndicale Convergence infirmière, la Démarche de soins infirmiers (DSI) est envisagée comme un moyen permettant de décroisonner le sanitaire et le social. La DSI est destinée à favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de dépendance, temporaire ou permanente, quel que soit leur âge. Quatre types d’actes sont prévus pour les soins infirmiers à domicile (le premier définit et conditionne la réalisation et le remboursement des trois autres) :

¹⁴¹ Anne-Marie Arborio, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l’hôpital*, Paris, Anthropos, 2001, p. 123.

¹⁴² De tels titres ont été relevés dans les revues destinées aux infirmières libérales, mais aussi dans celles qui s’adressent aux infirmières hospitalières généralistes.

¹⁴³ Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Fabienne Midy, « L’infirmier libéral et la coordination avec les services d’aide au maintien à domicile », *Questions d’économie de la santé*, n°55, 2002, p. 4. Voir aussi le rapport complet : Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Fabienne Midy, *L’infirmier libéral et la coordination avec les services d’aide au maintien à domicile*, op. cit.

1. La démarche de soins infirmiers

Prescrite par le médecin, il s'agit de la planification par l'infirmière libérale des actes nécessaires (cf. points 2, 3, 4) au maintien du patient dans son cadre de vie. C'est bien l'infirmière qui propose ici sa prescription d'actes au médecin.

2. Les séances de soins infirmiers

Elles concernent les 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.

3. Les séances hebdomadaires de surveillance clinique infirmière et de prévention

Ce sont des séances de contrôle des paramètres du patient, de l'observance, des conditions de sécurité et de confort, ou de contrôle d'un éventuel programme d'aide personnalisée. Ces séances n'interviennent qu'après des périodes de séances de soins infirmiers ou après la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée.

4. La mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée

Il s'agit de séances au cours desquelles l'infirmière libérale aide le patient à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais avec les travailleurs sociaux. L'infirmière est le pivot de ce programme d'aide personnalisé, c'est elle qui accompagne, en lien avec les services sociaux de la Sécurité sociale et des collectivités locales, la recherche de solution convenant à la personne en fonction de ses besoins et de son environnement. Pendant ce laps de temps, qui peut durer jusqu'à trois mois, elle continue d'assurer la prise en charge quotidienne de la personne. Elle veille ensuite à l'adaptation du patient au nouveau dispositif et en cas d'évolution de son état de santé, une nouvelle démarche de soins infirmiers peut être établie en accord avec le médecin traitant.

C'est bien ce dernier point de la DSI qui vise à assurer une meilleure coordination entre les différents professionnels de la santé et du social œuvrant autour de la personne dépendante¹⁴⁴. Néanmoins, les premières évaluations¹⁴⁴ menées par certaines caisses d'assurance maladie en 2002 (année de mise en œuvre de la DSI) indiquaient que seulement 2 % des DSI concernaient ces séances.

C'est dans ce contexte que s'inscrivent les relations aux autres catégories d'intervenants à domicile que nous ont décrit les infirmières libérales rencontrées. Ces dernières ont également fait état des manières dont elles se représentent ces intervenants (en termes de rôles, de compétences ou d'incompétences, de qualités ou encore de défauts...). Avant même d'aborder ces deux aspects (relations et représentations), il importe d'apporter quelques éclairages sur les professionnels dont il est question ici. Au fil des entretiens, les infirmières libérales enquêtées ont majoritairement utilisé les termes « *aides ménagères* » et « *aides à domicile* » pour désigner ces intervenants. Ces deux termes étant d'ailleurs

¹⁴⁴ Marie-Claude Daydé, « Quelle place aujourd'hui pour les infirmiers libéraux ? », *Soins*, n° 678, 2003, p. 49 et Catherine Maisonneuve, « Démarche en soins infirmiers, le compte à rebours à commencé », *Soins*, n° 669, 2002, pp. 7-8.

fréquemment employés l'un pour l'autre, comme synonymes. À cet égard, les résultats de l'enquête du CREDES soulignent que les infirmières libérales ont une connaissance plutôt imprécise des intervenants du secteur de l'aide à domicile et de leurs attributions respectives : 57% connaissent partiellement les différents intervenants, 32 % les connaissent parfaitement et 11 % ne les connaissent pas¹⁴⁵.

La population qui intervient au domicile des particuliers pour fournir une prestation de service comprend les intervenants qui travaillent au sein d'organismes de services¹⁴⁶, mais aussi des intervenants embauchés directement par les particuliers dans le cadre d'une procédure de gré à gré¹⁴⁷. Les Services d'aide aux personnes à domicile (SAPAD) assurent au domicile des personnes¹⁴⁸ des prestations de services ménagers et des prestations d'aide pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels, en dehors des actes de soins réalisés sur prescription médicale, qui relèvent des SSIAD. Ces prestations concourent au soutien à domicile, à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Au sein des SAPAD, on distingue deux catégories d'intervenantes¹⁴⁹. Les Auxiliaires de vie sociale (AVS) sont les professionnelles identifiées jusqu'à présent sous les appellations : « aides à domicile », « auxiliaires de vie » ou encore « auxiliaires familiales »¹⁵⁰. Les auxiliaires de vie sociale interviennent auprès des personnes qui ne peuvent assumer seules les tâches de la vie quotidienne (personnes âgées, familles, personnes handicapées, malades...). Les auxiliaires de vie épaulent et assistent ces personnes pour permettre leur maintien à domicile, contribuer à la préservation, la restauration et la stimulation de leur autonomie, favoriser leur insertion sociale et ainsi concourir à la lutte contre l'exclusion. Les Techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF)¹⁵¹, anciennement les « travailleuses familiales », interviennent auprès de personnes qui ont besoin d'aide dans des circonstances particulières : décès d'un parent, hospitalisation, naissance, longue maladie, handicap... Elles soulagent et épaulent la famille en assumant le quotidien (entretien du logement, préparation des repas, l'aide aux devoirs...) et soutiennent les parents dans l'éducation de leurs enfants. Les discours des infirmières libérales portent quasi exclusivement sur la première catégorie de professionnelle (les TISF intervenant dans un domaine social plus large).

¹⁴⁵ Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Fabienne Midy, *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*, Rapport, *op. cit.*, p. 44.

¹⁴⁶ Ces organismes peuvent être associatifs (ADMR), privés ou publics (CCAS ou Centres intercommunaux d'action sociale – CIAS). Les associations sont les plus nombreuses. Signalons à nouveau que plusieurs infirmières enquêtées sont partie prenante dans l'administration de ces services, en qualité de membres des Conseils d'administration des ADMR par exemple.

¹⁴⁷ Sources : Nathalie Dutheil, « Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999 », *Études et Résultats*, n° 91, 2000 et Sophie Bressé, « Le personnel d'aide à domicile en 1999 », *Études et Résultats*, n° 297, 2004.

¹⁴⁸ Dans ce cadre, l'intervenant peut être directement employé par la personne aidée par l'intermédiaire du service d'aide à domicile (activité mandataire) ou être employé par l'organisme qui facture les services à la personne aidée (activité prestataire).

¹⁴⁹ Nous employons le féminin dans la mesure où 99 % des intervenants des SAPAD sont des femmes.

¹⁵⁰ Depuis mars 2002, le Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) est remplacé par le Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS).

¹⁵¹ Comme les AVS, la formation des TISF est sanctionnée par un Diplôme d'État.

Entre complémentarité et menace de concurrence

Au domicile du patient, les infirmières libérales et les aides à domicile se côtoient assez peu. En général, elles s'organisent de manière à ne pas intervenir simultanément afin de ne pas se gêner dans l'exécution de leurs tâches respectives. De fait, les échanges entre ces deux professionnelles demeurent le plus souvent limités et indirects. Le cahier de liaison est le principal support des échanges écrits. Les infirmières libérales y notent leurs « *consignes* », les aides à domicile y font, quant à elles, figurer des données relatives à l'état du patient : « *un changement d'humeur* », « *une chute* », « *la dégradation de l'état de santé de la personne* », etc. Néanmoins, un certain nombre d'infirmières regrettent que les aides à domicile ne recourent pas davantage à cet outil de communication. Les kinésithérapeutes et les aides soignantes ont semble-t-il plus investi l'usage de ce document de liaison. Situées en bas de la hiérarchie des intervenants à domicile, les auxiliaires de vie ne possèdent pas cette culture de l'écrit professionnel qui prend modèle sur les pratiques hospitalières (rituels des transmissions entre équipes). Dans la continuité de ces propos, quelques infirmières libérales dénoncent l'absence d'échanges écrits ou oraux entre les différentes aides ménagères intervenant auprès d'une même personne :

« C'est grave, car on peut avoir quelqu'un de très bien et on peut avoir le week-end quelqu'un qui ne connaît rien à la personne ».

Irène

En dépit de la faiblesse des contacts entre ces deux catégories professionnelles, les infirmières libérales caractérisent très diversement leurs relations aux aides à domicile. De tels rapports s'inscrivent dans trois logiques quasi opposées les unes aux autres : une logique de complémentarité ; une logique de concurrence et une logique de décloisonnement. Là encore, il importe de souligner que certains discours peuvent relever de deux ou trois logiques à la fois.

Dans la logique de complémentarité, l'ensemble des intervenants à domicile est perçu comme constituant un « *réseau* », une « *équipe* » dont font partie intégrante les aides à domicile. Chaque fonction est indispensable au maintien à domicile des personnes malades et/ou handicapées. Dans cette configuration relationnelle, il n'y a aucune concurrence entre infirmières libérales et auxiliaires de vie, dans la mesure où ces dernières s'en tiennent strictement aux actes qui leur sont dévolus (ménage, courses, repas) : « *Il y a du travail pour tout le monde* » ; « *Il s'agit de deux métiers complémentaires* ». Dans ces conditions, les rapports des infirmières libérales aux aides à domicile sont qualifiés de « *bons* » et les soignantes reconnaissent la qualité du travail mené par celles-ci :

« On avait une personne en soins palliatifs et il y avait trois aides à domicile qui se relayaient, et c'était très bien ».

Ankita

Dans certains contextes, on peut relever des formes de coopération entre les deux catégories d'intervenantes. Le cas le plus fréquemment cité est celui où l'auxiliaire de vie assiste l'infirmière dans la réalisation de la toilette d'un patient lourdement dépendant (aide à la manipulation notamment). Les situations où les infirmières épaulent les aides à domicile paraissent moins habituelles. Cependant, seule une observation *in situ* nous permettrait de le vérifier.

La logique de concurrence met l'accent sur la menace que les aides à domicile font peser sur la profession infirmière. À terme, on craint effectivement que celles-ci « récupèrent » les soins de *nursing* assurés par les infirmières libérales et en particulier les toilettes, que l'on considère ici comme une composante du rôle propre infirmier. Comme l'indiquent les résultats de l'enquête du CREDES : « *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 ?*¹⁵² ». En toute logique, ce danger est plus vivement ressenti parmi les professionnels qui réalisent une forte proportion d'AIS, à l'instar de Luc, pour qui les toilettes représentent 80 % à 90 % de son activité :

« Je ne vois pas ça d'un bon œil, puisque c'est mon boulot qui part ».

Les infirmières libérales estiment que ces intervenantes ne possèdent pas les qualifications requises pour effectuer de tels actes. Alors que la formation de ces professionnelles constitue une menace dans le cadre de la première logique, dans cette seconde logique, on pointe du doigt l'absence de formation¹⁵³. Quelques infirmières précisent que les caisses d'assurance maladie cautionneraient de telles pratiques dans la mesure où celles-ci représenteraient une source non négligeable d'économie. Les unes et les autres tentent aussi de relever les causes de ces empiétements : le besoin de se « valoriser » par la réalisation de tâches spécifiquement infirmières ou encore la méconnaissance de la réglementation sont alors les raisons les plus invoquées :

« Il y en a une qui donnait les médicaments, alors ça je ne suis pas trop d'accord. Mais on nous dit rien et on n'est pas au courant. Elle est allée faire un stage cette aide ménagère-là, et on lui a dit que surtout il ne fallait pas toucher aux médicaments, donc maintenant elle ne le fait plus ! Oui elle ne se rendait pas compte, elle ne connaissait rien ».

Léa

En agissant de la sorte, les aides à domicile tendent à délaissier les tâches d'entretien qui relèvent pourtant de leur fonction : « *elles ne videront pas le Montauban* ». Lorsqu'elles constatent de tels chevauchements sur leurs prérogatives, les infirmières n'hésitent pas à faire part de leurs réprobations. Pour autant, dans la plupart de cas, on nous a signalé que ces remarques n'étaient pas prises en considération par les intéressées :

« On a eu de gros problèmes avec elles. Elles n'admettent pas les remarques d'un infirmier libéral, ni même des aides soignantes ».

Charles

Dans la troisième logique, que l'on peut caractériser de « décloisonnement », les infirmières tolèrent quelques débordements pour ce qui concerne les actes de *nursing* que l'on pourrait qualifier de « légers » : les « *toilettes aux lavabos* », les « *bains de pieds* », « *les premiers soins d'urgence lorsque la personne se blesse* »... « *on ne dit rien* ». Dans certains

¹⁵² Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Fabienne Midy, *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*, op .cit., p. 53.

¹⁵³ Voir Bernard Ennuyer, « Les aides à domicile : une profession qui bouge », *Gérontologie et société*, n°104, 2003, pp. 135-148.

cas, des infirmières libérales jugent que l'aide à domicile pourrait – ou peut déjà – assurer la distribution des médicaments :

« Je veux dire que l'aide ménagère peut très bien les distribuer puisqu'elle passe tous les jours. Elle a vraiment une utilité, puis voir si tout va bien, la motiver, lui préparer son repas, là c'est son rôle, s'il y a le moindre problème, elle peut faire appel à nous ».

Élisabeth

« On est obligé de temps en temps de leur déléguer. On ne peut pas être là tout le temps, on prépare en général les piluliers et elles donnent les médicaments. On n'est pas là à l'heure de midi, on ne va pas retourner, la sécu ne prend pas en charge tous ces... Là on a de la distribution de médicaments, mais on fait une prise en charge à chaque fois pour des gens, et normalement la prise en charge, c'est pour 15 jours au retour d'hospitalisation, des choses comme ça, mais après les pathologies particulières, car ils ne peuvent pas s'assumer eux-mêmes. Mais sinon on est obligé de déléguer quelques trucs ; on ne peut pas revenir à midi. En milieu hospitalier, c'est normalement les élèves infirmières qui distribuent les médicaments ».

Jacqueline

La mise en œuvre de ces délégations implique la formation des aides à domicile, que celle-ci soit informelle (sur le terrain, en binôme avec l'infirmière) ou formelle. C'est en effet dans cette troisième logique que l'on accorde le plus d'importance à la formation et par extension au processus de professionnalisation des aides à domicile¹⁵⁴ :

« Comme il y avait de plus en plus de gens alités, on les a formées (elle est elle-même intervenue dans ces stages), ne serait-ce que par rapport à l'hygiène, pas aller balayer quand on fait un pansement, ça me paraît logique, mais ce qui est logique pour nous ne l'est pas forcément pour eux. (...) Bon certains ont envie de faire des choses ».

Élisabeth

Les infirmières qui adoptent cette position sont souvent les défenseuses de la DSI. L'infirmière libérale est perçue comme celle qui orchestre les interventions des différents professionnels de l'aide et du soin à domicile (et pas uniquement celles des auxiliaires de vie). Cette fonction de coordination est alors supposée participer au décloisonnement du sanitaire et du social :

« C'est pour ça que la DSI est intéressante. Par rapport à la prescription, on peut dire voilà moi je conçois autrement avec une autre aide, et je viens une fois par mois pour vérifier tout, faire le point. Je ne veux pas que les médicaments soient distribués par n'importe qui, ça c'est notre rôle. Si la personne n'est pas formée, parce que ces choses-là nous prennent du temps et pendant ce temps-là on ne peut pas prendre plus de temps pour des choses plus importantes ».

Élisabeth

¹⁵⁴ L'enquête réalisée par la DREES confirme « le faible niveau de qualification des 194 000 aides à domicile travaillant au sein des SAPAD. Parmi elles, seules 18 % ont un diplôme professionnel : 9 % sont titulaires du Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), diplôme qui sanctionnait à l'époque la compétence correspondante (remplacé depuis le mois de mars 2002 par le Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)), environ 5 % possèdent un autre diplôme du secteur sanitaire et social, et 4 % sont titulaires d'un autre diplôme professionnel, mais sans lien avec le secteur de l'aide à domicile. Près de la moitié d'entre elles (48 %) n'ont aucun diplôme professionnel et n'ont bénéficié d'aucune formation à l'exercice de leur métier ». Sophie Bressé, « Les personnel des services d'aide à domicile en 1999 », *op. cit.*, p. 3.

En revanche, ces infirmières insistent toujours sur les limites, qui à leurs yeux, ne doivent pas être franchies. Par exemple, l'aide à domicile ne doit pas se charger de contacter le médecin ou bien encore d'aller chercher les médicaments à la pharmacie¹⁵⁵ :

« Des fois, il faut remettre les choses à leur place en restant bien complémentaire ».

Jacqueline

Un exemple de typologie des figures d'aides à domicile

Nous proposons de rendre compte des manières dont les infirmières libérales se représentent les aides à domicile à partir du discours d'Irène. Au fil de son entretien, Irène a en effet décliné assez longuement les différentes images de l'aide ménagère. Ces conceptions peuvent être présentées dans la typologie suivante :

1. *« Les gouvernantes »*

Il s'agit en général des aides ménagères les plus âgées et les plus expérimentées. Elles sont définies comme des professionnelles très efficaces, qui prennent en charge à elles seules l'aspect domestique du maintien à domicile: *« elles tiennent la maison »*. Les infirmières libérales éprouvent beaucoup de satisfaction à coopérer avec ces professionnelles : c'est *« confortable »*. En revanche, ces dernières éprouveraient quelques difficultés à se positionner vis-à-vis de la personne aidée. La relation entre l'aide ménagère et la personne aidée est jugée trop interpersonnelle et trop empreinte d'affects. Cette absence de posture professionnelle et de prise de recul placerait les auxiliaires de vie dans une certaine insécurité :

« Le problème, c'est que quand les gens arrivent en fin de vie, c'est savoir où est leur place, parce qu'elles ne sont pas de la famille, elles ne sont que des professionnelles (...) Il faut savoir travailler avec elles en les protégeant ».

2. Les *« aides ménagères qui font des choses, mais qui ont besoin qu'on leur explique »*

Cette seconde figure renvoie essentiellement aux *« nouvelles aides ménagères »*, c'est-à-dire celles qui débutent dans le métier, indépendamment de leur âge. Ces professionnelles peu expérimentées et peu formées sont très demandeuses de conseils et d'informations, par exemple au sujet de leurs attributions :

« Elles ne savent pas sur quel pied danser et nous appellent par exemple pour savoir si elles doivent mettre un suppositoire ou pas ».

Des modes d'apprentissage informels (*« sur le tas »*) peuvent être développés autour des questions relatives aux aides (par exemple : l'alimentation des malades, les transferts lit/fauteuil, les conduites à adopter en cas de fausse route) et des questions relatives à l'entretien du logement :

¹⁵⁵ Pourtant, comme nous l'avons exposé dans le point consacré aux actes hors soins, certaines infirmières pensent que cette activité (rappelons-le non cotée et non rémunérée) doit être assumée par le patient ou, le cas échéant, par son entourage ou l'aide à domicile.

« Il y en a qui veulent trop bien faire et celles qui n'en font pas assez, donc leur montrer où sont les points importants ».

3. Les « aides ménagères qui outrepassent leurs fonctions ».

Cette troisième figure illustre à elle seule la logique de concurrence exposée plus haut. Les aides à domicile qui empiètent sur la fonction infirmière se retrouvent chez les plus expérimentées comme chez les débutantes :

« Elles font des choses qui ne sont pas à leur niveau ».

4. Les aides ménagères « qui ne sont pas à la hauteur »

Dans cette dernière catégorie de représentations, les intervenantes à domicile ne sont qualifiées qu'à partir de leurs défauts : absence de formation, manque d'investissement dans le travail et « conscience professionnelle » inexistante :

« Je vois des filles qui ne font que passer ».

Précisant que « ce n'est pas une histoire d'âge », Jacqueline partage le point de vue d'Irène :

« C'est toujours pareil, ils acceptent le travail. Par exemple hier, je suis allée chez une dame à 10h30, elle devait être levée à 9 heures et elle était toujours dans son lit. L'aide ménagère n'était pas venue pour lui servir son petit déjeuner, pour ouvrir... Elle n'est pas venue de la journée, alors l'infirmière arrive et l'infirmière fait... Le petit déjeuner, et je lui ai préparé son repas de midi et puis j'ai essayé d'appeler l'aide ménagère, mais pas de réponse, portable éteint (...) Le samedi, elles disent à demain et le lendemain, il n'y a pas personne ».

Au besoin, les infirmières signalent de tels manquements aux services qui emploient ces professionnelles : « Il a fallu taper du poing sur la table ». De telles difficultés sont parfois imputées aux services dirigés par des bénévoles – c'est le cas pour les ADMR – qui sont, d'après elles, peu au fait des modes de gestion des personnels et des compétences. Ici et là, certaines infirmières libérales ont aussi fait part de critiques vis-à-vis de certains organismes qui, à leurs yeux, ne parviennent pas à encadrer leurs personnels et à enrayer leur absentéisme voire qui « embauchent n'importe qui »... À quoi renvoie ce « n'importe qui ? » Plus ou moins explicitement, quelques infirmières ont évoqué des « situations sociales », des « jeunes mères vivant seules avec leurs enfants, ayant des difficultés financières et acceptant le premier job venu... », etc. De tels constats rejoignent les réflexions de Brigitte Croff et Micheline Mauduit au sujet des modalités de recrutement de ces personnels : « Les critères de sélection annoncés sont souvent très élevés et exigeants, ne prenant pas en compte la réalité des personnes qui postulent spontanément ou sont orientées vers ces métiers. Dans la réalité, les structures d'employeurs ne trouvent pas les personnes répondant aux critères et elles puisent de fait dans le vivier des personnes dites en difficultés, sans pour autant mettre en face les dispositifs d'accompagnement nécessaires qui permettent de retrouver l'estime de soi et une utilité sociale »¹⁵⁶.

¹⁵⁶ Brigitte Croff et Micheline Mauduit, « Travailler auprès des personnes âgées : une chance pour repartir dans la bonne direction », *Gérontologie et société*, n° 104, p. 236.

324. Les relations aux établissements pour personnes âgées : entre éviction et sous-traitance

Les infirmières libérales dispensent la majeure partie de leurs soins au domicile des patients. Néanmoins, une part de leur activité peut également être menée au sein d'établissements médico-sociaux. Il s'agit parfois d'institutions accueillant des enfants ou des adultes handicapés, mais le plus souvent il s'agit d'équipements pour personnes âgées. Ainsi, au fil des entretiens, les soignantes ont évoqué leur travail dans les maisons de retraite, les Maisons d'accueil pour personnes âgées (MAPA) et Maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD)¹⁵⁷, les foyers-logements¹⁵⁸ ou encore les résidences pour personnes âgées¹⁵⁹.

Au fil des entretiens exploratoires recueillis en 1999 et 2000, bon nombre d'infirmières libérales exprimaient leur inquiétude quant à la possibilité de pouvoir continuer à intervenir dans ces équipements. Ce danger pouvant parfois être ressenti comme une véritable « interdiction » d'exercer en ces lieux. Pour bien saisir ces enjeux, il importe de les resituer dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées. Si cette réforme est rarement signalée comme telle par les infirmières, c'est pourtant celle-ci qui est à l'origine de la menace pesant sur l'exercice infirmier en établissement.

Initiée par la loi du 24 janvier 1997 qui a créé la Prestation spécifique dépendance¹⁶⁰ (PSD), la réforme de la tarification des Établissements pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) a pour principal objectif l'adaptation et la médicalisation des établissements en vue d'améliorer la prise en charge des résidents. La motivation profonde de la réforme de la tarification est l'instauration d'un lien mécanique entre le niveau de dépendance des personnes âgées prises en charge et le niveau de tarification de l'établissement, indépendamment de la nature juridique de celui-ci. Par ailleurs, l'objectif est également de clarifier les responsabilités des financeurs : les personnes âgées (et leurs familles), les conseils généraux et l'Assurance maladie.

La réforme de la tarification des Établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) repose sur cinq principes fondamentaux : transparence des coûts et des prises en charge, renforcement des moyens médicaux, solidarité envers les personnes âgées dépendantes grâce à l'APA, démarche qualité dans les établissements et développement d'un partenariat à travers les conventions tripartites¹⁶¹ établies entre l'établissement, le conseil général et le représentant de l'État. Cette tarification se traduit par la mise en place, dans chaque établissement concerné, de trois tarifs distincts : hébergement (le « gîte et le couvert »), dépendance (aides à la personne) et soins.

¹⁵⁷ Les Maisons de retraite, les Maisons d'accueil pour personnes âgées et les Maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes, créées durant la décennie 1980 sont désormais remplacées par les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

¹⁵⁸ Les foyers-logements (ou logements-foyers) sont destinés à une clientèle souvent plus valide, qui loue un logement principalement à caractère social avec des services à la carte (restauration, lingerie, animations...).

¹⁵⁹ Il s'agit d'appartements avec services à la carte.

¹⁶⁰ La PSD a été remplacée par l'Allocation Personnalité d'Autonomie (APA) en janvier 2002.

¹⁶¹ Celles-ci doivent intervenir au plus tard le 31 décembre 2005 pour le droit commun et le 31 décembre 2006 pour les logements-foyers.

Le budget soins recouvre deux entités distinctes :

- les « soins de base » (ou de *nursing*) : ils regroupent les prestations paramédicales relatives aux soins d'entretien, d'hygiène, de confort et de continuité de la vie ;
- les « soins techniques » : ils comprennent l'ensemble des prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents.

Lorsque les établissements sont non médicalisés (sans budget soins), ils font appel au secteur libéral : infirmières libérales et médecins généralistes. Sinon, ils embauchent un personnel spécialisé pour dispenser les soins. Les établissements ont la possibilité de choisir entre un tarif de soins global ou un tarif de soins partiel (n'intégrant pas les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux intervenant dans l'établissement – hors médecin coordonnateur et infirmières libérales –, ainsi que les examens de biologie, de radiologie et les médicaments). Le tarif soins est arrêté par le préfet (DDASS) et acquitté par l'assurance maladie, sous forme d'une dotation globale versée par la CPAM du ressort de l'établissement.

De fait, ces nouvelles dispositions légales entraînent une réduction, voire un arrêt, du recours aux services des infirmières libérales. Ces évolutions peuvent être très mal perçues par les syndicats infirmiers, comme en témoignent ces deux extraits d'articles publiés sur le site du syndicat Convergence Infirmière¹⁶² :

Article du 18/11/2005

« (...) nous devons nous battre pour lutter contre l'éviction manu-militari des infirmières de ces établissements. En effet, nous perdons ainsi une partie de nos droits de présentation de notre clientèle, sans aucune compensation de la part de ces établissements, qui font de la captation de clientèle d'une part, et d'autre part, nous exposons notre clientèle à une grave problématique de santé publique, en nous faisant complice de l'exercice illégal de la profession d'infirmière, notre rôle est parcellisé, le personnel embauché, est insuffisamment qualifié ; et nous ne voyons pas la qualité prônée dans cette réforme, ainsi mise en place ».

Article du 14/12/2005

« Ce dossier est un véritable "bourbier" car il semble que l'administration, malgré une volonté ministérielle, d'aboutir dans ce dossier de la part du ministre, a décidé de médicaliser les maisons de retraite comme les établissements hospitaliers. Ainsi, les infirmières continuent à être "virées" et sont remplacées par du personnel non qualifié (...) En effet, la technocratie considère que les soins d'hygiène ne doivent plus être l'exclusivité de l'infirmière libérale. C'est la raison pour laquelle CI a décidé de mener des actions en justice, et notamment au pénal, pour détournement de clientèle avec demande de dédommagement important, exercice illégal de la profession, afin de rendre caduque les conventions tripartites ».

Au-delà de ces revendications syndicales, nous pouvons rendre compte des pratiques actuelles des infirmières libérales à partir des entretiens approfondis recueillis en 2004. En premier lieu, les menaces ressenties cinq années auparavant se sont effectivement en grande partie concrétisées. Ainsi, de nombreuses professionnelles ont cessé d'intervenir dans les établissements pour personnes âgées dans la mesure où les soins y sont désormais assurés par

¹⁶² <http://www.convergence-infirmiere.fr>.

des infirmières et des aides-soignantes salariées de ces équipements. Bien entendu, ces situations varient en fonction des établissements concernés et certaines soignantes peuvent continuer à travailler dans certains établissements mais plus dans d'autres.

De fait, plusieurs cas de figure peuvent être relevés au regard de cette activité en institution. En premier lieu – et ceci indépendamment de la réforme de la tarification –, certaines professionnelles ne sont jamais intervenues dans de tels établissements. Trois raisons peuvent expliquer cela. La première tient à l'absence d'offre potentielle : aucune structure de ce type n'étant implantée sur le secteur d'exercice des infirmières. La seconde raison invoquée tient à la concurrence entre cabinets : des infirmières disent ne pas être sollicitées par ces structures parce que celles-ci collaborent déjà avec un « cabinet attiré ». À ce sujet, quelques-unes nous ont sous-entendu que les cabinets retenus avaient « monnayé » cette collaboration : « *il faut payer un droit d'entrée* ». La troisième raison renvoie au désintérêt pour les tâches proposées par ces établissements. Il s'agit essentiellement de tâches de *nursing* (toilettes), voire d'entretien (« *faire un lit* ») qu'elles estiment ne pas relever des « *compétences* » d'une infirmière¹⁶³. Le refus de ces prestations se justifie d'autant plus que « *l'on a déjà assez de travail comme ça* » :

« Ce que je refuse, ce sont les soins à la résidence (il s'agit d'un foyer logement) pour une toilette à la grand-mère, parce que je trouve que les aides-soignantes, si c'est juste pour une toilette, parce qu'elle oublie de faire leur toilette les grands-mères, je trouve que c'est pas nécessaire d'avoir une infirmière ».

Françoise

« On continuait à les suivre (patients soignés à domicile), mais s'il y avait des pansements, des piqûres, des fins de vie, on intervenait plus, alors bon... ».

Irène

Cependant, les soins proposés par les établissements peuvent être mobilisés comme une *variable d'ajustement*¹⁶⁴ de l'activité. Ainsi, les professionnelles qui spontanément annoncent refuser ces actes, finissent par poser quelques exceptions à ce principe :

« On accepte quelquefois, quand on a de la place ».

Françoise

En second lieu, nous avons rencontré des infirmières qui, à une certaine époque, ont collaboré avec les établissements et qui ont été amenées à réduire, voire à abandonner complètement ces pratiques. Là encore, trois motifs peuvent être relevés pour expliquer ces changements. Tout d'abord, la nouvelle réglementation peut effectivement avoir mis un coup de frein à ces prestations. Ensuite, les infirmières peuvent avoir d'elles-mêmes réduit le volume de cette activité. En effet, au moment de leur installation, certaines d'entre elles ont pu démarrer leur activité grâce aux soins réalisés auprès des résidents des maisons de retraite et au fil des années réduire progressivement cette part de leur activité pour la recentrer sur les soins à domicile. Nous avons déjà évoqué la situation de Serge qui, après une période de chômage, a installé son cabinet sur une commune où s'était implantée six mois auparavant

¹⁶³ Il est à noter que de telles conceptions ne sont pas incompatibles avec le fait de réaliser des toilettes pour sa propre clientèle à domicile.

¹⁶⁴ CNAMTS, *L'activité des infirmières libérales*, op. cit., pp. 7-9.

une MAPAD. Le choix de ce secteur n'était pas le fruit du hasard mais bel est bien stratégique. Il précisait qu'au départ cet établissement lui fournissait 90 % de son activité, part qu'il estimait au moment de l'entretien (cinq années plus tard donc) à 60 %. Enfin, l'abandon de ces activités peut être lié à un retrait volontaire, quelques infirmières libérales supportant difficilement le décalage entre leurs pratiques et celles des personnels salariés de ces structures. Si Brigitte pense qu'il suffit d'avoir « *le sens du travail en équipe* » pour être « *acceptée* » par le personnel des maisons de retraite, Irène estime, quant à elle, qu'il faut aussi partager les mêmes façons de concevoir et de pratiquer le soin :

« On a vu des gens qu'on suivait à domicile, avec qui on avait fait un travail. On passait le matin et le soir et terminé. Ce n'était pas possible, on les voyait se dégrader, on n'avait aucun moyen d'action, ce n'était pas correct, il valait mieux ne pas y être (...) Quand on a vu leurs manières de faire, ça nous a déplu donc après on a refusé ».

En troisième lieu, parmi les infirmières libérales interrogées en 2004, certaines continuent à travailler auprès des résidents d'établissements. Néanmoins, ces soins ne représentent en général qu'une portion congrue de l'ensemble de leur activité. Par exemple Jacqueline indique intervenir auprès de deux patients – contre six à un moment donné – en renfort des infirmières et des aides soignantes de l'établissement « *qui ne sont pas assez nombreuses pour prendre en charge tous ces patients* » (elle fait des soins de nursing et des soins infirmiers). Si auparavant, elle s'occupait en priorité des malades qu'elle suivait déjà à leur domicile, aujourd'hui elle soigne les patients qui lui sont affectés par l'établissement (les patients et leur entourage n'interviennent pas non plus dans le choix de l'infirmière libérale). Finalement, on peut dire que, dans ces nouvelles conditions, le statut de l'infirmière se rapproche de celui d'une prestataire de services ou d'une sous-traitante. De fait, elle perd une part de l'autonomie liée à son statut libéral : elle ne peut pas sélectionner les patients et ces derniers ne peuvent pas non plus la choisir. D'ailleurs, c'est l'établissement qui l'emploie (ici, en l'occurrence géré par un CCAS) et qui la rémunère, et non plus l'Assurance maladie :

« ...Par le CCAS, comme une intervention à domicile exactement, et c'est le CCAS qui nous rémunère. Depuis la nouvelle disposition, les prises en charge sont faites exclusivement par la maison de retraite. La sécu ne rentre plus, elles ont leur budget et voilà, mais sur la base des cotations de la sécurité sociale ».

Jacqueline

D'autres se refusent à soigner des malades « inconnus », craignant les différends avec les personnels à demeure :

« On ne connaît pas leurs habitudes, on ne les voit pas, et donc on peut faire des choses qui sont mal perçues. Les problèmes qu'on a eus, souvent ça venait de là, donc du coup, on refuse ».

Françoise

En revanche, les infirmières libérales sont satisfaites de pouvoir continuer à prodiguer des soins aux malades « *connus* », en l'occurrence ceux qu'elles suivaient déjà à leur domicile. Cette continuité des soins peut être assurée dans le cadre des accueils de jour ou temporaires qui sont parfois proposés dans les EHPAD.

325. Les relations aux caisses d'assurance maladie

À bien des égards, les caisses de sécurité sociale représentent le principal interlocuteur administratif des infirmières libérales. Spontanément, on pense avant tout au rôle de ces caisses, CPAM en tête, en matière de rémunération de leur activité. Il est vrai que toutes ont affaire à leur personnel puisque, dès lors que des soins sont effectués, c'est là qu'elles font parvenir les données *ad-hoc* – à l'heure de la télétransmission, on dira de moins en moins « les feuilles » –, à charge pour ce personnel de procéder au paiement de ce qui leur est dû. Il ne faut toutefois pas oublier que ces caisses sont par ailleurs missionnées pour habilitier les impétrantes, pour vérifier si elles remplissent toutes les conditions pour exercer en libéral et qu'à bien d'autres niveaux encore on retrouve des attributions de ces dites caisses (informations dispensées sur la Convention nationale, la nomenclature des soins mais aussi sur les congés maternité...).

En matière de rémunération, puisque c'est bien là son rôle essentiel, le personnel de ces organismes a donc pour mission, au préalable à tout paiement, de vérifier la bonne adéquation des soins dispensés par les infirmières avec les ordonnances des médecins, la conformité des actes cotés vis-à-vis de la NGAP, le calcul correct des indemnités de déplacement, etc. On pourrait penser que l'encadrement des textes, les règles à appliquer, tout cela est suffisamment codifié et rôdé pour qu'il n'y ait pas, de fait, beaucoup d'interactions entre infirmières libérales et personnel administratif. Avec une belle automaticité, chacun, de sa place et compte tenu de ses compétences, réaliserait ce qu'il doit faire de manière prévisible et tout irait pour le mieux. En réalité, les choses ne vont pas tout à fait ainsi. À tous les stades, il peut y avoir des écarts d'appréciation, des modalités de calcul qui interprètent différemment une nomenclature sinon des erreurs dans le report des informations. Rares sont donc les infirmières libérales qui, à un moment ou à un autre, n'ont pas eu affaire aux employés, parfois aux cadres ou à des médecins conseil de ces caisses, à la suite notamment de litiges, de désaccords, etc.

Soulignons d'emblée que ces infirmières parlent le plus souvent « des caisses », et semblent ainsi les doter d'une personnalité propre, par une sorte d'anthropomorphisme prêtant à de tels services une sorte d'existence particulière, transcendante à ceux qui les animent, à ce qui les représentent, à ceux qui accomplissent ce pourquoi ils sont payés (on devrait dire plutôt « elles » en l'occurrence, puisque ce sont surtout des employées qui composent le personnel de ces services).

Le fait est que ces « caisses » n'ont pas toujours cote très élevée aux yeux des infirmières libérales. Volontiers, elles les jugent tatillonnes et mues par un seul objectif : revoir le plus possible à la baisse leur rémunération, quitte à estimer que ces professionnelles du soin ont parfois la main lourde dans leur cotation ou dans le calcul des indemnités diverses qu'elles estiment leur être dues. Pour autant, il n'y a pas de règle et quand certaines infirmières se montrent fort critiques, d'autres ont un avis bien plus mitigé. Les plus jeunes dans la profession ont ainsi tendance à qualifier la teneur de leurs relations avec les caisses de « *purement administratives* » quand les plus anciennes sont d'un avis moins tranché, se

partageant entre celles qui les jugent « *ouvertes au dialogue* » et celles qui les perçoivent plutôt comme « *sourcilleuses* »¹⁶⁵. Le statut des unes et des autres recoupe partiellement ces opinions, les collaboratrices et les remplaçantes, souvent moins expérimentées mais surtout moins impliquées dans la bonne marche d'un cabinet, penchant donc plus pour une vision des relations jugées « *purement administratives* ».

Ceci dit, la plupart du temps il y a, chez les infirmières libérales, une sorte de double discours : d'un côté on sait fustiger ceux et celles qui, employés des caisses, ne sont finalement que des rouages administratifs qui se cantonnent à appliquer des règles et d'un autre on reconnaît volontiers – voire on sait déployer des savoir faire en la matière – qu'il est souvent possible de discuter, de transiger. Dans les faits, on s'en doute, il y a bien des illustrations possibles de ces deux tendances, de ces deux versants. À les entendre, nombre d'infirmières ainsi sont tentées, dans un premier temps, de ne retenir de ces caisses qu'une vision où la rigidité le dispute à la verticalité, où l'insensibilité va de paire avec une méconnaissance du terrain, terrain où elles attendraient volontiers que le personnel administratif vienne prendre la mesure du travail qu'elles accomplissent, ce dont il se garde bien évidemment. Un tel point de vue réifiant tend à raisonner en termes d'étanchéité par nature d'une administration Léviathan, sûre de son bon droit, servie par des bureaucrates interchangeable et désincarnés. Au passage, il n'est pas rare de relever des allusions portant sur un personnel salarié qui finit à l'heure pile et qui a toujours autre chose à faire entre de longues pauses. Les mêmes infirmières pourtant ne sont pas avares, la plupart du temps, de détails sur la manière dont elles savent entreprendre ce personnel des caisses, cette fois bel bien incarné, à qui on peut se plaindre, qui sait reconnaître le bien fondé de telles ou telles pratiques « *border line* » ou avec qui, tout au moins, on peut toujours discuter.

Comment rendre compte alors, ces remarques liminaires faites, des relations entre les infirmières libérales et ces dites « caisses » ? Sur la base des propos entendus, avec en contre point quelques autres enseignements de l'enquête par questionnaire ; il est possible de souligner les lignes de force de ces interactions, pas toujours au beau fixe mais cependant, on l'aura compris, bien moins tranchées qu'on pourrait le penser *a priori*. Il y a apparemment des infirmières qui savent y faire, qui savent comment s'y prendre, et puis surtout il peut y avoir des différences selon les caisses, des écarts aussi entre ce qui est codifié, en référence à la NGAP, et ce que les infirmières appliquent et/ou ce que les caisses, *de facto*, laissent appliquer...

De l'intérêt de « connaître quelqu'un »

Les infirmières libérales sont souvent face à certains dilemmes, sur la manière de coter, sur la façon de régler des situations qui traînent, à propos de divergences de vue sur le temps passé auprès de tel patient, etc. Dans un premier temps, classiquement, ces différences d'appréciation ont donné lieu, de la part des caisses, à un rapide courrier, à une notification toute administrative qu'il y a eu erreur dans la rédaction d'un imprimé, d'une dite « feuille de

¹⁶⁵ Quand 44,2 % des infirmières libérales ayant débuté avant 1970 estiment que les relations qu'elles ont avec les caisses sont « *purement administratives* », c'est le cas de 59,2 % de celles qui ont débuté durant les années 1990. Pour autant, celles qui jugent ces relations de « *ouvertes au dialogue* » sont aussi respectivement de 20,9 % et de 11,7 %. Par ailleurs, cet item « *purement administratives* » auquel se rallient environ 55 % des infirmières libérales qui travaillent à plusieurs et 52 % de celles qui travaillent seules, est retenu par 61,8 % des collaboratrices et par 65,9 % des remplaçantes qui, de fait, ont bien moins affaire aux différentes caisses.

soins » notamment, et donc qu'il y aura retenue sur une prochaine rémunération. Des actes en effet ont pu être comptabilisés par une infirmière de telle manière que la caisse qui va payer ne l'entend pas ainsi. Du coup, les employés de cette dernière ont tout intérêt à manifester leur désaccord de façon suffisamment péremptoire pour que l'infirmière n'objecte pas. Celle-ci peut ne pas l'entendre de cette façon et va donc faire appel. Rien ne vaut, semble t-il, dans ce cas, le fait que l'on connaît personnellement un interlocuteur avec qui on va pouvoir discuter.

« Les caisses en général, je m'en fiche, mais il faut connaître une ou deux personnes, et une fois que vous avez une relation de personne, ça va. Comment j'ai fait ? J'ai demandé qui s'occupait des personnels de santé, et une fois, en blaguant avec ce monsieur, je lui ai dit "je vous ai toujours au téléphone, mais je ne sais pas quelle tête vous avez !" Et il m'a dit "ben venez !" Et j'y suis allée, et vous pouvez l'appeler quand vous voulez ce monsieur, c'est un agent de maîtrise, qui fait les remboursements. Et après, j'ai vu une dame avec qui ça va très bien. En fait, il faut avoir un interlocuteur, une relation de personne à personne, sinon vous êtes noyée dans un machin... ».

Colette

« Les relations sont plutôt bonnes. On n'a pas de problème. La personne qui s'occupe des relations avec les professions de santé, à la CPAM, est très sympa. C'est un homme ; j'ai eu l'occasion de le rencontrer, et.... Quand il y a des problèmes de remboursement – parce que ça ne tombe jamais rond, je ne sais pas comment ils calculent ! Ce n'est pas grave mais a priori ils ne doivent pas avoir les mêmes tarifs que nous – ...Bon, il suffit de réclamer, des fois trois fois de suite, pour arriver à avoir gain de cause, mais... ».

Louise

« Quand je lui téléphone, je me présente et il me situe. Il ne se souvient peut-être pas de moi, mais il sait qui je suis et il est vraiment très sympa. Et à la MSA, j'ai appelé quelqu'un pour des télétrans. Qui m'a dit : "surtout, si vous avez un problème, vous appelez, on est là pour ça !" On aime bien entendre... "Oui, je lui dis, c'est bien ce que vous me dites, c'est pas souvent !" "Mais c'est normal !" ».

Clotilde

Parfois l'occasion se présente de nouer des relations personnelles, et là, soudain, l'administration devient très abordable...

« Personnellement Je lui ai téléphoné une fois. Ce qui était rigolo, c'est quand on est passé à l'euro, j'ai envoyé une télétrans en francs, je me suis dit, s'ils me renvoient tout ça, alors là je ne travaille plus ! Et donc j'ai téléphoné pour m'excuser, que c'était pas... Donc j'ai recommencé et tout, et puis ils m'ont donc passé la dame qui s'occupe de moi au centre pivot, et donc après j'ai reporté mon dossier fait correctement et j'ai demandé à voir cette personne-là et on m'a dit : "allez y, elle est par là". Et maintenant, quand il y a des piqûres qui ont besoin d'être faites, au centre, on m'appelle dès qu'il y a une piqûre ! J'arrive, donc si on ne me connaît pas, on me dit de faire la queue comme tout le monde, et là : "attendez je viens faire une piqûre à Madame untel !" Oui, donc je vais piquer quand ils ont besoin au centre de sécu ! Mais je la connais par son prénom, j'ai sa ligne directe ».

Malika

Nous avons entendu aussi, ici et là, des allusions à des relations qui se sont nouées, du fait des responsabilités (syndicales, dans des réseaux de santé, etc.) assumées par des infirmières ou par des infirmiers, responsabilités qui les ont amenées à côtoyer certains cadres des caisses de sécurité sociale avec lesquels elles ou ils ont pu s'affronter certes, mais qui, de

fait, sont désormais des relations qui comptent. On peut d'ailleurs remarquer que les adhérents à des syndicats jugent plus favorablement les dites caisses : 16,5 % d'entre eux les disent « *ouvertes au dialogue* », quand ce n'est le cas que de 10,9 % des non-syndiqués ; 12,9 % les jugent « *compréhensives vis-à-vis de situations particulières* » quand ce n'est le cas que de 9,7 % de celles et ceux qui n'ont jamais été affiliés. Par ailleurs les hommes ont tendance à juger plus favorablement les caisses que les femmes (par exemple, ils sont 18,8 % à retenir le qualificatif « *ouvertes au dialogues* » contre 13,1 % des infirmières).

« Étant donné que je faisais partie d'un organisme professionnel, et que donc je rencontrais beaucoup de gens des caisses, et que je parlais beaucoup avec eux, donc les rapports ne sont pas pareils parce qu'on se connaît, localement ».

Rolande

Ce que les unes et les autres regrettent alors, c'est la tendance, ici et là, à rationaliser ces contacts, notamment en adressant les infirmières, selon les cas, à des répondeurs automatiques, à des centres d'appel ou à des sites internet, qui jamais ne les renseignent comme elles l'entendent. Beaucoup d'infirmières libérales expriment d'ailleurs leur inquiétude de ne plus avoir affaire qu'à ce type de centres.

« Là, par contre on va avoir un gros problème, parce qu'ils veulent que tout le monde ait un numéro injoignable. Donc on ne peut plus joindre les caisses directement. On a un numéro spécial, que pour des problèmes spécifiques ; mais pas pour les problèmes de cotations, les problèmes de facturation. Or ces petits problèmes-là, maintenant, ça va prendre des proportions, parce qu'ils ne vont pas être réglés, et donc ça pose de gros problèmes parce qu'ils ont mis ce numéro, il n'y a jamais personne derrière. Parce que c'est au niveau national. Autrement, si c'est pour trouver un numéro pour une personne dépendante qui ne savait pas où le trouver, on téléphonait à la caisse de D., il nous le donnait, et là ils veulent certainement libérer du personnel, donc on n'aura plus ce service, ça va poser des problèmes ».

Irène

Il y a caisse et caisse...

Si rien ne vaut un contact personnalisé, et donc l'intérêt que soit mis en place par exemple un système de référent, les infirmières libérales ont souvent eu l'occasion de prendre la mesure des différences entre les caisses. Parfois elles ont travaillé dans plusieurs régions durant leur carrière, parfois, compte tenu du statut de leurs patients, ceux-ci peuvent relever de caisses, de mutuelles, etc. qui sont diversement perçues. Chaque configuration locale est particulière. Ici ce sera une CPAM qui apparaîtra arrangeante, capable de répondre à des questions très spécifiques, là au contraire une autre sera vouée aux gémonies tant elle se révèle, aux yeux d'une infirmière, intransigeante et toujours sûre de son bon droit. Ailleurs on ne jugera que par la Mutualité sociale agricole (MSA), alors que dans le département voisin ce sera l'inverse, etc.

« La MSA, ils grattent bien sur les kilomètres, de l'église du village A, à l'église du village B, si vous allez là, ils s'arrêtent quand même là... »

Denise

« Les gouttes dans les yeux ? Bon, ça peut passer auprès de certaines caisses, parce que certaines sont plus ou moins coulantes. La Mutualité sociale agricole, par exemple, tout

passé, tout passe ! Ça en est même effarant. On se dit "ça ne va pas passer !" Si, ça passe ! Caisse primaire, beaucoup plus raide ! Mais en général, quand les feuilles reviennent, c'est justifié. Ils ne sont pas méchants, ici, ils ne sont pas méchants ! Je lis des fois dans les revues professionnelles, je me dis "oh, là, là, les filles !" ».

Sophie

« Il y a des caisses avec qui ça passe mieux, comme la MSA. La sécu, c'est une catastrophe, ça dépend qui vous avez au bout du fil. Je leur dis : "mais venez voir les malades, déplacez vous !" Ils ne se déplacent pas, du tout, jamais ».

Édith

« -Nous avons la chance de dépendre surtout de la caisse de R. ...Par contre, où j'étais, à L. c'est autre chose... Ils sont casse pieds ! C'est une caisse qui va tout contester, notamment au niveau des toilettes. Il y a deux cotations : pour avoir la cotation AIS 6, il faut démontrer... C'est AIS 3 ou 6. Ils voulaient me compter des petites toilettes pour une personne grabataire... sur G., on n'a pas de problème pour faire passer des AIS 6. Moi je les ai fait constater, je leur ai dit : "Écoutez, ça fait deux mois que ça dure, vous refusez." J'ai dit : "Ou vous envoyez un médecin conseil, ou alors je viendrai en ambulance et si vous ne voulez pas me croire qu'il y a de la merde dans les cheveux tous les jours et bien vous viendrez voir !" Je me suis mise en colère et j'ai eu mes AIS 6, matin et soir ! C'était un patient très lourd.

-Vous imaginez qu'avec des difficultés pareilles, il ne faut pas s'étonner que les collègues de L., elles prennent encore moins des toilettes. Parce que si vous faites une toilette qui va durer une heure et que vous n'êtes pas payée... Et après on dit "les infirmières ne veulent plus prendre les toilettes..." Mais de qui se moque-t-on ?

-Les pansements, ce n'est pas triste ! C'est un forfait pansement, que vous passiez deux minutes ou une heure, le tarif est le même.

-Par rapport à une époque il y avait une surface, grand pansement... Et en fait, ça ne veut strictement rien dire, vous pouvez très bien avoir une toute petite plaie que vous devez nettoyer à la curette et que vous mettez beaucoup de temps, et avoir une très grande plaie, saine, un grand pansement que vous faites en 5 minutes. Tout est fait dans des aberrations comme ça, tout fonctionne comme ça. Ce sont des bureaucrates et des gens qui ne sont pas sur le terrain qui font des cotations d'actes, qui prennent des décisions... La dernière n'était pas mal... On avait le droit de compter les fils qu'on enlevait... Pour vous montrer : quand vous soignez un diabétique de plus de 75 ans vous avez droit à 10 euros de dédommagement dans la mesure où vous éduquez votre patient, au point de vue alimentaire... Vous devez prouver que vous éduquez votre patient, donc vous devez prouver que vous passer minimum, combien ? Une heure avec lui. Donc vous avez 10 euros par mois. Problème : vous êtes un cabinet de trois infirmières, qui va toucher les 10 euros ? Ben, ils ne savent pas ! Débrouillez vous. Cet exemple il est récent et il montre l'aberration, et ça vous montre que dans notre nomenclature, c'est un casse-tête pas possible parce que ça ne correspond pas à la réalité. Parce ce que quand vous prenez les TMR (temps minimum requis) une injection, un petit pansement, un grand pansement, c'est autant de temps. Et puis la 1^{ère} fois que vous allez chez les gens, vous ne pouvez pas juste entrer et sortir. Vous vous intéressez à ce qu'ils ont. Si on a été au labo, on leur dit les résultats... Vous passez du temps. Ben non, vous avez un TMR, c'est tout ! »

Lucie et Odile

...et il y a cotation et cotation

« Pour les bas à varices, je mets des AMI 1 moi, c'est tout. Et ça passe, oui, ça passe. Quand je mets le minimum, ça passe toujours ».

Malika

Un fait paraît entendu : la nomenclature ne dit pas tout. Il y a toujours des marges d'appréciation, des manières différentes de considérer un acte, un soin. Il y a aussi des pratiques de cotation différentes. Certaines infirmières considèrent que la nomenclature, les textes de référence,... tout cela est bien subjectif et donc qu'il convient de faire de telle manière, d'autres, plus timorées peut-être, où plus rigoureuses, ne l'entendent pas ainsi voire jugent mal venues certaines façons de procéder, par exemple en matière d'AIS systématiquement compté en AIS 6¹⁶⁶... Quand des écarts d'appréciation existent au sein d'un même cabinet, cela ne va pas, on s'en doute, sans poser problème, puisque du coup des soins identiques, réalisés sur de même patients, risquent d'être cotés différemment, mais il y a bien d'autres cas qui prêtent à litiges ou du moins qui peuvent être appréciés de manière différente.

« L'autre jour, je suis allée chez une dame. La remplaçante de l'agence d'intérim qu'on avait trouvée était passée le soir, et c'est une dame qui a une sonde à demeure, et la sonde visiblement n'était pas bouchée mais fuyait. Elle a une sonde depuis 12 ans, elle est en fin de vie. Enfin bref, j'arrive le lendemain matin, elle était dans le pipi tu vois. Donc je dis à sa fille, sa fille vit avec elle, et je lui dis : "mais la sonde fuit comme ça depuis quand ? Elle me dit depuis hier soir, je dis, mais Brigitte n'a pas changé la sonde ? Elle me dit non parce qu'elle a dit qu'elle ne changeait pas les sondes, ils envoyaient les gens à l'hôpital !" Enfin bon, c'est quand même exagéré. Donc tu vois, elle se prend quand même l'AIS 6, elle l'encaisse sans faire la sonde, moi j'encaisse l'AIS 6, sauf que je fais la toilette, j'ai changé son lit et j'ai changé la sonde ! ».

Claire

« Les toilettes ? Des fois on passait plus d'1/2 heure ! Oui, mais on est con ! On se disait en cas de contrôle... On est plusieurs à avoir fait comme ça. Quand on comptait une toilette d'une heure, il fallait qu'on y passe l'heure, et si on y passait que 3/4 d'heure, on comptait 1/2 heure, parce qu'on se disait, "merde si le mec il vient !" Donc, on comptait AMI 3 pour la 1/2 heure et AMI 6 pour l'heure. Souvent on sous-évaluait de peur qu'il y ait un contrôle ! On est con, parce qu'il y en a qui ont fait pire et qui ne se sont jamais fait toper. On pouvait dormir tranquille ! ».

Sabine

« Oui, je ne suis pas inquiète ! C'est pareil, les quotas, a priori, il y en a plein qui les dépassaient. Moi, quand je vais faire une toilette, je compte un AIS 3, mais j'ai découvert que la plupart de mes collègues cote AIS 3 fois 2, pour une toilette simple ! Et ça passe. Et en plus à priori sur le secteur ce n'est pas là qu'on est le pire ! La jeune femme dont je vous parlais tout à l'heure, qui était sur C., quand elle a vu les cotations que j'appliquais, elle m'a dit : "mais attends Clotilde, à C., elles multiplient par 2 tout ça !" Je dis : "attends, je ne vais pas

¹⁶⁶ Soulignons d'emblée que plus des infirmières réalisent une part importante de leur activité en AIS, plus elles jugent les caisses « *sourcilleuses* » (22 % à 23 % de celles qui effectuent plus de 55 % de leurs actes en AIS, contre 14 % à 16 % de celles dont l'activité est de moins de 55 % en AIS retiennent ce qualificatif de « *sourcilleuses* ». Avec une belle régularité, l'item « *compréhensives vis-à-vis des situations particulières* » est d'autant plus retenu que l'activité d'une infirmière se compose d'une part croissante d'AMI.

compter une heure alors que je passe ¼ d'heure !” Je me dis qu’il ne faut pas être honnête. On vit dans un monde où tout le monde est malhonnête, où tout le monde cherche... C’est pfft ! ».

Clotilde

Sans surprise aucune, nous avons entendu, à de multiples reprises, l’évocation des actes non reconnus par la NGAP mais pourtant bel et bien mis en œuvre par les infirmières, notamment la pose de bas de contention et l’instillation de collyre. Ce qui est à souligner, c’est, à les entendre, la connivence de la plupart des caisses avec des pratiques qui consistent à se faire rémunérer de telles interventions, mais en les englobant, ou même en les cotant comme d’autres types de soins. Ici et là, les interlocuteurs de certaines caisses y vont même de leurs conseils pour interpréter d’une manière particulière la nomenclature, sinon pour que l’infirmière demande au médecin de rédiger de telle ou telle façon une ordonnance « *pour que ça passe* ». Apparemment tout conflit évité est bon à prendre. Il est vrai que cela joue à la marge. Il est fort possible que ces soins, absents de la NGAP et dont on parle beaucoup cachent d’autres pratiques, marginales, mais plus discutables, De cela rien ne transparaît, sauf quand des procédures disciplinaires sont enclenchées.

« Pour les bas à varices, ça ne fait plus partie de la nomenclature, donc si ça fait partie d’un soin, très souvent ça s’accompagne d’un pansement, ça rentre dedans. Donc les bas varices qu’on met, c’est après un pansement, ça c’est fréquent et donc tu cotes ton pansement en fonction de la difficulté et du temps que tu passes ».

Claire

« Les bas à varices ! Pareil ! Il n’y a pas de cotation, donc nous on prend le minimum. On prend un AMI 1, c’est remboursé. C’est évident, car qui va mettre les bas à varices sinon ? Qui va le faire ? Et si la personne ne le met pas, elle va faire une phlébite ! Ils le prennent en charge quand même, mais tout ça, ça dépend des caisses, ça dépend comment ça passe. Il suffit qu’on tombe sur un con ! Il nous dira : “ce n’est pas dans la nomenclature” et voilà ! Alors qu’est-ce qu’on fait ? On triche à ce moment-là, on demande au médecin un passage pour un pansement. C’est ce que font nombre d’infirmières ! Mais ce n’est pas logique ! Ils vont rembourser un AMI 2 alors que nous, on ne demande qu’un AMI 1 ! Et il y a d’autres exemples comme ça. Les médicaments, mais oui les médicaments, distribution de médicaments ! On ne peut distribuer des médicaments que s’il y a eu une entente préalable et que pour des malades qui sont suivis en psychiatrie ! C’est ridicule ! Et les malades qui sont non voyants ? Et les malades d’Alzheimer ? ».

Agnès

Accommodements, accords tacites, conseils implicites pour rester dans les règles tout en trichant un peu... les interlocuteurs des infirmières en savent bien entendu long sur les mille et une façons d’interpréter la NGAP, sur la manière dont, avec les médecins, ces professionnelles du soins « *s’arrangent pour que ça passe* ». Ils érigent donc quelques garde-fous, surveillent plus attentivement telle ou telle qui pousse un peu loin, mais dans l’ensemble, dans certaines limites, il paraît y avoir une tolérance. Ainsi par exemple, quand Rolande passe « *presque une heure et demie pour défaire et refaire les pansements d’une dame qui avait été brûlée tout le dos, devant et les cuisses et tout ça, parce qu’elle avait glissé dans sa douche avec de l’eau à 80°C* », son collègue médecin, devant l’ampleur de la tâche, lui dit : « *Il faut absolument que tu appelles le médecin de la Sécu pour avoir une cotation spéciale et s’il faut une lettre, je la fais, il n’y a pas de problème* ». Contact pris, « *j’appelle le*

gars, et je lui explique tout, les circonstances, le temps, et il m'a dit : non, ce n'est pas possible... mais le médecin n'a qu'à faire une ordonnance comme si vous passiez deux fois ».

« Localement, ils sont les premiers à dire : "mettez ça, ça passera" C'est-à-dire qu'il y a une espèce de connivence pour faire reconnaître en partie. C'est-à-dire que quand une infirmière téléphone dans une caisse, on lui dit "comptez en plus, mettez..." ».

Francine

Pour autant, certaines infirmières, sans doute échaudées, puisque ce que l'un de ces interlocuteurs au sein d'une caisse va accepter ne sera peut être pas admis par un autre, prennent quelques précautions qui renseignent sur un certain climat de méfiance, quand bien même, à un moment donné, une certaine entente peut régner.

« Moi, quand je fais une cotation, quand ce n'est pas précisé, je fais même des photos. J'ai un appareil photo, je fais la photo du pansement, je la joins au dossier et je cote en fonction de ce que c'est. Je sais qu'il y a des caisses qui chipotent. Moi j'ai fait un pansement d'une personne qui avait tout le thorax plus sur le dos, il fallait tout préparer le bandage... Quand on fait les pansements, ça ne sent pas la violette. C'est pour ça que les médecins ne veulent pas les faire, c'est trop désagréable. Donc... à la suite de ça, j'ai demandé une cotation supplémentaire, et ça a marché parce que j'ai argumenté. Sinon, c'était l'hôpital ».

Claudine

Les relations entre les employés des caisses et les infirmières libérales sont donc pour le moins contrastées. Pour autant elles ne sont pas si versatiles ou si arbitraires que cela. Bien souvent les interlocuteurs des caisses connaissent leur monde, tancent les unes et transigent avec les autres, compte tenu de ce qu'ils peuvent connaître de leurs pratiques. Selon les régions aussi – mais le lien entre l'opinion des infirmières et la part de leur activité en AIS renseigne d'une certaine manière sur ce point – ces relations peuvent différer. Là où les infirmières libérales se font rares probablement que les caisses sont plus tolérantes qu'ailleurs. C'est du moins ce que rapportent nombre de nos interlocutrices. Il est certain aussi que le relèvement des seuils d'activité – sinon en pratique leur quasi suppression – a fortement contribué à pacifier les relations.

« En fait, on peut dire que les caisses en ce moment, depuis deux ou trois ans, sont relativement correctes. Elles ne l'ont pas toujours été, elles ne le seront sûrement pas dans l'avenir, mais là depuis quelques années, depuis l'histoire des quotas en fait, on a des relations hyper correctes, parce qu'ils se sont aperçus qu'ils avaient besoin de nous pour assurer les soins, le nombre d'infirmières libérales a diminué ».

Ankita

D'autres événements, à en croire des infirmières libérales, telle que Lucie, ne sont pas pour rien non plus dans l'apaisement des relations avec les caisses :

« Après la canicule, il n'y a pas de danger pour qu'ils nous remettent des quotas ! ».

Enfin, l'informatisation des infirmières, fortement encouragée, subventions à l'appui, à s'équiper en matériel et en logiciel *ad-hoc* leur permettant désormais de « télétransmettre » aux caisses leurs données afin d'être rémunérées, a aussi contribué à lever bien des

préventions, bien des critiques. Désormais la rémunération des actes est accélérée et les anomalies de paiement, source de nombre de tensions, sont bien moins nombreuses.

« Maintenant, avec la télétransmission, on a moins de problème. Au début, quand j'ai commencé, on faisait les papiers à la main et il fallait tout surveiller. Il manquait toujours quelque chose, ou il manquait un dimanche ou un kilométrage, toujours quelque chose. Que là, on a moins d'erreurs ».

Marguerite

« On a rarement de soucis. Depuis la télétransmission et Sésame Vitale, alors là, ça roule, c'est même assez effrayant ».

Sophie

Pour autant ce mode de transfert des informations aux caisses ne fait pas l'unanimité. Certaines infirmières libérales, qui ne sont pas équipées d'ordinateurs reliés à internet, ont expérimenté puis ont abandonné le système de télétransmission téléphonique, estimant cela peu pratique, peu adapté et coûteux, pour ce qui est de l'achat de l'équipement de base. D'autres l'utilisent mais restent cependant critique vis-à-vis de la mauvaise adéquation du système avec la gestion d'un cabinet de groupe.¹⁶⁷ Par ailleurs, certaines infirmières perçoivent qu'il s'agit là aussi d'un moyen de contrôle exercé par les caisses dans la mesure où les heures sont spécifiées au moment où l'on insère la carte dans l'appareil portable que l'on apporte chez les patients. Par contre, un avantage fait l'unanimité : c'est la plus grande rapidité de règlements des caisses d'assurances maladie. Auparavant les infirmières devaient souvent attendre jusqu'à trois mois avant d'être rémunérées, à partir des feuilles de soins qu'elles avaient transmises. Désormais, au grand maximum, cela est affaire, d'après elles, d'un délai d'un mois ½ et souvent cela est réglé en moins de trois semaines. Les remboursements sont également plus rapides pour les patients, de l'ordre de quelques jours.

Toutefois, entre caisses de sécurité sociale et infirmières libérales, il reste encore et toujours des divergences, des sujets à mésententes, et donc des arbitrages qui rappellent qu'il y a bien, entre ces deux partenaires obligés, des intérêts contradictoires. Un point notamment s'avère irrésolu : la NGAP est silencieuse sur tout ce que soigner veut dire, en terme de temps passé, d'énergie donnée, d'engagement apporté dans la relation au patient. La meilleure des technicités ne fera jamais la qualité pleine et entière du soin. Plusieurs infirmières l'ont souligné : de ce point de vue, la rationalisation des nomenclatures est réductrice même si chacun sait que c'est pourtant cette part du soin qui fait toute la différence...

« La prévention n'est pas reconnue ! Mais bon, tout le temps qu'on passe avec les gens pour parler simplement. Je ne pense pas qu'ils pensent qu'on rentre simplement chez les gens pour faire une injection et qu'on ressort comme ça. Moi, j'ai vu des gens revenir de l'hôpital ; ils

¹⁶⁷ Un certain nombre d'aides financières ont été accordées pour inciter au développement de la télétransmission : 150 euros pour les infirmières télétransmettant en SESAM-Vitale ; 300 euros pour les infirmières qui transmettent les feuilles de soins électroniques à partir d'un « matériel portable », etc. ; mais généralement ces aides à l'équipement n'ont été accordées que pour acheter un seul boîtier par cabinet et dans le cadre d'une gestion collective, il faut passer dans l'appareil les cartes de chacune des associées. « Autrement, il y a les lecteurs de carte vitale. On a hésité au moment où ils voulaient la mettre parce que ce n'était pas adapté à un cabinet multiple. Il fallait que chacun valide ses soins auprès de chaque personne soignée, ce qui fait que c'était un peu compliqué. Maintenant c'est en place, bon, ils nous poussent moins, donc on est resté comme ça. » Irène

n'avaient pas compris du tout ce qu'on leur avait fait comme intervention ni rien ! Donc j'y allais pour faire une Fragmine ou quelque chose comme ça, mais en fait j'étais obligée de leur expliquer. Ils n'avaient pas compris ce que voulait dire le terme, etc., ce que ça signifiait. Même physiquement, ce que ça signifiait et les conséquences, soit sur l'alimentation... Moi j'ai eu une femme revenir avec une hystérectomie, elle ne savait pas du tout, elle n'avait pas compris que c'était ça ! Non, je ne peux pas rentrer et sortir en 2 minutes ! Donc ça veut dire qu'il y a tout un... Même si on suit les gens pour une surveillance thérapeutique ou un truc comme ça, il faut dire constamment les choses, essayer des moyens qui vont les aider à prendre leur traitement correctement, à nous signaler ce qui ne va pas, etc. Ça prend du temps tout ça, et tout le relationnel avec la famille. Le relationnel c'est pareil chez nous, c'est Niet, c'est rien ! Ce n'est pas compté si on ne fait pas un acte précis ! »

Rolande

33. Les conditions de travail

333. Les déplacements

*Dans la voiture de Patricia
Le cendrier, faudrait l'vider
Mais y un arbre au plafond
Qui fait qu'ça va, qui fait qu'ça va
Au carreau un autocollant
Pour se garer n'importe comment*

*Le siège arrière de Patricia
Est recouvert de plein d'affaires
Entassées à sa façon
Qui fait qu'ça va, qui fait qu'ça va
Des lotions, des solutions*

*Et sur la boîte à gants
Une boîte de gants*

*Patricia n'a pas peur des piqûres
Elle sait comment ça fait
Elle en fait
À tous les patients patients
Patricia n'a pas l'temps
Elle ne fait pas de couture
À part des points de suture
Patricia aime bien les gens (...)*

L'artiste Clarika¹⁶⁸ dépeint à sa manière l'univers de Patricia, une infirmière libérale de ses connaissances. Ce faisant, elle évoque d'abord sa voiture. Ce n'est pas incident. Plus que dans leur cabinet, c'est dans leur véhicule que la plupart des infirmières libérales passent le plus de temps au fil de leur journée. Si l'on s'en tient aux distances qu'elles parcourent, quand elles travaillent en milieu rural, ce peut être deux heures, trois heures, quatre heures parfois. Au cours de tournées effectuées avec quelques infirmières, nous avons, nous aussi, pris la mesure de cet espace très particulier qui est leur lot quotidien. Encore fallait-il d'ailleurs trouver de la place pour s'asseoir sur le siège avant¹⁶⁹. Visiblement cela dérangeait

¹⁶⁸ « Patricia », chanson de l'album « Joker » de l'auteur-interprète Clarika, Universal, 2005.

¹⁶⁹ ...Et encore, nous avons échappé aux chiens. Cela arrive qu'un fidèle compagnon soit de la tournée, et que l'on profite de la pause déjeuner notamment, pour une marche ou un footing avec lui.

souvent l'ordre établi. Ordre qui pouvait ne pas sauter aux yeux. Mallettes, sacoches et sac à main, entassements de boîtes, agenda truffé de feuilles de toute sorte, courriers à poster depuis des lustres, paquets de change un peu dans tous les sens, fil du téléphone portable resté branché et traînant sur le plancher, quelque fois capharnaüm assez improbable d'échantillons, de prospectus, de caissettes... et de diverses autres choses qu'elles croyaient perdues et redécouvraient avec bonheur quand elles devaient mettre un peu d'ordre pour nous faire une petite place... l'inventaire à la Prévert de tout ce qui occupe le siège avant et la banquette arrière de ces voitures de travail peut laisser dubitatif sur la manière dont elles s'y retrouvent. Ce qu'elles font pourtant, avec le souci d'ailleurs très souvent de ne pas laisser traîner telle ou telle ordonnance ou autre papier qui n'ont pas à être à la vue de tous. On ne badine pas avec la déontologie – nous nous en sommes régulièrement aperçus lors de nos entretiens – et ces infirmières savent bien que leur voiture à caducée ne passe pas inaperçue du voisinage, qui voudrait savoir, qui peut tourner discrètement autour, à la recherche plus ou moins consciente d'indices sur ce qui se passe à côté, où à tel ou tel étage, chez madame ou monsieur untel. Il faudrait aussi parler des coffres, où on loge ce que l'on ramène de tournée (mais souvent on a entendu que cela se perd un peu, par les temps qui courent). Des fleurs, des fruits, des légumes, des œufs, un poulet, les incontournables boîtes de chocolats à Noël, et puis ici et là des chaussettes tricotées mains et autres gentilles intentions, une trousse à outils – cela peut toujours servir –, en montagne, des chaînes, une pelle et des raquettes pour la neige, etc. À l'image souvent de leur cabinet, dont elle est le prolongement, la voiture de l'infirmière libérale est avant tout un outil de travail. C'est aussi un espace intime – brosses à cheveux, trousse à maquillage, photographies, etc. – où, à certaines pauses « *on se retrouve* », « *on peut se mettre un peu dans notre bulle* ». Occasionnellement, parce que nous sommes bien dans l'univers des signes aussi, nous avons aperçu un sobre mais propre 4x4 japonais (chez quelques hommes notamment...) mais, la plupart du temps, il s'agit bien d'un véhicule conçu comme utilitaire d'abord. « *Excusez-moi, c'est tout mon bazar !* », avons-nous entendu. Et effectivement, cette voiture, parfois, c'est tout un poème...

Les plus anciennes se sont rappelées d'ailleurs le temps où les tournées s'effectuaient non pas en voiture, mais en vélomoteur ou en Solex, et avaient le cas échéant un certain parfum d'aventure. Il arrive toujours quelques épopées, mais les choses se sont améliorées tout de même. Reste la nécessité d'anticiper, de prévoir sa tournée en fonction des aléas climatiques, et cela aussi fait partie des compétences, inscrites nulle part, mais que l'on apprend au fil des ans.

« Parce que, en plein hiver, j'étais plus souvent à côté de mon Solex, ça avait un côté du tonnerre, j'arrivais chez les gens, j'avais mon bol de bouillon qui m'attendait, ou mon bol de lait chaud ».

Josiane

« Il y avait plein de virages, et au premier, stop. La neige. À pied. Une morphine à 20 heures, je mettais une heure, aller-retour. Le lendemain rebelotte ».

Marguerite

«-La veille quand tu reprends...

-Oui, mais tu te dis, l'hiver, ça va geler.

-Voilà, ça va geler, il va peut-être y avoir de la neige. Moi, ça m'arrive de me lever la nuit pour voir le temps qu'il fait.

-Quand vous êtes salariée, vous n'y allez pas, ce n'est pas grave.

-Si c'est gelé, s'il faut marcher à 20 à l'heure, il va falloir deux fois plus de temps. Je ne vais pas réussir à tout faire, il y en a qui vont rester. C'est encore de ce côté, on ne va pas satisfaire les gens. On est toujours...

-Il va falloir sélectionner... Les insulines, s'il faut aller à pied, il y en a qui ne sauront pas, il y en a qui ne savent même pas tourner le stylo.

-J'ai fait une tournée, une fois, en tracteur.

-Des gens, ils habitent dans des fins fonds, on m'amène en tracteur ».

Hélène et une de ses collègues

Les distances parcourues journallement varient énormément, on s'en doute, et effectuer des moyennes n'aurait pas grand sens. En ville ce peut être 40, 50, 60 kilomètres par jour, rarement moins. À la campagne, cela varie de 80 à 250 kilomètres. Exceptionnellement, où dans un temps passé, avant la multiplication des associations et du partage de la clientèle, cela pouvait monter jusqu'à 300 kilomètres, voire plus à en croire certaines. C'est encore le cas visiblement, ici et là, dans certaines zones rurales, telles que dans le Centre de la France.

« Au début, à S. je faisais 150 bornes en ville ».

Pierre

« Des fois, on arrivait à 70 clients par jour, et au niveau de la tournée, c'était énorme parce qu'on faisait dans les 300 kilomètres par jour ».

Anne-Marie

« On rayonne au minimum sur 6 à 8 communes, donc en kilométrage, je peux faire jusqu'à 350 kilomètres par jour. Les gens se déplacent très peu au cabinet ».

Valérie

« Sur une journée, c'est 200, 250 kilomètres par jour. Sur un rayon qui fait, au maximum, 8 kilomètres autour de G ».

Sophie

Les caisses de sécurité sociale ne remboursent les déplacements (peu chers payés au yeux d'infirmières libérales qui savent par ailleurs combien un médecin est remboursé pour la même distance¹⁷⁰ ...) que sur la base du parcours que ferait l'infirmière la plus proche du domicile d'un patient. Pour différentes raisons (temps perdu, difficulté de se garer, escaliers d'immeuble qui coupent les jambes, etc.) les infirmières et les infirmiers eux-mêmes veillent souvent à ne pas accepter de sollicitations au-delà d'un certain périmètre. Et puis, parfois, certaines qui sont les seules « à accepter des toilettes » peuvent mettre leurs conditions, et nous avons donc entendu des exemples de CPAM qui transigent, faute d'infirmières prêtes à se déplacer loin pour ce type de soins (ou de disponibilité de service de soins infirmiers).

« Il y a beaucoup de logements sociaux, de lotissements, et bien vous arrivez au lotissement, il faut garer sa voiture et vous allez à pieds. Beaucoup de lotissements sont avec des mauvaises

¹⁷⁰ Au 31 décembre 2005, l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD), qui s'applique automatiquement à chaque déplacement au domicile d'un patient, est de 2 € L'indemnité kilométrique (IK) des infirmières libérales de Métropole est, en plaine, de 0,30 € du kilomètre, en montagne de 0,45 € Cette indemnité ne s'applique que pour les patients qui résident hors de la commune d'exercice de l'infirmière et correspond à la distance effectivement parcourue entre son cabinet (ou celui du cabinet de la consœur situé le plus proche du patient) et le domicile du patient. Il est prévu une indemnité pour un déplacement à pied ou en ski, qui se monte à 3,35 € Celles des médecins généralistes sont respectivement de 0,61 €, 0,91 € et 4,57 €

indications. Vous êtes obligée de faire votre plan vous-même. Moi, à force d'avoir l'habitude je demande ; et puis je ne vais pas à B., à deux euros le déplacement, des embouteillages... »

Claudine

« Ça nous arrive parfois de refuser des soins, donc de par les horaires ; et puis si c'est loin et que c'est difficile de se garer. C'est triste d'en arriver là mais on refuse parce qu'on sait qu'on va tourner et qu'on ne va pas pouvoir se garer, et puis, si on se gare mal, on fait vite fait ».

Geneviève

« On fait tout S. et on va même jusqu'à l'Ile S, limite du pont, jusqu'à la cité M. On ne va pas au-delà car si on commence à élargir trop, on se laissera déborder ».

Aimé

« Une moyenne, en temps normal, 200 kilomètres par jour. Maintenant, j'exige le paiement de tous mes kilomètres, puisqu'avant j'étais payée par rapport à l'infirmière la plus proche. J'ai dit aux caisses : "Si vous ne me payez pas mes kilomètres, je laisse tomber tous les vieux, vous vous démerdez avec." Depuis, on me paye mes kilomètres ».

Josiane

En ville, souvent, le fait d'avoir des tournées chargées, de devoir emprunter des rues encombrées, tout cela représente un facteur de stress. Pour autant les unes et les autres peuvent devenir de véritables expertes quant à connaître les suites de feux tricolores à éviter, les chemins de traverse, les horaires où invariablement il y aura un camion d'enlèvement des ordures impossible à doubler dans telle rue, telle autre qu'il faut se garder d'emprunter à l'heure de la sortie des écoles mais qui sinon représente un sacré raccourci. Il y a des heures où l'ascenseur de tel immeuble est toujours occupé, d'autres où au contraire on peut y aller aux mêmes heures ; sans crainte de perdre du temps, y compris parce qu'il y a alors des places à tel endroit pour se garer. À la campagne, chaque région a ses mots pour dire ces petits chemins qui coupent, ces routes à l'état indéfinissable mais, justement, que peu connaissent. On parlera de « ridets », de « ribinnes », etc... et on en sait visiblement plus long que les cartes routières là-dessus.

« À L., je pétais les plombs au volant, je devenais infernale parce c'est toujours la même histoire : on se met une pression dessus et puis... De la même manière, écrire au procureur de la République tous les trois mois pour faire sauter une contravention, être en train d'attendre derrière les gens qui sont à dormir au feu vert, c'est du détail, mais c'est un détail quotidien, du matin au soir. Le dimanche, à L., vous avez des rues piétonnes, les gens s'arrêtent parce que vous ne pouvez pas vous garer et ils ont mis des bornes ou bien ils s'arrêtent pour aller chercher un paquet de cigarettes, vous attendez derrière, vous, vous bossez. On finit par être dans une espèce de stress ».

Adèle

« J'ai appris à me garer très mal, à conduire comme une sauvage, et voilà, ça ne se passe pas trop mal ! ».

Odette

À entendre certaines, quitter la ville, s'installer à la campagne et y travailler, tout cela a largement pour motif les embouteillages incessants, le surcroît de véhicules depuis quelques années, la sévérité de la police, bref tout ce qui, disent-elles, finit par leur empoisonner la vie.

Nous avons aussi souvent entendu parler des maux de dos auxquels la voiture n'arrange rien...

« Un truc idiot, physiquement, quand vous montez ou descendez 80 fois de voiture par jour, avec votre sacoche, il faudrait des voitures.. ».

Colette

« Il y a des jours où je me dis que je ne ferai pas ça tout le temps, parce que bon... La voiture, j'ai des problèmes de dos. Chaque fois les médecins, la voiture... comme l'autre jour, j'étais chez l'ostéopathe, j'ai dit : "Ne me demandez pas de changer de métier, je ne peux pas faire autre chose, je ne veux pas faire autre chose." (...) 100 kilomètres par jour on n'est pas loin et encore, ce n'est pas énorme. Il y en a qui ont... des fois, on passe plus de temps dans la voiture que chez les gens ».

Flora

On se rappellera cependant que nous avons aussi relevé régulièrement le plaisir pris au volant, le fait de pouvoir s'arrêter, la pause pour déjeuner en rase campagne, la sensation de liberté voire l'impression que bien des découvertes sont possibles au fil de ces déplacements où il y a toujours une part d'imprévu, etc. Cette familiarité, ce goût parfois pris à arpenter son territoire, qui est aussi une affaire de famille – cf. l'exemple d'Ankita, déjà cité –, peut être évoqué sur le registre du plaisir et non pas seulement sur celui des contraintes dont on se passerait volontiers.

« Je roule les deux fenêtres ouvertes... le soleil... ».

Hélène

334. Les revenus : un sujet toujours sensible

La question des revenus que perçoivent les infirmières libérales est un sujet on ne peut plus délicat. Au cœur de bien des revendications, syndicales notamment, des chiffres sont livrés, parfois un peu à l'emporte pièce ; des impressions, des évaluations à gros traits circulent et finalement il n'est pas si aisé que cela de faire la part des choses voire de se baser sur des données éprouvées et reconnues par tous. Pour autant, ici, il ne s'agira pas vraiment de rouvrir quelque discussion que ce soit sur ce sujet. En effet, via les informations du SNIR de la CNAMTS, qui recueille et agrège au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les Caisses gérant l'Assurance maladie, on dispose annuellement de données précises, qui reposent sur les honoraires effectivement perçus par les infirmières libérales¹⁷¹. Par ailleurs la DREES a eu l'occasion de publier en 2003 une étude sur les honoraires et revenus de professions de santé, basée notamment sur les déclarations des revenus à l'administration fiscale (DGI)¹⁷². Nous nous cantonnerons donc, dans un premier temps, à un bref rappel des données puisées à ces deux sources. Assurément elles sont agrégées, or on sait bien que les activités des unes et des autres, la répartition entre AMI et AIS qu'elles opèrent, le temps de travail qui est le leur, etc. connaissent de très fortes

¹⁷¹ CNAMTS, « Le secteur libéral des professions de santé en 2003 ». *Carnets statistiques*, n° 111, 2005.

¹⁷² Pascale Breuil-Genier, « Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain ». *Études et résultats*, n°254, 2003, p. 9. Les données prises en compte dans cette étude sont celles du SNIR et, en ce qui concerne les charges, celles des déclarations des bénéficiaires non commerciaux de la Direction générale des impôts (DGI). Par ailleurs la Drees publie chaque année, dans les revues de l'Insee, des données synthétiques sur les revenus des professionnels de santé non salariés.

variations et les écarts avec la moyenne sont donc très prononcés *a priori*. Sans doute qu'ici et là l'ensemble de ces chiffres peuvent aussi être contestés, en ce qui concerne par exemple, pour différentes raisons, la sous évaluation des charges réelles inhérentes à la profession (loyer du cabinet, indemnités kilométriques, etc.) mais nous ne disposons d'aucune donnée nouvelle nous permettant d'instruire cette question. Nous nous cantonnerons donc simplement ici à relever et à analyser les propos entendus des infirmières libérales sur ce thème des revenus. Nous constaterons certes des écarts d'appréciation mais globalement peu d'éléments viennent d'ailleurs s'inscrire en faux avec les évaluations du SNIR ou de la DGI. Plus intéressants sont les échos perçus de l'évolution de ces revenus depuis une vingtaine d'années, ou les raisons de la fluctuation de ces revenus, parfois d'un mois à l'autre ou encore, en amont pour ainsi dire, la manière de coter les actes.

Les revenus perçus par les infirmières libérales

Selon l'étude de la CNAMTS, le total des honoraires perçus par unité APE¹⁷³ en 2003 s'élève en moyenne à 63 568 €¹⁷⁴. Cette somme se décompose en 51 546 € d'honoraires et en 12 022 € de frais de déplacement, soit environ 4 300 € d'honoraires et 1 000 € de frais de déplacement par mois. Ces honoraires ont connu sur la période 1995-2003 un Taux de croissance annuel moyen (TCAM) de +4,1 % alors que sur la même période le taux de croissance des frais de déplacements a été de +5,6 % (avec, au total donc, un taux de +4,4 %). Entre 2002 et 2003 la croissance a été forte +8,8 % (+7,6 % en ce qui concerne les honoraires et +14,2 % pour ce qui des frais de déplacement). Cela est dû, selon la CNAMTS à deux augmentations successives de l'indemnité forfaitaire de déplacement (1,50 € en mars 2002, 1,83 € en avril 2003 et 2,00 € en novembre 2003) et à une augmentation des indemnités kilométriques de plaine (0,24 € au 1^{er} janvier 1996 et 0,30 € en mars 2002) et montagne (de 0,40 € à 0,45 € aux mêmes dates). Cette étude fait clairement ressortir toutefois la dispersion de ces honoraires autour de telles moyennes.

Répartition des infirmiers APE par tranches d'honoraires individuels en 2003

Tranches d'honoraires individuels en milliers d'euros	0 à 20	20 à 30	30 à 40	40 à 50	50 à 60	60 à 70	70 à 80	80 à 90	90 à 100	100 à 110	110 à 120	120 à 130	Plus de 130
Effectifs	1779	1532	3718	6478	8468	7895	6086	3910	2373	1418	933	501	899

La dispersion est assez forte puisque les infirmières situées dans les tranches comprises entre 50 000 € et 70 000 € ne représentent qu'à peine 36 % de l'ensemble. Ces honoraires varient fortement d'une région à l'autre. La tendance est la suivante : plus la densité d'infirmières libérales est forte, moins les honoraires sont élevés. Ainsi en va-t-il par exemple de la région Midi-Pyrénées et du Languedoc-Roussillon où encore de la région Rhône-Alpes. Pour autant ce n'est pas la règle puisqu'une autre région à la densité très forte, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, se situe dans la moyenne, à égalité par exemple avec

¹⁷³ Actifs à part entière. Il s'agit des professionnels conventionnés actifs au 31 décembre de l'année considérée, non installés dans l'année en cours, et ayant moins de 65 ans.

¹⁷⁴ Selon les résultats provisoires portant sur l'année 2004, cette somme serait alors de 66 029 € soit une augmentation de 3,9 % entre 2003 et 2004. Véronique Bories-Maskulova, « Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : résultats provisoires », *Point Stat CNAMTS*, n°43, 2005.

la Picardie où la densité d'implantation est, selon les départements, deux à trois fois moindre. Assurément, le fait d'effectuer des AIS joue à plein comme variable d'ajustement. Quand la densité d'infirmières est forte, les patients soignés sont en moyenne moins nombreux mais ils payent bien plus. En moyenne, en Métropole, il paye annuellement 212 € à une infirmière, mais cette somme varie de moins de 100 € dans le centre de la France à plus de 400 € dans les départements méditerranéens. En somme, bien que visitant moins de patients, les infirmières des régions du Sud de l'Hexagone rééquilibrent leurs revenus en visitant plus souvent, en passant plus de temps, en effectuant plus d'activités de soins et de gardes à domicile (AIS)¹⁷⁵, AIS que tendent à délaissier les infirmières dès lors qu'elles sont moins nombreuses à travailler dans une zone géographique déterminée. L'étude de la CNAMTS signale par ailleurs que les infirmières libérales voient plus de clients que les infirmiers libéraux (en moyenne 304 contre 272 par an). On sait pourtant – on l'évoquera en détail plus loin – que ces derniers effectuent plus d'heures de travail, mais il est vrai qu'ils réalisent aussi plus d'AIS, qui requièrent un temps plus long et dont la rémunération est aussi différente¹⁷⁶...

L'étude de la Drees précise les choses déjà en matière de densité. Les communes rurales ne sont pas les moins bien loties puisque la densité d'infirmières libérales est supérieure d'un quart à la moyenne nationale. Ce sont plutôt les communes dites « périurbaines » ou « multipolarisées », c'est-à-dire celles où plus de 40 % des actifs occupés vont travailler dans des aires urbaines extérieures à la commune, qui connaissent une densité la plus faible. Pour autant les honoraires nets des infirmières libérales dépendent peu des types de communes où elles travaillent. : « *Si l'on excepte l'agglomération parisienne, où les honoraires nets des infirmiers libéraux sont supérieurs à la moyenne de 8 %, les écarts restent compris dans les autres zones entre -5 % et +1 %. Hors honoraires pour frais de déplacements, ces écarts seraient toutefois plus marqués. En effet, le poids des honoraires pour frais de déplacement varie de 25 % dans les zones rurales à 12 % dans l'agglomération parisienne, et c'est leur prise en compte qui permet de remonter au niveau de la moyenne les honoraires des communes rurales, de l'espace à dominante rurale et des petites unités urbaines* »¹⁷⁷.

Il s'opère bien un certain rééquilibrage. Par ailleurs, le taux de charge totale, qui se décompose entre les postes loyer, achats liés à l'activité, frais de déplacement et cotisations sociales, est d'environ 40 %¹⁷⁸ avant impôts sur le revenu. Ce sont, sans surprise, les frais de déplacement qui varient le plus, entre espace à dominante rurale et pôle urbain. Finalement ce taux de charge de 40 % environ renvoie à un revenu annuel net moyen d'un peu plus de 38 000 € (soit, en euros, un peu moins de 3 200 € par mois et, en francs, un peu moins de

¹⁷⁵ Une étude particulière, réalisée par la CNAMTS en 2001, et portant sur les infirmières dites « à très forte activité » en 1999 -et donc à forts revenus- (plus de 23 000 actes) a montré qu'il s'agissait d'infirmières ayant pour autant une clientèle nettement plus réduite que les autres, mais réalisant une part d'AIS de plus des trois quarts, là où le ratio d'ensemble était de deux tiers. CNAMTS, *Carnets statistiques*, n° 111, 2005, *op. cit.* pp. 19-30.

¹⁷⁶ Le rapport annuel de 2003 de la CNAMTS précise un peu cet écart : « Un client versera des honoraires supérieurs s'il consulte un homme (233 € contre 175 €) que s'il consulte une femme. Annuellement un patient paye en moyenne 182 € », CNAMTS, « Le secteur libéral des professions de santé en 2001 ». CNAMTS, *Carnets statistiques*, 2003, n°109. p.77.

¹⁷⁷ Pascale Breuil-Genier, « Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain ». *Études et résultats*, n° 254, 2003, *op. cit.* p. 7.

¹⁷⁸ La plupart des infirmières interrogées évoquent un taux de 50 %, en référence probablement au mode rapide de calcul des charges salariales.

21 000 francs). Reste qu'il s'agit bien entendu d'une moyenne. Il y a donc des infirmières (et surtout des infirmiers) qui ont un revenu net supérieur à 4 500 euros par mois là ou d'autres, travaillant moins, et étant par exemple remplaçantes, ont des revenus bien plus faibles.

On n'en finirait sans doute pas d'épiloguer sur ces chiffres, qui renvoient somme toute à des revenus assez honorables, mais à des horaires et à des conditions de travail éprouvantes. Prennent-ils en compte toutes les dépenses inhérentes à l'activité ? Reflètent-ils la réalité des frais occasionnés par exemple par l'augmentation de l'essence, par le prix des véhicules qu'il faut régulièrement changer ? etc. On sait que les commissions réunissant sur ce point les représentants des syndicats et des caisses d'assurances maladies sont animées. On peut souligner aussi – nous l'évoquerons plus loin – que les indemnités de congés maternité notamment ne sont sans doute pas à la hauteur de la perte de revenus. Pour l'heure il ne s'agit pas ici de rentrer dans ces débats mais, nous l'avons précisé, de rapporter et de s'arrêter simplement sur la façon dont les unes et les autres voient les choses.

Interrogées sur leurs revenus, les infirmières ont souvent souligné, dans un premier temps du moins, la difficulté de les évaluer précisément, du fait notamment de fortes variations d'un mois à l'autre, voire d'une année à l'autre. Exemple à l'appui, nombre d'entre elles ont insisté sur les aléas qui peuvent expliquer de tels écarts, écarts dus au statut bien entendu, mais aussi à une clientèle, de fait fluctuante...

« Comme remplaçante, moi j'étais un peu le réservoir à clientèle. Quand elles (ses collègues propriétaires du cabinet) avaient beaucoup de monde, elles me donnaient de la clientèle, et quand leur clientèle diminuait, elle m'en reprenait. Donc moi, au niveau du chiffre d'affaire, c'était très variable et c'était assez dur à gérer ».

Alice

« Moi, il y a des années où je gagne beaucoup et l'année d'après pas beaucoup. En ce moment on travaille sur des gros malades, et hop ils meurent, c'est la moitié du chiffre d'affaire qui fout le camp. Oui, je sais que j'en avais une qui était dans le fin fond, donc déjà ne serait-ce que les kilomètres, j'y allais matin et soir, et donc sûr que quand elle est morte et bien boom. Oui, ça faisait du 9 000 balles par mois à l'époque, 310 francs par jour, parce qu'il y avait 30 kilomètres. C'est sûr que c'est énorme ».

Denise

« Du fait des engagements financiers, vous devez rembourser ce que vous avez emprunté, et l'un dans l'autre, vous vous dites que ça va aller. Mais ce n'est pas toujours sécurisant. Parce ce que, quelque fois, vous avez une personne, un gros soin, normalement, vous en avez pour trois mois. Elle fait une pathologie respiratoire ; le médecin l'envoie à l'hôpital. Vous ne l'avez plus le lendemain... »

Claudine

Une appréciation assez réaliste des revenus effectivement perçus

Qu'ils soient en francs ou en euros (et elles se sont souvent exprimées en francs, y compris au fil des entretiens réalisés en 2004), le plus souvent, les infirmières évoquent des revenus qui sont aux alentours de 3 000 euros net pour un peu moins de 50 heures par semaine, somme qui correspond à peu près à ce que l'on connaît par ailleurs des revenus

moyens des infirmières libérales. Pour autant, il est intéressant de relever en quoi, bien entendu, la variation est forte selon leur temps de travail.

« Je ne travaille même plus le samedi dimanche, donc moi je ne fais plus beaucoup... 25, 30 heures par semaine, c'est tout. Et en revenu net, il me reste 12, 13 000 francs par mois, Une fois payées les charges, loyer, URSSAF, cotisations retraites ».

Sophie

« L'année dernière, c'est vrai que je gagnais ma vie correctement (...) J'avais cinq jours par semaine. Il y avait au moins trois soirs par semaine, et puis au moins cinq matins et pendant les vacances c'était tous les matins. Il y avait une régularité dans le travail. Alors, là ça dépassait les 20 000 francs »

Catherine

« L'an passé, je travaillais 17 jours dans le mois (...) L'année dernière 21 000 francs, mais l'année dernière, on avait plus de 50 patients par jour ».

Viviane

« En gros, quand j'ai tout payé, le salaire net que j'avais l'année dernière, tournait entre 13, 14 000 francs par mois, pour des horaires 7h - 13h en général, et 16h30 - 20h 20h30 pendant 14 jours ».

Claire

« Moi, c'est 25 à 30 000 francs une moyenne sur l'année, en ne travaillant que 15 jours dans le mois, voilà ».

Geneviève

« Objectivement, je peux aller jusqu'à me payer 30 000 le mois, mais j'en ai pas besoin donc je place l'argent et je me verse ce dont j'ai besoin ».

Aimé

« Ça fait du 30 000 par mois à peu près. Je serais encore à l'hôpital, je ne sais pas, mais tu dois voler autour de 15/16 000, 17 000 max, à mon avis »¹⁷⁹.

Malika

Souvent les unes et les autres se sont référées au salaire qu'elles percevaient, ou qu'elles percevraient si elles travaillaient encore en hôpital. Là aussi les évaluations varient beaucoup, mais généralement elles s'accordent pour dire qu'à horaires égaux il y a tout de même une différence, mais pas si conséquente que cela toutefois. Certaines affirment cependant sans ambages que l'écart est très important, d'autres qu'il est très minime. Une part de ces différences d'appréciation renvoie assurément aux statuts et aux horaires effectués, mais pas uniquement.

« Je gagne le double de ce que je gagne à l'hôpital. Je dois gagner entre 18 et 21 000 francs par mois ; à l'hôpital c'est 10 000 francs. Si je remets ça à l'heure, je ne dois pas être plus payé que le SMIG. Je fais deux fois 35 heures, mais pas plus qu'à l'hôpital, donc ce n'est pas un métier que l'on fait pour l'argent ».

Fabrice

¹⁷⁹ Ce que les infirmières libérales disent de leur revenus apparaît assez réaliste. C'est aussi le cas de l'estimation qu'elles font des revenus des infirmières hospitalières. Fin 2005, le revenu net d'une infirmière hospitalière qui débute est de 1 420 € et en fin de carrière (8^{ème} échelon) de 2 170 €

« Franchement, je travaillerais à l'hôpital je gagnerais autant je crois. À l'hôpital, j'avais entre 8 000 et 9 000 francs et puis libéral... Quand j'ai commencé... Bon c'est vrai que la 1^{ère} année j'ai travaillé pas mal parce que ma collègue s'était retrouvée toute seule, donc elle m'avait fait faire pas mal de jours... Mais... je ne sais pas... 17 000, 20 000 par mois ».

Anne

« Quand j'ai quitté, je touchais 13 000 francs. J'étais quand même une vieille. Ici c'est 13 000 par semaine. Même plus ! Mais oui ».

Hélène

Des revenus, au départ, sans comparaison avec l'hôpital

Nombre d'infirmières libérales – et, d'autant plus, d'infirmiers libéraux – ont fait état de l'écart important de revenus qu'ils ont constaté entre ce qui était leur salaire en hôpital et celui qu'ils percevaient désormais quand ils se sont installés. Sans doute faut-il faire entrer en ligne de compte le fait que, dans un premier temps, les charges (URSSAF¹⁸⁰, etc.) ne sont pas dues, que l'évolution des frais occasionnés par l'activité sont mal évalués (renouvellement à planifier d'un véhicule qui va être beaucoup sollicité, loyer d'un cabinet qui peut s'orienter à la hausse, etc.), mais il n'empêche. Parfois avec un certain désappointement, les unes et les autres sont amenées à se rendre compte de l'écart d'avec ce qu'elles gagnaient il y a encore peu de temps.

« Moi, quand j'ai commencé le libéral, je me suis dit "j'ai trouvé la poule aux œufs d'or ! à côté de l'hôpital !" Même si c'est du brut, quand vous avez tout cet argent qui arrive sur votre compte comme ça ! On arrête de compter, de calculer son budget, savoir si... Bon, il y a des entrées d'argent régulières. Bon, c'est sûr, il ne faut pas aller à la Guadeloupe tous les trois mois, mais je veux dire, on gagne quand même bien notre vie en libéral ».

Adèle

« Je viens d'un milieu modeste, et je trouve qu'on gagne très largement notre vie ».

Clotilde

« Et il y a eu quelque chose de fantastique, c'est l'argent. Je me suis retrouvée à gagner ma vie comme je ne l'avais jamais gagnée. J'étais complètement effarée de l'argent qui nous tombait. J'ai gagné rapidement plus que mon mari. Globalement mon mari devait gagner, quand il a commencé, 12 000 francs net, moi je gagnais 20 000, 25 000 francs ».

Sophie

« J'ai pu faire deux salaires hospitaliers d'un seul coup, en bossant 75 heures par semaine, et c'est vrai que là, ça m'a épaté, de pouvoir avoir un projet de vie et d'avoir un boulot où je pouvais faire, non pas seulement gagner deux fois le salaire, mais d'avoir le droit de travailler deux fois plus que mon voisin ».

Pierre

Sans doute que cette perception à la fois de l'écart entre les revenus perçus et ce que l'on touchait auparavant est fonction de la période à laquelle l'installation a eu lieu, mais selon le milieu social dont les infirmières sont issues, les impressions ont aussi varié. Parfois nous avons entendu ainsi la relation des discussions sur ce point avec leurs parents, qui n'en revenaient pas visiblement de ce que leur fille pouvait désormais brasser comme argent.

¹⁸⁰ Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et des allocations familiales.

L'évocation d'un certain « âge d'or » et de son déclin

« Quand on a démarré on avait beaucoup, beaucoup d'injectables, beaucoup de Calciparine, ça c'était du gagne pognon ! ».

Hélène

Les infirmières rencontrées ont souvent évoqué un « âge d'or » qu'elles ont elles-mêmes connu ou qu'elles se sont entendues décrire par leurs collègues installées depuis plus longtemps. Les unes et les autres le situent à la fin des années 1970, et ce jusqu'au début voire au milieu des années 1980. Approximativement, de fait, ce sont bien durant ces années que le revenu, selon Jean de Kervasdoué, augmentait régulièrement de +4% par an en moyenne, en francs constants¹⁸¹.

« Ça m'a aidé financièrement, parce que entre... Surtout qu'à l'époque on gagnait énormément d'argent, on travaillait quinze jours par mois, donc six mois par an et on gagnait... ouh ! Ça m'a certainement aidé financièrement. Payer une maison... ».

Hélène

« À un moment, les gens ont bien gagné, vraiment, ça a été un âge d'or ! Ça c'est clair ».

Michelle

Toutes s'accordent à dire que cette période s'est terminée dès lors que certains soins ont disparu, du fait de l'évolution des posologies, mais aussi en lien avec une réglementation qui n'a plus rendu possible certaines tarifications. En quelques années, au milieu des années 1980 et, dans tous les cas, à la fin de cette décennie-là, leur revenu, d'après nombre d'entre elles, a chuté de 20 % à 30 % au moins.

« Mais je me rappelle que mon ex-collègue disait qu'à un moment elle vivait très, très bien. Le métier d'infirmière libérale, ça rapportait. C'était du boulot, mais on n'a rien sans rien ».

Anne-Marie

« On a eu des années où vraiment on a bien gagné notre vie. Les dix premières années je pense, quinze ans peut-être... non dix ans. Pareil en kiné. Je la situe, en fait... Voilà, les traitements ont changé. Je vais vous expliquer. À un moment donné, pour un traitement post-opératoire on donnait de la Calciparine (un anticoagulant), toutes les 12 heures, et comme c'est toutes les 12 heures, il y avait un tarif de nuit. Or ça c'est fini, on ne fait plus de Calciparine, c'est une fois par jour. Les prises de sang, on nous les a enlevées. Avant, un traitement antibiotique, et on nous avait appris comme ça, c'était minimum 5 jours, en général en piqûre, minimum 5 jours, ça pouvait être 7, 9 ou 10 jours. Anti-inflammatoires c'est pareil, c'était minimum 5 jours. Aujourd'hui, ils ne donnent pas plus de 3. Et si vous recommencez, on vous donne pour 3. (...) Les traitements ont évolué aussi. C'est sûr que ça se répercute aussi sur les actes, c'est normal ».

Édith

¹⁸¹ Jean de Kervasdoué, *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, 2003, p. 61. « Depuis quinze ans, observe t-il, la situation économique des infirmiers libéraux s'est donc nettement dégradée puisque les honoraires moyens comme les bénéfiques moyens en 2000 demeurent inférieurs à ceux de 1985 en euros constants ».

« C'était un moment où la sécu a fait vraiment pression sur les médecins pour qu'ils diminuent le nombre de prescriptions en soins infirmiers. C'est en 87, quelque chose comme ça ».

Rolande

« En hôpital, je gagnais entre 8 000 et 9 000 francs et puis en libéral, j'ai commencé bon... C'est vrai, la 1^{ère} année, j'ai travaillé pas mal parce que ma collègue s'était retrouvée toute seule, donc elle m'avait fait faire pas mal de jours, mais, je ne sais pas, c'était 17 000, 20 000 par mois. Ensuite ils nous ont sucré cette fameuse majoration de nuit sur les insulines. Alors là, ça a été vraiment le pouf ! J'ai trouvé là vraiment que c'était le départ de tout. En plus, à l'époque, on avait pas mal d'insuline, on en avait peut-être 4 ou 5, donc majoration de nuit en moins tous les jours, ça a fait un sacré trou ! ».

Anne

Critiques (et auto-critiques) du mode de rémunération

Nombre d'infirmières et d'infirmiers ne cachent pas les possibles abus et le contrôle tout relatif des CPAM vis-à-vis de quelques moutons noirs qui donnent de la profession une bien funeste image. Certains dénoncent à la fois des confrères ou des consœurs qui ne jouent pas le jeu, qui surcotent, mais dans le même temps légitiment en quelque sorte des pratiques, elles en conviennent, pourtant assez discutables. Elles-mêmes peuvent à un moment ou à un autre succomber à la course au gain et, concomitamment, se dire que c'est là une bien mauvaise pente...

« Donc, là, à T., où j'habite, dès qu'il y avait une douche, c'était compté 2 AIS 3. Et dans les cabinets de M. ce n'était jamais compté 2 AIS 3, c'était 1 AIS 3. Ça passait au niveau de la Sécu. C'était selon la prise de risque de chacun. (...) Tous ces AIS, on met tout et n'importe quoi, c'est faux. (...) Mais ça s'attrape rapidement. J'ai le souvenir, là, et je me suis dit : "là, ça commence à être grave ! Il y a un patient, un jour, qui a dû me demander : "vous voulez bien prendre ma tension ?" Et c'était un patient pour qui on allait faire un pansement. C'est vrai qu'on n'était pas forcément bien rémunéré, par rapport à ce pansement, qui prenait du temps. Ce jour-là j'ai dit "non, j'ai oublié mon appareil". Je me suis dit "là ça ne va plus". On finit par se dire, "attendez, là, on n'est pas payé pour ça !" C'est un engrenage, oui, j'en ai pris conscience. Jamais je me serais permise de refuser quelque chose comme ça avant. (...) Je me suis dit "ça ne va pas non ! Mentir ! Dire que tu n'avais pas ton appareil à tension, tout ça parce que tu ne voulais pas passer 5 minutes de plus". Je me suis dit "ça ne va pas, je déconne, tu vas devenir pareille que les autres. Tu vas travailler pour les actes pour lesquels tu vas être rémunérée, magnifique !" ».

Catherine

Pour autant nombre d'entre elles (et « d'entre eux » aussi, très largement) disent bien comprendre tout ce qui a pour finalité d'assurer un revenu décent, quitte à réaliser des AIS, pas tant parce que c'est là une des vocations du métier, mais plus prosaïquement parce que ce n'est qu'ainsi que ces professionnelles peuvent compenser leur manque à gagner, du fait de calculs défavorables aux AMI ou d'un mode de rémunération qui, comme semble le suggérer Pierre, devrait être largement revu..

« Les AIS, ça représente 60 à 70 % de mon chiffre d'affaire. Il faut vivre aussi ! ».

Véronique

« Je n'ai jamais fait tellement de toilettes, moi. Les dix premières années, je n'en ai pas fait, après il y a eu une chute de mon travail, donc j'ai pris les toilettes pour compenser. Il faut payer les charges et tout ça, il faut assumer le quotidien ».

Lucie

« Beaucoup d'infirmiers libéraux se sont rabattus sur le soin d'hygiène, sinon on ne tiendrait pas, on est obligé de faire des soins d'hygiène ».

Georgette

« À partir du moment où on s'est servi de la nomenclature pour la maîtrise économique des volumes globaux, on a cassé le système, et je ne vous raconte pas quand il n'y a plus d'éthique. Parce que là, tout est permis, c'est la banque. (...) On a des professionnels tiroir caisse. Pour nous c'est insupportable. (...) Vous avez des professionnels qui se sont fait des c... en or, en faisant de la mauvaise toilette en 10 minutes, mal torchée, donc rémunérée au moins ½ heure dans le département, et dans d'autres, au moins 1 heure. On prend 2 AIS 3. Je pense que maintenant les départements vertueux ont fini d'être vertueux. Parce qu'à partir du moment où c'est la règle, dans certaines régions, que tout le monde s'en fout, que l'assurance maladie paye à tout va... On peut dire, y compris dans mon département, ce qui n'était pas vrai il y a 10 ans, une toilette quelle soit justifiée ou non, médicalisée ou non, c'est 2 AIS3. (...) Parce que les professionnels en ont eu marre d'être... Quand l'assurance maladie a besoin de négocier quelque chose, elle lâche d'un seul coup 50 % d'augmentation sur les diabètes, c'est ce qu'on a eu l'année dernière. Au lieu de filer 10 % tous les ans, ou 5 % pendant 10 ans, avec un respect de la nomenclature. Et là sur les AMI 4 ce n'est pas compliqué, ce qui va se passer, tous les pansements seront cotés en AMI 4, parce que, par le biais des différentes négociations, on en a rajouté de plus en plus des AMI 4. On arrive grosso modo, à faire rentrer tous les pansements médicalement justifiés. Quand vous pensez, il y a moins de 10 fils, la nomenclature dit : "Moins de 10 fils, c'est un AMI 2, plus de 10 fils c'est un AMI 4" Mais maintenant, ce qu'on a, vous n'avez qu'un fil, mais ils sortent tous plus de 10 fois de la peau. Donc une ablation de fil, c'est AMI 4, qu'il y en ait 2, 10 ou 40 ! Et la nomenclature finira par s'adapter à ça. Par bêtise, au lieu de jouer la transparence, la clarté... et un niveau de rémunération correcte, ça donne des effets pervers que personne ne maîtrise. Comment voulez-vous que l'assurance maladie contrôle s'il y a moins de 10 fils, donc autant mettre les ablations de fils en AMI 4. Ou de les mettre en AMI 3 avec une valeur qui suit le coût de la vie, parce que, j'ai envie de dire, que 4 c'est presque trop. Mais... ».

Pierre

335. La formation continue ou la nécessité de « rester à la pointe »

Dans le secteur sanitaire, les progrès et les innovations techniques sont nombreux et de plus en plus rapides. Aussi, pour bien des infirmières libérales rencontrées, il est primordial de se « tenir au courant », de se « renouveler », de « se mettre à niveau », ceci pour éviter de « prendre des habitudes » (sous-entendues mauvaises et dépassées bien entendu). Pour certaines professionnelles, il s'agit même là d'un point d'honneur : « rester à la pointe » est une véritable source de fierté lorsque l'on exerce dans les campagnes les plus reculées (là où justement on s'attendrait à relever la persistance de pratiques de soins appartenant à une autre époque...).

Ici, nous commencerons par présenter assez succinctement le cadre officiel dans lequel s'inscrit la formation continue des infirmières libérales. Puis, à partir des résultats de l'enquête par questionnaire ; nous nous attacherons à rendre compte du niveau d'engagement (ou à l'inverse de non-engagement) de ces professionnelles dans de telles démarches. Nous

serons également conduits à préciser les modalités de ces formations (types, durées, organismes sollicités) ainsi que leur contenu. Enfin, nous exposerons les apports tant sur le plan professionnel que personnel de celles-ci.

« Maintenant quand vous prenez une formation, FIF, formation agréée vous avez droit à un remboursement pour chaque cours. À l'époque vous n'aviez rien, vous déduisiez vos frais de cours de votre bénéfice ».

Odile
installée depuis 1979 en secteur libéral

Sur le plan réglementaire, le Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF-PL) gère le financement de la formation pour la presque totalité des professionnels libéraux. Ce fonds a été instauré en 1993, suite à la volonté du gouvernement de développer la formation pour les professionnels libéraux, sous couvert du versement d'une cotisation obligatoire à l'URSSAF chaque début d'année (à raison de 0,15 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale). Le FIF-PL est ainsi né de l'association de 48 syndicats représentant 79 professions. Quatre sections composent actuellement le Fonds : santé ; aménagement ; construction et cadre de vie ; juridique et technique. Pour ce qui concerne les infirmières libérales¹⁸², le Fonds finance toutes les actions de formations courtes ou longues, prioritairement collectives et ayant un lien direct avec la pratique professionnelle. Dans ce but, le FIF-PL arrête chaque année les critères de prise en charge des formations sélectionnées¹⁸³. À titre d'exemple, pour l'année 2006, la prise en charge forfaitaire pour les formations longues s'élève à 500 euros par professionnel et par an ; les formations courtes et individuelles le sont au coût réel plafonné à 250 € par formation et par professionnel pour deux jours de formation. Si certaines formations (notamment les formations courtes et collectives) peuvent ainsi bénéficier d'une prise en charge intégrale au titre du FIF-PL, celles qui dépassent les plafonds appellent une participation financière personnelle. Par exemple, le coût du diplôme Inter Universitaire en Soins palliatifs et accompagnement proposé par l'université de Bretagne Occidentale, à Brest, d'octobre 2002 à juin 2004 s'élevait à 1 800 euros (droits universitaires inclus). En dépit de ces aides, il est souvent bien compliqué pour les infirmières libérales de dégager du temps pour s'engager dans les actions de formation et de s'organiser afin d'assurer la continuité des soins auprès de la clientèle. Le principal frein tient ici, une fois encore, aux difficultés de remplacements¹⁸⁴.

Près de 60 % des infirmières interrogées dans le cadre de l'enquête par questionnaire indiquent avoir effectué des stages de formation complémentaire¹⁸⁵ depuis leur installation en libéral. En toute logique, la proportion de celles qui n'en ont pas suivi est plus élevée parmi les infirmières les plus récemment diplômées : 69 % des infirmières ayant obtenu leur DE

¹⁸² La formation continue des infirmières libérales n'a pas de caractère obligatoire.

¹⁸³ Il est à noter qu'aucun organisme de formation ne peut être agréé ou sélectionné par le FIF-PL : ceux-ci répondent à une procédure annuelle d'appels d'offres sur les thèmes proposés par le fonds. Pour plus de détail, cf. <http://www.fifpl.fr>

¹⁸⁴ Précisons que les infirmières hospitalières rencontrent les mêmes difficultés : « Il apparaît qu'aucun membre de l'équipe n'a suivi de formation longue à l'accompagnement des malades en fin de vie. Les demandes concernant ce type de formation sont systématiquement refusées puisque les agents ne sont plus remplacés lors de leurs absences (l'équipe ne pouvant y faire face) ». Danièle Le Boul, Marie-France Couilliot, Florence Douguet, *Mourir aux urgences...*, op. cit., p. 98.

¹⁸⁵ Le questionnaire n'opérait pas de distinction entre les stages de courte durée et les stages longs et diplômants. Les données issues de l'enquête par entretien apportent, nous le verrons, des données plus précises à ce sujet.

depuis moins de huit ans¹⁸⁶ n'ont pas encore eu l'occasion de participer à des formations continues. Celles qui se situent en début de carrière ne paraissent éprouver ni le besoin ni la nécessité de se former. Les pratiques acquises dans le cadre de la formation initiale à l'IFSI et au fil d'une première expérience hospitalière ne leur semblent pas encore obsolètes. En outre, on peut penser que le statut de remplaçant, fréquent en début de carrière, ainsi que l'amplitude des horaires constituent des obstacles à de telles participations :

Chercheur : « Est-ce que vous avez suivi des formations continues ? ».

Fabrice : « Moi, j'en n'ai pas fait parce que pour une question de temps, ça prend du temps, parce que les formations qui étaient proposées, bon je suis assez fraîchement diplômé encore donc j'en ai pas le besoin encore, et je vois les soins techniques qu'on a à domicile, ce sont des choses que je maîtrise parfaitement depuis l'hôpital ».

Chercheur : « Vous n'êtes pas en difficulté devant certaines demandes ? ».

Fabrice : « Après il y a les formations administratives par la sécu pour les dossiers de soin infirmier qui va se mettre en place. Ça encore je pourrais faire, ma collègue les fait elle est plus âgée, elle a plus de temps donc elle les fait, donc j'ai aussi un retour là-dessus aussi, mais j'envisage d'en faire ».

Bien que diplômées depuis bien plus longtemps, celles qui sont arrivées « *sur le tard* » dans le secteur libéral, en raison d'une longue expérience hospitalière antérieure, tiennent le même genre de propos. Les infirmières les plus anciennement diplômées sont également assez peu attirées par la formation continue : près de la moitié des infirmières ayant obtenu leur DE au début des années soixante déclare n'avoir suivi aucun stage depuis leur installation en libéral, mais toutefois ce sont les plus jeunes qui s'avèrent les moins intéressées. Les générations intermédiaires sont finalement celles qui sont les plus attirées par les formations complémentaires : un quart seulement des infirmières ayant obtenu leur DE au début des années 1970 n'a pas suivi de formation. Par ailleurs, on constate que les hommes sont un peu moins intéressés que les femmes par de tels stages (44 % n'en ont pas suivi contre 38 % chez les femmes). Leur accaparement à la tâche et leur impression de maîtrise technique pourraient expliquer ces écarts.

Les résultats de l'enquête par questionnaire nous apportent également des premiers éclairages sur le contenu des formations suivies par les unes et les autres¹⁸⁷. Les formations ayant trait à la chimiothérapie et à la cancérologie arrivent largement en tête avec 41 % des citations. Comme nous l'avons déjà souligné, les infirmières libérales ont été fortement incitées à se former dans ces domaines pour accompagner le développement de l'hospitalisation à domicile. Or, de tels investissements dans la formation n'ont pas été – ou très peu – réinvestis et valorisés dans le cadre de l'exercice quotidien :

¹⁸⁶ Pour mémoire, rappelons que le questionnaire a été diffusé en 1999 et 2000. Les infirmières titulaires du DE depuis moins de huit ans sont donc celles qui ont été diplômées entre 1991 et 1993.

¹⁸⁷ Pour cette question, les enquêtées avaient la possibilité de cocher jusqu'à trois réponses, d'où un nombre de citations supérieur au nombre d'observations. Signalons toutefois que ce n'est que lors des entretiens que nous est apparu, chez certaines infirmières, un attrait particulier pour des formations aux médecines parallèles, tel un « *retour du refoulé*, comme le dit François Dubet, *qui affecte insensiblement la croyance dans la toute puissance de la médecine* ». Nos observations de terrain nous font dire qu'effectivement un certain nombre d'infirmières libérales sont attirées pour ces médecins parallèles, se forment voire ensuite divergent (ce qu'envisage de faire bientôt Colette). D'autres nous ont évoqué d'anciennes collègues désormais installées, comme sophrologue par exemple dans le cas d'Agnès. Voir François Dubet, *Le Déclin de l'institution*, op. cit. p. 215.

« J'ai fait la formation, parce qu'on nous disait qu'il y aurait beaucoup, mais on en n'a pas. Quelquefois, ça nous arrive d'enlever les chimio, d'enlever les pompes, mais sinon préparer une chimio à domicile ça m'est arrivé une fois. Mais la formation, on a oublié ! »

Christine

Les autres thèmes de formation cités concernent les soins palliatifs (10 %), le sida (7 %), le diabète et la dialyse (6 % chacun). Ceci est, en toute logique, assez conforme à la nature des soins dispensés et des pathologies prises en charge en secteur libéral (soins aux personnes en fin de vie et aux personnes atteintes d'affections de longue durée à l'instar du diabète insulino-dépendant et de l'insuffisance rénale chronique). Ensuite, les formations les plus marginales (1 à 2 % des citations) portent sur l'informatique, l'alcoologie et la toxicomanie et la psychiatrie. D'une manière générale, les infirmières libérales nous ont paru assez peu intéressées par les « psy », c'est-à-dire par les malades souffrant de troubles psychiatriques¹⁸⁸. Ceci peut, du moins en partie, expliquer le moindre attrait pour les formations axées sur ces thématiques.

Les entretiens nous apportent des éléments plus précis quant aux contenus et aux modalités de ces stages. Les stages dits « courts » suivis par les infirmières sollicitées sont en réalité d'une durée variable : de quelques heures (une soirée ou une demi-journée) à quelques journées complètes (3 ou 4 au maximum). Au cours de ces formations, les infirmières ont abordé divers sujets ou techniques de soins, par exemple :

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| - informatique | - sida |
| - qualité des soins | - DSI |
| - douleur | - suicide |
| - écoute | - chimiothérapie |
| - diabète | - neurologie |
| - perfusion sur chambre implantable | - dialyse péritonéale |

Les formations « longues » courent en général sur deux années et débouchent sur la délivrance d'un diplôme reconnu (alors que les formations ne donnent droit qu'à de simples « attestations de présence »). Les Diplômes universitaires (DU) ou inter universitaires (DIU) ayant un rapport direct avec l'activité de soins sont, de loin, les plus prisés par les infirmières libérales :

- DU Chimiothérapie, oncologie
- DU Soins palliatifs, accompagnement de fin de vie
- DU Douleur chronique...

Certaines professionnelles cumulent des formations qu'elles jugent complémentaires les unes des autres. Par exemple, il y a quelques années, Ankita a suivi une formation courte à « l'écoute » qui « lui a ouvert les yeux pour le DU ». Chemin faisant, elle a obtenu en 1998 un DU en soins palliatifs qu'elle a ensuite prolongé par un DU Douleur chronique en 2002.

¹⁸⁸ Cela étant à mettre en rapport avec leurs parcours professionnels antérieurs à l'installation en libéral (prépondérance des expériences au sein de services rapides) et leur goût prononcé pour la dimension technique du soin.

Les formations moins en prise directe avec la pratique infirmière ont été plus rarement évoquées (citons par exemple un Diplôme des hautes études en pratiques sociales – DHEPS).

Les structures et les dispositifs qui participent à la formation continue des infirmières libérales sont assez nombreux et divers :

- Le Conservatoire national des arts et métiers (CNAM).
- Les IFSI, la Croix-Rouge.
- Les hôpitaux, les cliniques : en particulier les services d'oncologie et de dialyse.
- Les syndicats : la FNI organise des formations annuelles techniques ou des demi-journées thématiques.
- Les associations professionnelles : Élisabeth a mis en place il y a une dizaine d'années une association départementale pour la formation continue des infirmières.
- Les laboratoires pharmaceutiques qui sous couvert d'opérations de promotion¹⁸⁹, invitent les infirmières à participer gratuitement à des séances de présentation et de démonstration de nouveaux produits et matériels : « *La société Orkine, c'est eux qui donnent les seringues électriques et c'est eux qui te forment* ». Clotilde.
- Les réseaux de soins (diabète, oncologie, soins palliatifs...) auxquels participent les infirmières : certains d'entre eux indemnisent les stagiaires (par exemple 62 euros pour une après-midi de formation assurée par un réseau d'oncologie).
- Les organismes de protection sociale.
- L'université...

Par ailleurs, il est intéressant de s'attarder sur la nature des motivations qui incitent les infirmières à s'engager dans ces dispositifs de formation et sur les apports qu'elles en retirent. En premier lieu, les infirmières cherchent à perfectionner leurs pratiques pour répondre aux besoins des patients. Sur ce point, certaines demandes de soins spécialisés (jugés, rappelons-le, les plus intéressants dans le cadre de la pratique libérale) peuvent être à l'origine d'une démarche de formation. Il s'agit de se former pour être au point techniquement et pour être en mesure de prendre en charge un patient, ce qui est doublement satisfaisant pour la soignante :

« Et on fait une formation aussi pour les dialyses. On a eu un cas, on a des demandeurs, un malade qui est venu nous voir : "Je crois Édith que je vais être dialysé, je ne veux pas rester là-bas je veux rentrer à la maison". Donc on a téléphoné au centre de dialyse en disant : "voilà, nous allons avoir un malade et on voudrait savoir comment ça fonctionne maintenant, ça a évolué..." Donc, ils nous ont acceptés toute une après-midi pour nous expliquer un peu. Ça c'est quand même des soins intéressants à faire ; c'est clair. Même pour les sites en chimio on en a pas mal, de plus en plus. Ça reste le travail intéressant du métier, parce qu'après, le reste... pas grand-chose ».

Édith

C'est aussi le confort et le bien-être du patient et par conséquent une certaine qualité des soins qui est visée :

« Si on ne connaît pas, on continue avec des compresses sèches qui font terriblement mal, alors qu'il y a des choses bien mieux et remboursées par la sécu ».

Ankita

¹⁸⁹ Ces derniers savent que pour inciter les médecins à prescrire leurs produits, il leur faut passer par les infirmières libérales qui sont leurs utilisatrices au quotidien (celles-ci n'hésitant pas à indiquer les « bons » matériels et produits aux médecins).

En second lieu, les stages (de longue durée surtout) invitent les infirmières à prendre du recul par rapport à leur exercice quotidien et à interroger leurs habitudes de travail. Au terme de leur formation, elles ont davantage confiance en elles, leurs pratiques prennent sens et se trouvent par-là même renforcées :

« Avant je me disais, oui, si je reste traîner chez les gens... oui, je me culpabilisais un petit peu, mais après avoir fait ce DU (soins palliatifs), je sais pourquoi je reste, je sais pourquoi je fais les choses ».

Françoise

En troisième lieu, la formation permet de mettre entre parenthèses durant quelques heures ou quelques jours, un exercice professionnel fortement marqué par la solitude. Participer à un stage constitue l'une des rares occasions de rencontrer d'autres « collègues ». C'est dans le cadre de cette sociabilité hors travail (« on parle de tout ») que peut aussi émerger un début de conscience professionnelle (« on découvre d'autres syndicats »).

Enfin, l'engagement dans la formation continue conduit aussi à mieux se positionner par rapport aux autres professionnels, notamment par rapport aux médecins avec lesquels on travaille régulièrement, mais également par rapport aux infirmières hospitalières et aux autres infirmières libérales. Comme nous l'avons signalé au sujet des soins dispensés aux malades douloureux et/ou mourants, les infirmières ont souvent le sentiment de n'être ni écoutées, ni même soutenues par les médecins (« ils se rabattent sur nous »). À cet égard, la formation peut contribuer à améliorer ces interactions de travail. Parce qu'elle a appris à évaluer le niveau de la douleur et à maîtriser les protocoles de prise en charge de celle-ci dans le cadre de deux formations spécialisées, Ankita se sent beaucoup plus à l'aise vis-à-vis des médecins. En quelque sorte, elle se reconnaît le droit et la légitimité à leur faire part d'informations voire de conseils pour orienter leurs prescriptions. De leur côté, les médecins prennent en considération ce qu'Ankita leur rapporte et lui laissent même une certaine marge d'autonomie dans un domaine où eux-mêmes ne sont pas forcément qualifiés. À travers cet exemple, on voit comment l'expérience de formation peut être mobilisée pour instaurer une relation partenariale avec la profession médicale. Mais quelquefois, nous l'avons déjà signalé, la logique de concurrence peut prendre le pas sur celle du partenariat :

« On est au courant des dernières choses sorties plus vite que les médecins. Nous, on essaye des produits et on voit bien ce qui marche, donc à partir de là on peut dire au médecin tel produit marche bien ».

Ankita

Les infirmières libérales se saisissent aussi de la formation pour se positionner par rapport aux infirmières hospitalières. Nous y reviendrons dans la dernière partie de ce rapport ; les infirmières libérales cherchent en permanence à s'affirmer face à leurs homologues hospitalières. Sans cesse, on se compare à celles-ci sur le plan de la pratique, des compétences, des valeurs, des qualités et des défauts, etc. À cet égard, on ose affirmer que les infirmières libérales sont informées des nouveautés les plus récentes et formées aux techniques les plus innovantes bien avant les soignantes hospitalières¹⁹⁰. En ce sens,

¹⁹⁰ Ce décalage est attribué au fait que les libérales sont en contact direct avec les laboratoires pharmaceutiques, alors que les salariées n'ont aucune marge d'autonomie quant au choix des produits et matériels qu'elles utilisent.

l'investissement dans la formation continue permet aux infirmières libérales de montrer qu'elles sont aussi bonnes, si ce n'est meilleures soignantes que leurs consœurs hospitalières. De la même manière, on tente aussi de se démarquer des collègues des autres cabinets infirmiers. De ce point de vue, les formations peuvent être l'occasion de confronter et de mettre en concurrence ces pratiques collectives. Ce processus participe à la reconnaissance des compétences communes et permet de donner aux autres l'image d'un « *bon cabinet* » :

« Ma collègue est allée à une réunion sur l'hémochromatose. Elle leur expliquait que nous on faisait des saignées, qu'on avait des sets pour faire les saignées et tout ça, et les autres sont rester là à la regarder, elles n'avaient jamais entendu parler de ça ».

Léa

Pour terminer, il faut rappeler que ces dispositifs formels de formation co-existent avec d'autres modes d'apprentissage plus informels. En effet, la plupart des enquêtées insistent pour dire que la formation en secteur libéral se fait principalement « *sur le tas* ». L'analyse du fonctionnement des collectifs de travail nous a donné à voir de nombreuses manières de partager les savoirs et les savoir-faire entre soignantes d'un même cabinet : on montre à la collègue qui ne sait pas faire, on lui explique, on évalue ses premiers gestes en l'accompagnant au chevet du malade, etc. Ces formes de compagnonnage s'avèrent tout aussi efficaces et s'imposent par la nécessité d'assurer la continuité des soins auprès des malades.

336. Les syndicats des infirmières libérales, entre alliances et tensions

« Moi, en tant que salariée, j'étais syndiquée et quand il y avait un problème avec le personnel, ils allaient défendre le personnel qui était en face, alors bon... mais là, infirmière libérale, c'est quand même différent, ce n'est plus un cadre institutionnel... ».

Denise

Plusieurs syndicats se disputent les suffrages des infirmières libérales. Ainsi, la concurrence peut être vive quand des élections se déroulent au sein de la CARPIMKO, dans la mesure où, à partir des résultats de cette consultation, est officiellement désigné le syndicat représentatif qui, à ce titre, siègera dans les différentes commissions nationales, notamment, face aux représentants des Caisses de sécurité sociale. Dans tous les cas, il s'agit bien des syndicats qui défendent les intérêts de la profession *stricto sensu* et non de branches particulières de syndicats de salariés (CGT, CFDT, etc.) à l'exception, semble-t-il, d'une section, assez discrète, de la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC). Le terme, sans doute, sera mis à distance par les intéressés, tant il apparaît assez connoté, mais nous sommes bien là dans une logique corporatiste, même si cela n'empêche pas des alliances avec d'autres syndicats professionnels (kinésithérapeutes libéraux, etc.) voire ponctuellement et localement avec des syndicats de salariés.

Sans nul doute que l'attention portée aux différents syndicats d'infirmières libérales mériterait une étude à part entière. Ici, il ne va s'agir que d'aborder quelques points, tels qui peuvent ressortir à la fois des entretiens, et accessoirement, de l'enquête par questionnaire. Décor dressé *a minima*, nous voudrions simplement relever bien des signes d'un certain désappointement, voire d'une certaine défiance, aujourd'hui, vis-à-vis de syndicats qui peinent à se remettre des divisions, sinon des oppositions très vives qui caractérisent leurs relations ces dernières années alors que l'attente des infirmières libérales est forte en matière de défense des intérêts de la profession, de conseils juridiques apportés, etc.

Quatre organisations, principalement, tentent chacune de fédérer les infirmières libérales. Il s'agit de la Fédération nationale des infirmiers (FNI), de la Confédération des syndicats nationaux d'infirmiers libéraux français, qui a pris pour nom Convergence infirmière, de l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux, (ONSIL) et du Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL). Jusqu'en 1996, la FNI représentait le syndicat majoritaire, et reconnu à ce titre comme interlocuteur privilégié par la CNAMTS. Ce syndicat, créé en 1949 sous le nom d'abord d'Association nationale des infirmiers, puis rebaptisé, durant les années 1950, du nom de Fédération nationale des infirmiers de France, est à la fois le plus ancien et, semble-t-il (nous ne disposons pas de chiffres précis) le syndicat qui a été, voire qui demeure sans doute le mieux implanté. Le SNIIL, l'ONSIL et le SPIL (Syndicat professionnel des infirmières libérales) ont été créés à peu près durant la même période (respectivement en 1973, 1970 et 1972). L'ONSIL, a été fondée par le syndicat de l'Ile de France de la FNI, exclu pour « motif d'indiscipline ». Très vite l'ONSIL va devenir une confédération de syndicats régionaux dont le SPIL fera partie jusqu'en 1995.

L'année 1992 représente une date charnière dans l'histoire toute récente des relations entre ces syndicats. En effet. La FNI et les représentants des Caisses de sécurité sociale (on n'oubliera jamais non plus cette « troisième main », déjà évoquée, de l'État...) signent un protocole d'accord portant notamment sur les seuils d'activités. Malgré un certain nombre de garanties données (commission paritaire d'appel, etc.), cette convention a indubitablement mis le feu aux poudres à un moment où déjà bien des nuages s'étaient accumulés depuis plusieurs années sur la profession (baisse des revenus, limitations diverses...). Nombre d'infirmières, y compris adhérentes à la FNI, n'ont pas compris ce qui a été perçu comme un encadrement antinomique d'une profession libérale à part entière et corrélativement cette possibilité laissée à chacun, à chacune de se développer et à s'étendre, quitte à travailler beaucoup et donc à multiplier les actes. L'organisation « Profil Infirmier » s'est créée à la suite de mouvements visant à contester cette régulation de l'activité via ces quotas, par le biais de plusieurs associations qui se sont réunies en Fédération des infirmiers libéraux (FIL). Aux élections de la CARPIMKO, en 1993, la FIL représentait 22 % des suffrages. En 1994, cette fédération s'est transformée en syndicat à part entière et a pris le nom de Profil Infirmier. Afin de gagner en audience et de faire poids à la FNI, l'ONSIL, le SNIIL et Profil infirmier se sont regroupés en vue des prochaines échéances électorales et, de fait, en 1998 et 1999, ce groupement de syndicats dénommé Convergence Infirmière (CI), auquel il faut ajouter le SPIL, recontacté pour l'occasion, est devenu la première force syndicale devant la FNI. À ce titre, CI lui a ravi la place dans les instances paritaires nationales.

Pour autant, cette place de leader n'a pas été facile à défendre tant les conflits internes étaient nombreux. En 2000, l'ONSIL « divorce » de Convergence Infirmière et en 2003, c'est au tour du SNIIL, qui met en doute ses capacités à inscrire son action dans le long terme. Les désaccords sont majeurs puisqu'ils touchent à des questions vives comme les retraites, la place de l'infirmière libérale dans l'organisation du système de soins, etc. En 2003, Convergence Infirmière ne représentait donc plus que deux syndicats : Profil Infirmier et le SPIL. Depuis peu, des tentatives de conciliation, par exemple entre L'ONSIL et la FNI, n'ont rien donné, même si quelques nouvelles alliances semblent se dessiner, contre Convergence infirmière, en particulier sur cette question délicate des retraites. Il est vrai qu'entre temps d'autres motifs de divergence sont apparus, telle que la mise en place du Plan de soins infirmiers (PSI), devenus ensuite Démarche de soins infirmiers (DSI). La FNI s'est montrée

favorable à la mise en place d'une procédure susceptible de circonscrire – et de reconnaître donc – un rôle propre aux infirmières libérales, à la suite de la prescription d'un médecin généraliste là où les autres syndicats ont vu un coin supplémentaire enfoncé contre le périmètre de la profession, *via* le risque de voir sortir de ce rôle tout ce qui se rapporte aux dits soins d'hygiène. Echaudée par un certain nombre de promesses ou d'attentes liées à des ouvertures vers des soins techniques pour lesquels beaucoup d'infirmières se sont formées mais n'ont pas vraiment eu ensuite l'occasion de valoriser leurs nouvelles connaissances (en matière de chimiothérapies à domicile en particulier), une part de ces professionnelles a craint sans nul doute de ne plus avoir la latitude suffisante pour réguler leurs activités par le biais des AIS. Fondées ou non, ces craintes ont encore ravivé les tensions au sein d'un paysage syndical déjà bien conflictuel.

À lire les éditoriaux des magazines syndicaux, à consulter les sites internet de chaque syndicat, on ne peut que constater combien leurs responsables n'ont pas de mots assez durs pour disqualifier leurs homologues. « *Haine ordinaire envers notre organisation et les idées qu'elle défend* », « *Les quatre trahisons de la FNI et du SNIIL pour augmenter les cotisations de retraite des infirmières et des infirmiers libéraux* », « *mensonges éhontés* », « *basses manoeuvres* », etc. sont le lot quotidien de ces échanges. Pourtant ces organisations doivent bel et bien cohabiter, au moins au niveau de la CARPIMKO, puisqu'aux dernières élections en date, en juin 2004, aucune majorité ne s'est imposée : sur les quelques 49 354 électeurs inscrits, jusqu'à jour de leur cotisation, 18 917 se sont exprimés (38,33 %). La FNI a remporté, de peu, les suffrages les plus nombreux (27,72 %), suivie par l'ONSIL (26,79 %) et par Convergence Infirmière (23,66 %), qui a donc nettement perdu sa première place. Ensuite viennent le SNIIL, qui a remporté 16,10 % des votes et le Syndicat français des infirmiers (SFIN) avec 5,75 %. Dans tous les cas, l'abstention a été plus forte qu'aux élections précédentes, les représentants (battus) de convergence Infirmière interprétant cela de la manière suivante, qui donne le ton : « *Ce camouflet qui touche tous les syndicats est le résultat de la campagne de haine et de désinformation menée par la FNI, le SNIIL et l'ONSIL contre Convergence Infirmière. Les mensonges éhontés, les attaques personnelles les plus basses et la diffamation ont remplacé les programmes électoraux et entraîné un dégoût d'une forte majorité de professionnels. Car, s'il est vrai que la participation à ce scrutin n'est jamais élevée, tout permettait de penser qu'il en irait différemment à cette occasion. Mais, dans l'impossibilité d'être certains de connaître la vérité à propos des calomnies diffusées, les infirmières et les infirmiers ont, en masse, préféré ne pas voter. Ainsi, Convergence Infirmière qui, depuis deux ans, leur a apporté tant d'avantages directs n'a pu bénéficier de la reconnaissance de son action* »¹⁹¹.

Que disent de tout cela les infirmières que nous avons sollicitées ? On peut d'abord effectuer quelques constats puis relever attentes, mais aussi déceptions bien souvent, à l'adresse de ces organisations. Nous avons sollicité les unes et les autres sur leur appartenance présente ou passée à tel ou tel syndicat professionnel. Le fait que notre questionnaire ait été diffusé en partie par l'organe de la FNI, sous la forme d'un encart dans sa revue « *Avenir et Santé* »¹⁹², aurait pu présenter un biais (même si nous avons pu systématiquement, pour chacune des questions, vérifier qu'il n'y avait pas d'écarts tangibles selon le mode de

¹⁹¹ Site internet du syndicat Convergence Infirmière : www.convergence-infirmiere.fr. Consultation en juin 2005.

¹⁹² 52 % des répondants au questionnaire diffusé par la revue *Avenir et Santé* sont ou ont été adhérents à la FNI, contre 38 % pour ceux des questionnaires diffusés par d'autres biais.

passation de ce questionnaire). De fait, il est apparu qu'une large part des infirmières qui se sont exprimées (et qui sont donc lectrices de cette revue syndicale) soit n'ont jamais appartenu à un syndicat, soit adhèrent à un autre syndicat.

Dans tous les cas, même s'il s'agit de professionnelles désormais non-affiliées, il apparaît assez nettement que la FNI a été, voire est encore, l'organisation qui compte le plus d'adhérentes. Celles-ci, toute prudence gardée puisque leur nombre, au total, est assez faible, apparaissent plus âgées que la moyenne. Ainsi par exemple 25 % des adhérentes ou anciennes adhérentes de la FNI sont nées entre 1947 et 1952, contre 14,8 % de celles des autres syndicats. À l'inverse, 9,7 % des premières sont nées entre 1965 et 1970, contre 20,5 % des seconds. Une autre différence apparaît assez nettement et *a priori* elle n'est guère étonnante : Les ex-adhérentes ou toujours affiliées à la FNI effectuent bien moins d'actes que les autres, y compris les non-syndiquées. Environ 66,4 % des adhérentes (ou ex) de la FNI ont réalisé, l'année précédente à notre enquête, moins de 16 000 actes, contre 48,9 % des adhérentes à d'autres syndicats. Dans la tranche égale ou supérieure à 18 000 actes, en toute logique, d'un côté il y a 16 % et de l'autre 26,1 %. Ces écarts sont encore plus nets en ce qui concerne la part d'AIS dans l'activité totale. Celles qui se sont reconnues ou qui se reconnaissent encore dans la FNI sont, pour 49,2 % d'entre elles, à réaliser moins de 45 % de leur activité en AIS, contre 24,1 % des adhérentes (ou ex) des autres syndicats. À l'autre bout, quand les premières ne sont que 5,7 % à dépasser les $\frac{3}{4}$ d'AIS, les secondes sont quelque 13,8 %. Les infirmières qui, selon notre enquête, adhèrent ou ont adhéré à l'ONSIL, au SNIIL ou à Profil Infirmier réalisent aussi bien plus d'AIS que les non-syndiqués. Il y a donc bien des différences, et on comprend mieux en quoi les responsables de la FNI pouvaient ne pas voir nécessairement d'un mauvais œil une limitation de l'activité via la détermination de seuils ou considéraient le fait que la défense des AIS comme partie intégrante de l'activité des infirmières libérales n'était pas centrale. Adhérentes d'aujourd'hui ou d'hier de la FNI ont bien des pratiques qui ne sont pas celles de la majorité des infirmières libérales et qui, dans tous les cas, paraissent bien différer de celles qui se reconnaissent dans d'autres syndicats.

Par ailleurs, tous syndicats confondus cette fois, on ne sera pas surpris de constater que les collaboratrices et les remplaçantes sont moins militantes à la cause ; l'écart chez les premières étant du simple au double entre celles qui s'ont jamais été syndiquées et les autres, du simple au triple quasiment en ce qui concerne les remplaçantes. Enfin, sans que l'écart toutefois n'excède 5 %, les hommes sont plus syndiqués que les femmes. Faut-il souligner qu'ils sont sureprésentés dans les différentes instances syndicales. À titre d'illustration simplement, puisque *a priori* cela est vrai quelque soit le syndicat, le Conseil d'administration 2004-2005 de l'ONSIL comprend sept hommes et sept femmes. Parité donc, mais pour une profession à 86 % féminine. Il en va de même de l'actuel collègue infirmier de la CARPIMKO, où sont représentés Convergence Infirmière, le SNIIL, la FNI et l'ONSIL. Là encore la parité est parfaite... mais en rien représentative de la part des femmes dans la profession...

Comment les infirmières avec lesquelles nous nous sommes entretenues perçoivent-elles ces syndicats ? Assurément les unes et les autres paraissent apprécier de recevoir les revues syndicales, quand bien même elles ne sont pas, et n'ont jamais été syndiquées. Parfois cela est considéré comme « *de la pub* », mais globalement, elles y trouvent bien des réponses à des questions qu'elles se posent, en matière de soins, mais aussi de conseils juridiques, etc.

« Je dirais qu'ils nous envoient tous les petits machins, donc pour ça ils sont bien, moi je lis quand même les informations, la FNI qui vous tient un discours et l'autre, un autre discours, et si ça ne marche pas c'est la faute de la FNI ».

Denise

« Alors là !! Moi personnellement, je ne me suis pas trop investie dans le libéral, je suis en collaboration et je suis un peu à distance. Si j'avais un autre statut, je pense que ça serait différent, mais c'est vrai qu'ici on ne parle pas tellement de trucs de syndicats. Quand on reçoit les différents prospectus, on discute, on est d'accord sur certains points avec des syndicats et sur d'autres points non, il y a toujours une raison quelque part, mais on n'est jamais vraiment d'accord ni avec l'un ni avec l'autre ».

Jacqueline

Quand adhésion il y a, cela paraît se faire beaucoup, compte tenu de la personnalité des représentants locaux qui s'engagent et savent fédérer les énergies. Par ailleurs, si parfois tel ou tel cabinet est identifié par l'appartenance syndicale unique de ses membres, nous avons, à de nombreuses reprises, croisé des infirmières dont les collègues du même cabinet étaient membres de syndicats différents, et cela n'a pas paru vraiment poser problème. Dans la majorité des cas cependant, l'affiliation ne paraît pas se doubler d'une forte militance. Parfois même l'adhésion a pour motif explicite le fait de bénéficier de divers avantages tel que le coût réduit d'inscription à un centre de gestion agréé (l'Association de gestion agréée des professionnels infirmiers – AGAPI – par exemple pour la FNI), la délivrance d'un caducée, etc.

« Par le biais de rencontres sur les soins palliatifs, c'est quelqu'un qui était affilié à la SNIL, quelqu'un qui est venu faire un exposé, une infirmière libérale de D., que je connaissais bien, et qui m'a dit qu'elle était à ce syndicat-là et elle m'a montrée des choses qui me paraissent plus cohérentes et c'est comme ça que... ».

Rolande

« Nous, si on n'adhère pas à une association agréée, il n'y a pas d'abattement. Alors que si on adhère à une association agréée, on a 20 % d'abattement sur nos revenus. Donc c'est pour ça que j'ai adhéré à l'AGAPI, et du coup au FNI, parce qu'on paye moins cher AGAPI si on est adhérent FNI. Voilà. Donc c'est tout, c'est uniquement pour ça, parce que quand je vois... Bon c'est vrai que la DSI, je ne suis pas tout à fait d'accord, je ne suis pas sûre que ce soit toujours justifié ».

Clotilde

« Je suis à la FNI. On va aux réunions. Bon, chacun raconte son bout de truc et puis c'est tout. Ce sont des réunions qui durent 2 heures, et c'est 2 fois par an. Mais bon... c'est tout. Parce qu'en fait, j'adhère à l'AGAPI aussi, Association de gestion agréée, qui permet d'avoir un abattement de 20 % sur nos revenus ».

Hélène

Faute de connaître combien d'infirmières adhèrent aujourd'hui à une organisation syndicale, on ne peut que constater que les vives oppositions sur la question des quotas, du PSI, du dossier des retraites présentement, paraissent avoir déconcerté plus d'une. Nous avons rencontré, de ce point de vue, beaucoup plus d'anciennes adhérentes que d'infirmières encore affiliées. Souvent les unes et les autres n'ont pas eu de mots assez durs pour fustiger les conflits entre syndicats.

« J'étais FNI. En fait je m'étais syndiquée pour le caducée et puis pour avoir des informations, mais maintenant tous les syndicats envoient aux infirmières, quand il y a des trucs importants, leur pub, j'appelle ça leur pub. Et non, je ne suis pas syndiquée parce que... ils se bouffent le nez entre eux... c'est pire qu'avant ! ».

Lucie

« J'étais syndiquée, mais quand je vois la guerre qu'ils se font entre eux, j'ai tout laissé tombé. J'étais FNI d'abord, après j'ai été à l'ONSIL et après j'ai tout annulé ».

Marguerite

« J'étais syndiquée, mais là je ne le suis plus, je n'arrive plus à me retrouver là-dedans ! J'étais à la FNI, mais ils sont tout le temps à se battre avec les autres, du coup j'ai arrêté, je ne sais pas lequel était le mieux des trois ou des quatre, donc du coup... ».

Françoise

« J'étais syndiquée au SNIL et j'ai été dégoûtée des syndicats, j'ai été dégoûtée. (...) Je me rends compte que chacun se tire la couverture... ».

Véronique

Enfin, même chez celles qui adhèrent à un syndicat, la prudence et la distance semblent prévaloir. Ici et là certaines sont reconnaissantes des conseils reçus (c'est le cas particulièrement des hommes qui, pour une part non négligeable d'entre eux, se sont dirigés vers des responsables syndicaux au moment où ils ont monté leur cabinet), mais laissent le plus souvent quelques militants monter au créneau.

« Ce n'est pas du tout une question d'être pour et contre, c'est tout simplement parce que je n'y pense pas. On reçoit des trucs, mais j'ai beaucoup de mal à y penser, mais ce n'est pas une volonté délibérée de ne pas être syndiqué, je ne suis pas très... Ce n'est pas que je me contente de ce que j'ai, mais aller se battre pour obtenir quelque chose, je ne suis pas très... je n'y pense pas, mais je n'ai rien contre ».

Aimé

« La FNI Oui. J'ai même été présidente du syndicat pendant 7 ans, en tant qu'administrateur seulement pour défendre la profession. Je n'ai pas envie qu'on dise tout et n'importe quoi sur la profession et qu'on fasse n'importe quoi, et là par contre, je suis très impliquée ».

Élisabeth

« Je me suis syndiqué pour avoir du poids pour défendre la profession. C'est toujours pareil, on ne sait pas trop ce qu'il va se passer actuellement, à quelle sauce on va être mangé. Le fait que les aides soignantes se forment pour exercer en libéral, nous, ça nous inquiète beaucoup parce que c'est notre travail, et le travail premier des infirmiers, le rôle propre infirmier, c'est le nursing. C'est vraiment notre premier rôle, tout ce qui est AIS, donc il y a péril un peu dans la demeure pour nous, donc c'est entre autre pour ça que j'ai adhéré ».

Fabrice

Quatrième partie

Les représentations du métier

Nous chercherons ici à rendre compte du contenu des représentations attachées au métier d'infirmière libérale en explorant, tour à tour, les qualités personnelles jugées nécessaires au bon exercice du métier, les stéréotypes associés à la profession (images sociales), les avantages et les inconvénients liés à cette pratique ainsi que la perception de l'avenir tant sur un plan collectif qu'individuel. Au fil de cette description, nous pourrions observer l'hétérogénéité de ces différentes catégories de représentations.

Un tel constat nous conduit à nous interroger sur l'unité de cette profession. Nous noterons à cet égard l'existence d'une grande diversité de normes, de valeurs et de conceptions professionnelles. En référence à la théorie interactionniste, cette hétérogénéité nous amène à penser que les infirmières libérales forment un groupe professionnel « segmenté ». « *Dans les conditions actuelles, écrivent Rue Bucher et Anselm Strauss, l'hypothèse de l'homogénéité relative à l'intérieur d'une profession n'est pas absolument utile : les identités, ainsi que les valeurs et les intérêts sont multiples, et ne se réduisent pas à une simple différenciation ou variation. Ils tendent à être structurés et partagés ; des coalitions se développent et prospèrent en s'opposant à d'autres. Nous utiliserons le terme "segment" pour désigner ces segments qui émergent à l'intérieur d'une profession* »¹⁹³. Au-delà d'un discours un peu convenu, voire stéréotypé, pour définir la profession (soigner les personnes malades), chaque segment qui la compose insiste sur ce qui lui paraît central dans son activité. En ce sens, les stratégies d'affiliation et de désaffiliation à l'égard de ces différents segments peuvent être analysées comme autant de formes de reconstruction de l'identité professionnelle.

41. Les qualités requises pour l'exercice du métier : le paradoxe du relationnel

Interrogées sur les qualités, qui à leurs yeux, sont requises pour exercer le métier d'infirmière libérale¹⁹⁴, les enquêtées mettent largement l'accent sur les compétences relationnelles : au premier rang viennent en effet la disponibilité, puis le sens du contact humain et la patience. Des qualités somme toute typiquement « féminines ». Les aptitudes techniques et organisationnelles ne viennent que loin derrière : technicité, compétence, rigueur, organisation, autonomie, etc.

En outre, les résultats font apparaître un écart moindre entre les opinions émises par les hommes et par les femmes. On pourrait croire que les hommes auraient toutefois un peu plus tendance à évoquer une technicité qui ne parviendrait pas à s'accomplir comme ils le souhaiteraient. De fait, c'est plutôt l'inverse qui apparaît. Faut-il y voir une contradiction avec la technicité de la pratique ailleurs maintes fois revendiquée ? Faut-il aussi pointer une rupture difficile avec des représentations sociales persistantes ? On a relevé précédemment qu'ils semblent mieux s'accommoder d'une activité où les AIS prennent le pas sur les AMI. Faut-il

¹⁹³ Rue Bucher, Anselm Strauss, « La dynamique des professions », *La Trame de la négociation, op. cit.*, p. 68.

¹⁹⁴ La question posée était la suivante : « *Quelles sont, selon vous, les deux principales qualités requises pour exercer en libéral ?* ».

y voir un lien ? On peut en effet penser que les qualités avancées contribuent à légitimer ces pratiques plutôt dévalorisées en milieu hospitalier. Les soins d'hygiène étant alors présentés comme un moyen d'instaurer la relation au patient.

Les qualités requises pour exercer le métier d'infirmière libérale selon le sexe¹⁹⁵ (en %)

	Homme	Femme	Total
Disponibilité	59,6	51,8	52,8
Patience	16,2	22,6	21,6
Contact, qualité relationnelle	14,7	17,7	17,2
Compétence	14,0	11,1	11,5
Écoute	11,0	10,1	10,3
Organisation, autonomie	2,9	11,0	9,9
Gentillesse, amabilité	5,9	7,2	7,1
Santé	5,1	7,1	6,8
Endurance	5,1	5,3	5,3
Adaptation	4,4	4,9	4,9
Rigueur	4,4	4,8	4,7
Technicité	5,1	4,4	4,5
Dynamisme	2,9	3,8	3,7
Efficacité	4,4	3,5	3,6
Respect	2,9	2,4	2,5
Compassion	2,2	1,9	1,9
Humanisme	2,9	1,7	1,9
Polyvalence	2,2	1,7	1,8
Bienveillance	0,7	1,4	1,3
Délicatesse	0,0	1,3	1,2
Rapidité	0,0	0,7	0,6
Non réponse	2,9	3,1	3,2

Le fait est que toutes ces qualités relationnelles plus ou moins immanentes sont largement reprises par les infirmiers dans leurs réponses à notre questionnaire. La disponibilité est même plus souvent signalée par les hommes que par les femmes. Ce constat est fort surprenant quand l'on sait que dans le milieu hospitalier, les infirmiers qui choisissent de se spécialiser en cours de carrière optent plus souvent que les infirmières pour des spécialités techniques, comme l'anesthésie et la réanimation : 37 % des diplômés d'État dans cette spécialité sont des hommes contre 13 % pour l'ensemble de la profession¹⁹⁶. Le rapport entre le genre et la technicité des tâches tendrait quelque peu à se brouiller dans le cadre de la pratique libérale.

Précisons que les réponses retenues ne semblent pas avoir été induites de notre part puisque chacun avait le choix des termes. D'ailleurs, les occurrences lexicales repérées dans le corpus d'entretiens conduisent à formuler les mêmes remarques. Les qualités les plus fréquemment signalées au cours des entretiens s'inscrivent pareillement dans ce registre relationnel : *écoute, contact, attention, disponibilité, patience, être conciliant, avoir de la psychologie, être posé, être calme, compréhension, gentillesse, tolérance, humanité, sociabilité, être cool, avoir du cœur...* Ce type de discours se retrouve chez les infirmières comme chez les infirmiers :

¹⁹⁵ Le total excède 100% puisque deux réponses étaient possibles.

¹⁹⁶ Daniel Sicart, 2004, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2004, Drees, *Études statistiques*, n° 68, 2004.

« C'est vrai que quand on fait du libéral, il y a une question d'approche avec la personne soignée, mais il y a une question aussi de contact. Quand on veut faire du libéral, il y a une question qu'on doit se poser : est-ce qu'on est réellement fait pour aller chez les gens, discuter avec les gens, écouter les gens... pour être patient, et faire preuve d'un peu de perspicacité ? Si on l'a, je crois qu'on peut se lancer dans le libéral, si on ne l'a pas, je crois qu'il vaut mieux éviter. Parce que les personnes sont très demandeuses à domicile, elles veulent qu'on les écoute, discute avec elles, partage leurs soucis... »

Michel

« Pour être infirmier libéral ? Il faut tout simplement aimer les gens, aimer les gens, avoir le sens du contact et être très disponible, mais il faut d'abord aimer les gens, au sens large ce n'est pas aimer soigner les gens, c'est aimer les gens, parce que quand vous aimez les gens, et que vous aimez ce que vous faites, il y a une partie technique qui prend tout son sens, et une partie de vous-même qui traite tout ce qui est périphérique, tout le reste ! »

Aimé

Un second registre se dégage des entretiens, celui qui a trait aux qualités organisationnelles de l'infirmière libérale : *responsabilité, organisation, diplomatie, ponctualité, polyvalence, savoir faire avec les moyens du bord...* Les qualités techniques ne sont évoquées qu'en dernière instance et, d'une manière générale, l'importance qu'on leur accorde est secondaire au regard des qualités relationnelles. La maîtrise technique n'est qu'un simple pré-requis à l'exercice du métier. Hommes et femmes s'accordent encore sur cette idée :

« Il vaut mieux savoir piquer quand même ! »

Claire

Françoise Acker s'est attachée à relever les raisons de devenir et de rester infirmière¹⁹⁷. Il apparaît que choisir le métier d'infirmière obéit à de multiples raisons, dont émergent nettement la notion d'altruisme (service aux autres) et la dimension relationnelle du métier (contacts humains). Quant à rester infirmière, c'est avant tout par amour du métier et toujours et encore par sa dimension relationnelle. Au-delà de la persistance de cette conception, il semblerait aussi que les qualités relationnelles s'affirment au fil de l'avance en carrière. En effet, on sait que les infirmières les plus expérimentées peuvent abandonner les services techniques au profit des services plus relationnels. Celles-ci sont également nombreuses à signaler le renforcement de leurs compétences relationnelles et à exprimer l'amélioration continue de leurs relations aux malades : elles ont l'impression de mieux faire leur métier qu'à leurs débuts¹⁹⁸. Il faut rappeler que les infirmières libérales sont, dans leur grande majorité, des professionnelles chevronnées. De fait, on peut penser que l'importance accordée aux qualités relationnelles est, tout au moins en partie, liée au cumul de l'expérience soignante.

¹⁹⁷ Françoise Acker, « Être et rester infirmière », *Soins*, n°645, 2000, pp. 36-39.

¹⁹⁸ Florence Douguet, « Le vieillissement des personnels hospitaliers... », *op. cit.*

42. L'image sociale de la profession

Journée d'action des infirmières libérales (*L'Humanité* du 20 novembre 1998)
« *Les infirmières libérales se sentent méprisées. Elles perçoivent des revenus faibles, pour une activité quotidienne lourde. Une de leurs organisations syndicales, la Fédération nationale des infirmières, appelait hier à une journée d'action* ».

La question de la reconnaissance sociale des infirmières est fréquente et récurrente tout au long de l'histoire de la profession. De nombreux discours et écrits, qu'ils proviennent de l'intérieur même de la profession ou de l'extérieur (sociologues, historiens...), témoignent de cette « crise de la profession », de ce « malaise infirmier ». Ces réflexions laissent à penser qu'une telle approche est consensuelle. Or, sur ce point, Walter Hesbeen souligne que ces expressions « *témoignent d'une forme de confusion entre un corps professionnel et les individus qui le composent. Elles relèvent d'une généralisation qui occulte tant et tant de particularités* »¹⁹⁹. Dans la continuité de ces propos, nous chercherons à rendre compte ici des différentes images sociales de l'infirmière libérale. Ces représentations sociales sont en effet loin d'être homogènes et au final l'image de l'infirmière libérale demeure très composite. Nous nous attacherons à restituer les manières dont les infirmières libérales pensent être perçues par l'opinion publique, par leurs patients et leurs familles ainsi que par les autres membres de la profession (cet aspect de l'analyse renvoyant alors à la notion d'*identité attribuée*). En outre, nous insisterons sur le rapport qu'elles entretiennent à ces conceptions. Certaines de ces images sont acceptées et assimilées en tant que telles, tandis que d'autres sont massivement rejetées et que d'autres encore font l'objet de remaniement. Un tel processus participe plus largement à la construction de l'identité professionnelle des infirmières et plus précisément à la construction de l'image que celles-ci souhaitent mettre en avant (*identité pour autrui*). Nous nous risquerons, au fil des pages qui suivent, à présenter une typologie – non exhaustive – qui recense quatre grandes figures de l'infirmière libérale.

421. L'infirmière libérale entre *nonne* et *bonne à tout faire*

La première image évoquée par les professionnelles renvoie à la représentation historique de l'infirmière, qu'elle soit libérale ou salariée : celle de la bonne sœur. Il faut rappeler que nombre d'enquêtées, parmi les plus anciennes, ont pu côtoyer des religieuses au cours de leur formation ou lors de leurs premières expériences professionnelles. Quelques-unes ont même pris la suite de religieuses au moment de leur installation. Certains patients continueraient à véhiculer une telle image :

Chercheur : « *Vos patients habitués, comment ils vous perçoivent ?* ».

Fabrice : « *Comme des sauveurs !! Non j'exagère !! Mais comme un lien, c'est vraiment ce lien. (...) Oui, comme un lien comme des gens bons, on est foncièrement bons... ce qui est faux on est comme tout le monde !* ».

Fabrice

Cette première conception est massivement rejetée par les enquêtées : « *On n'est pas des nonnes* ». Les valeurs associées à cette conception sont également écartées : « *charité* », « *sacrifice* », « *bénévolat* », « *sacerdoce* », « *vocation* »...

¹⁹⁹ Walter Hesbeen, « Identité professionnelle et pratique soignante », *Soins*, n°645, 2000, p. 74.

« On peut avoir choisi le métier par hasard et être bon professionnel ».

Charles

Sur le plan de l'action collective, les médias – souvent par l'intermédiaire des organisations syndicales – se font l'écho de telles revendications :

Les infirmières libérales protestent contre la déréglementation de leur profession (*Le Monde* du 24 juin 2005)

« L'image de l'infirmière "bonne et dévouée", elles en ont "ras-le-bol". A force d'être considérées comme les "petites mains" du système de santé, les quelque 53 000 infirmières libérales ont le sentiment que leur exercice professionnel est menacé. Pour exprimer cette "colère", trois de leurs syndicats (la FNI, l'Onsil et le Sniil) organisaient, jeudi 23 juin à Paris, des états généraux de la profession réunissant quelque "500 porte-parole" issus des assemblées générales qui ont eu lieu ces dernières semaines dans les départements ».

De nombreux auteurs ont montré que les infirmières cherchent toujours à se défaire de cette image²⁰⁰, mais que paradoxalement celle-ci réapparaît sous des formes laïcisées : « La plupart des nouvelles générations d'infirmières rejettent la notion de "vocation". Pourtant si on écoute leurs discours "on retrouve des équivalents laïcisés de cette valeur" note Anne Vega. L'accent est alors mis sur le relationnel, le désir de soigner l'autre, le besoin de communication »²⁰¹. À cet égard, les qualités énoncées plus haut (*gentillesse, disponibilité, écoute, etc.*) font référence à cette conception. Ce faisant, l'infirmière « nonne » laisse place à l'infirmière « bonne »²⁰². Ici, l'accent est mis sur le « rôle social » de l'infirmière libérale, sur son « utilité sociale », sa « polyvalence »... autant de valeurs qui se concrétisent dans la réalisation des actes hors soins que nous nous sommes attachés à décrire par ailleurs. Ce portrait de la soignante dévouée est aussi largement relayé par les médias :

Le blues à fleur peau de l'infirmière (*La République de Seine-et-Marne*, 28 janvier 2002)

« "Nous avons un rôle social important à jouer". Là encore les souvenirs sont nombreux et poignants. "Il n'est pas rare que dans nos tournées, nous amenions le pain, le courrier et les nouvelles du dehors. Mais tout n'est pas toujours aussi rose. Il nous arrive de faire à manger et de faire manger des personnes qui, sans nous, ne s'alimenteraient pas. Il m'est arrivé d'éteindre un début d'incendie, d'alerter des enfants sur l'état de santé de leurs parents qu'ils ne voyaient plus, etc. L'isolement des personnes âgées est terrible. Et leurs conditions de vie sont très loin du confort moderne". »

Si certaines professionnelles se réfèrent à cet aspect pour définir leur identité professionnelle, d'autres y voient au contraire un élément de stigmatisation de la profession dont il faut absolument se défaire :

²⁰⁰ Voir à ce sujet la recension de la littérature de Fabienne Midy, *Les Infirmières : image d'une profession*, *op. cit.*

²⁰¹ Brigitte Postel-Ferry, Anne Vega, Isabelle Feroni, « Existe-t-il un profil type infirmier ? », *L'infirmière magazine*, n°142, 1999, p. 33.

²⁰² Voir Jacques Saliba, Brigitte Bon-Saliba, Brigitte Ouvry-Vial, *Les Infirmières. Ni nonnes, ni bonnes*, *op. cit.*

« La non-reconnaissance de la profession, quand je vois une interview sur le Télégramme d'un infirmier ou infirmière, où elle peut dire que justement on est là pour apporter le bol de café, qu'on fait les toilettes, il n'y a plus rien de la profession d'infirmière ».

Élisabeth

422. L'infirmière libérale, une soignante pressée en quête d'un enrichissement personnel

Plusieurs enquêtées ont le sentiment d'être perçues comme des professionnelles pressées qui enchaînent les actes, passant d'un patient à l'autre, sans prendre le temps de les écouter. Cette représentation est récusée dans la mesure où elle va à l'encontre des qualités que les soignantes cherchent justement à mettre en avant pour se définir (*écoute, contact, attention, psychologie,...*). Aussi, les infirmières s'efforcent-elles d'inverser ces préjugés en insistant sur le temps passé auprès des malades et sur les compétences relationnelles déployées auprès de ceux-ci. Pour renforcer ces traits, on peut aller jusqu'à signaler une sorte d'excès de qualités relationnelles, lesquelles finissent par être présentées comme des défauts pour mieux en souligner l'importance :

« Ils doivent se dire : "oui elle court toujours, elle n'a pas le temps, elle s'arrête jamais..." Je pense qu'ils le pensent, même s'ils ne le disent pas toujours ».

Anne

« Ce qui peut être dit, c'est : elle est toujours pressée, elle n'a jamais le temps. En fait c'est faux, ce qui peut être dit aussi, je ne peux pas dire des généralités, il y a des gens avec qui on s'entend très bien, qui savent qu'on est très disponible et avec eux ça marche très bien, et il y en a qui ne voit pas, ce sont des gens qui sont très fragiles. C'est très subjectif, souvent très fragiles très dépendants et là dessus il est important d'être clair, d'apporter le confort de savoir dire où ça s'arrête, de faire des ouvertures en sachant que les ouvertures ne seront prises en compte que si on est en face de gens qui ont envie de les prendre en compte. Il y a beaucoup de temps passé pédagogiquement, mais ça peut être très bien perçu ou très mal perçu ce temps passé. Moi je passe beaucoup de temps à ça, c'est pour ça que je passe beaucoup plus de temps que mes collègues, mais peut-être que j'embarrasse les gens à vouloir toujours leur dire qu'ils pourraient faire telle et telle chose, je ne dis pas que c'est une qualité... »

Irène

Cette conception de l'infirmière libérale est très souvent associée à l'idée de recherche de l'intérêt financier. Aux yeux des enquêtées, le métier d'infirmière libérale reste synonyme d'argent, de revenus élevés. Certains attributs peuvent être, à tort, interprétés comme autant de signes extérieurs de richesse, à l'instar de la voiture. Là encore, les infirmières rejettent cette représentation et tentent de l'inverser, soit par la justification (l'usage de voitures « confortables » est nécessaire pour l'exercice du métier), soit par une stratégie de retournement (ce sont toujours les autres professionnelles qui sont intéressées par l'argent...).

« J'avais une très mauvaise image financière du libéral, je trouvais vraiment que c'étaient des rapaces d'argent ! »

Véronique

« Elles nous connaissent en tant que on a de l'argent, des choses comme ça, et on est souvent en voiture, donc on a des voitures qui sont confortables en général, donc c'est vrai qu'on change souvent, c'est plein de choses comme ça ! »

Élisabeth

Chercheur : *« Alors comment est-ce que vous pensez être perçue par vos patients ? Quelle est l'image d'infirmière libérale ? »*

Françoise : *« Et bien je ne sais pas si je corresponds bien à une infirmière libérale !! »*

Chercheur : *« Pourquoi ? »*

Françoise : *« De ne pas penser à avoir beaucoup de clients, oui donc pour moi une infirmière libérale c'est pour moi quelqu'un qui cherche à... le fait que plus on travaille plus on gagne de l'argent, comme les charges sont quand même assez lourdes et assez importantes, donc pour garder le même niveau de vie il faut travailler encore plus »*

Chercheur : *« C'est un cercle vicieux ? »*

Françoise : *« Oui, donc si on n'accepte pas d'avoir moins et bien on peut très vite être entraîné dans ce cercle vicieux ».*

423. L'infirmière libérale, une piètre technicienne faiseuse de toilettes

Lorsqu'on interroge les infirmières libérales sur la manière dont elles pensent être perçues en comparaison aux infirmières hospitalières, leurs réponses convergent pour faire état d'une représentation quasi systématiquement défavorable. Cette mauvaise image tient pour partie à leur présumée faible maîtrise des soins techniques ainsi qu'aux nombreux soins de *nursing* qu'elles réalisent :

« Les infirmières libérales, elles ne font que des toilettes ! »

Une formatrice d'IFSI

« L'image de l'infirmière à l'hôpital et en libéral ? L'infirmière en libéral, c'est des toilettes et elle n'est pas au point techniquement. (...) Mais il y a cette image de marque un peu, il vaut mieux travailler en réa ou aux urgences, c'est beaucoup plus gratifiant, que de faire des toilettes ! »

Fabrice

« Mauvaise ! Bonne image auprès du public, encore une bonne sœur qui accepte de faire n'importe quoi, mais par contre, quand on nous demande un truc technique, un peu plus important, et bien on va aller voir ailleurs, on va aller à l'hôpital. Sauf les gens qui ont été, malheureusement, qui ont eu besoin, parce que quand on vous dit ah vous faites des sondages, vous faites ça, ah on m'a dit que vous, vous le faisiez ! Bah, oui on le fait, c'est notre métier, à condition de se former tout le temps, mais oui, il faut le faire, et il y a des gens qui n'ont plus aucun matériel, plus aucune seringue, qui n'en ont plus besoin et donc quelle image vous donnez de la profession, vous avez votre bac, vous avez fait trois ans d'études, vous ne faites jamais aucune formation. Attendez, moi je suis partante pour que les formations soient obligatoires. (...) Quand je leur demande (elle évoque des étudiants en soins infirmiers) comment vous me voyez ? De temps en temps c'est : "qui dit beaucoup de choses", sinon c'est "vous faites beaucoup de nursing !" Vous voyez, c'est l'image, vous gagnez de l'argent et vous faites du nursing, alors déjà ça, à 18-20 ans !! Si on n'arrive pas à faire évoluer cette image, qu'est-ce qu'on va avoir ? Ca fait bondir ».

Élisabeth

Plusieurs stratégies sont déployées pour tenter de renverser ce portrait peu avenant. Certaines estiment qu'il faut revaloriser les actes de *nursing*, soit financièrement, soit symboliquement (et l'on peut comprendre, de ce point de vue, l'accent mis sur la dimension relationnelle du soin). D'autres estiment, au contraire, qu'il faut se débarrasser de telles tâches en les confiant à des catégories professionnelles subalternes comme à l'hôpital, ceci afin de recentrer l'activité infirmière sur des soins techniques. Comme nous l'avons déjà signalé, l'investissement dans la formation continue permet aussi de réaffirmer la technicité de l'exercice libéral. Au besoin, on n'hésite pas à comparer les soins effectués en libéral avec ceux dispensés par des infirmières salariées pour souligner la qualité des premiers par rapport aux seconds :

« Elle (une jeune patiente) est maintenant en centre d'enfants handicapés, les pansements sont faits à la façon de salariés qui ont beaucoup d'enfants à faire derrière... Donc moi quand je la récupère le samedi, dimanche et le mercredi, les vacances scolaires, on a le double de travail parce que ce n'est pas fait dans les règles de l'art ».

Odile

« C'est vrai qu'on n'a pas beaucoup d'escarres parce qu'on fait quand même beaucoup de prévention. Alors, quand ils reviennent de l'hosto, c'est la cata. Je pense à une dame notamment qu'on a eu, qui était suivie par le service des aides-soignantes pour les soins d'hygiène et qu'on a eu. Enfin, c'était une dame hémiplegique, je ne sais plus pour quel problème elle avait été hospitalisée, elle est restée longtemps à l'hosto, elle est sortie avec un escarre du sacrum, je te jure un truc ! Alors, on a mis huit mois avant de venir à bout de son truc. Au début, on y allait même deux fois par jour, mais ça fait longtemps que je n'avais pas vu truc pareil. Mais c'est vrai qu'en règle générale quand ils en ont c'est qu'ils ont fait un séjour à l'hôpital ».

Claire

Au fil des entretiens, nous avons constaté que les infirmières libérales se comparent régulièrement à leurs consœurs hospitalières. De cette comparaison, elles retirent des éléments qui viennent alimenter la construction de leur propre image, celle qu'elles souhaitent montrer à autrui. Au final, cette image de la « libérale » ne semble plus rien avoir de commun avec celle de l'« hospitalière » : l'infirmière libérale est autonome et responsable, sa consœur hospitalière est au contraire dépendante de sa hiérarchie et n'engage pas sa responsabilité personnelle ; l'infirmière libérale assure la continuité des soins au quotidien et se soucie du devenir de « son » patient quand sa consœur ne s'en préoccupe guère et n'est qu'un simple maillon de la chaîne de production des soins²⁰³... À cet égard, il suffit d'inverser les défauts des hospitalières pour dégager les qualités des libérales...

424. Les infirmiers libéraux, des *petits médecins* ?

Chez les infirmiers libéraux, la construction de l'identité professionnelle repose sur un double processus. En premier lieu, les hommes s'efforcent – plus encore que les femmes – de mettre à distance la conception traditionnelle du métier. Ils rejettent tout particulièrement l'image d'un métier typiquement féminin empreint de dévouement et de vocation :

²⁰³ De leur côté, les infirmières hospitalières ont au contraire le sentiment d'engager de plus en plus leur responsabilité personnelle au travail et d'être de plus en plus autonomes dans leur activité. Par contre, ces évolutions sont ici perçues en termes de contraintes. Florence Douguet, « La carrière au fil de l'avance en âge des femmes soignantes du secteur hospitalier », *op. cit.*, pp. 75-78.

« C'est une différence culturelle, pourquoi les hommes ne sont pas à ces métiers-là ? C'est culturel !! Ce n'est pas un métier de femme dans le sens où on doit avoir les qualités d'une femme pour l'exercer, ça n'a rien à voir ».

Fabrice

En second lieu, les infirmiers tentent de se rapprocher de la profession médicale sur le plan des pratiques (sélection des AMI et abandon des AIS), sur le plan symbolique (multiplication des attributs associés à la profession médicale : cabinets infirmiers proches des cabinets médicaux, voitures permettant de montrer sa réussite sociale) ou encore sur le plan discursif. Par exemple, les infirmiers qui réalisent une part importante d'AIS se définiront volontiers comme « *infirmiers généralistes* » ou « *infirmiers en soins généraux* ». Ceux qui réalisent une part importante d'AMI (et en général, les carrières masculines vont dans le sens d'une spécialisation croissante au fil des années) s'auto qualifient « *infirmiers spécialistes* » :

« Infirmière en libéral, c'est comme infirmière généraliste ».

Fabrice (DE en 1997)

« (Au moment de son installation) J'avais un certificat de mon chef de service comme quoi je savais faire des cathéters, des chimio et tout ça, j'avais tous les certificats, j'étais confiant. (...) Je suis allé distribuer mes cartes de visite, je suis allé voir tous les médecins, toutes les pharmacies, toutes les infirmières libérales qui étaient déjà installées. (...) Tous m'ont bien reçu. Ah, vous êtes jeune, qu'est-ce que vous faites comme soins ? Je suis infirmier en soins généraux. (Aujourd'hui) On ne fait que des soins techniques, mais on ne va pas faire comme aux États-Unis, on ne va pas se spécialiser, mais si on pouvait avoir tout ce qui est chimio, dialyse péritonéale, tout ce qui des soins comme ça, ça nous plairait bien ! »

Aimé (DE en 1985)

Nous avons par ailleurs insisté sur la proximité entre infirmiers libéraux et médecins généralistes dont les relations sont marquées par la familiarité, la confiance ou encore l'amitié.

D'une manière plus générale, l'exercice libéral du métier infirmier ne paraît pas avoir le même sens, ni la même finalité, pour les hommes et pour les femmes. Pour les infirmiers, travailler en libéral est presque équivalent au fait d'exercer un autre métier. À leurs yeux, ils n'ont plus rien de commun avec leurs collègues employés par les établissements :

« On n'est pas dans le même bateau. Ce n'est pas pareil. Ce sont des salariés ».

Thierry

Cette distinction professionnelle et sociale repose sur un certain nombre d'éléments de comparaison, comme leur capacité annoncée à prendre en charge globalement le malade (sur le plan technique, mais aussi relationnel, social, etc.) et leur disponibilité quasi sans limite (24h/24h). De plus, exercer en libéral est synonyme d'autonomie, de liberté et de responsabilité. Pour les femmes, on peut relever une certaine continuité entre leur activité institutionnelle et leur activité indépendante. Autrement dit, elles ont le sentiment d'exercer toujours le même métier, mais différemment. Finalement, on peut formuler l'hypothèse selon laquelle le passage en libéral constitue pour les infirmiers une stratégie de

professionnalisation, un moyen d'abandonner une identité paraprofessionnelle²⁰⁴ au profit d'une identité supposée professionnelle, ou tout au moins d'un statut social plus prestigieux. Or, cette possibilité n'est pas envisageable dans l'univers hospitalier, dans la mesure où les soignants y demeurent soumis au contrôle de l'autorité médicale. Intégrer le champ du libéral peut alors donner l'illusion d'échapper à la domination de la profession médicale en se présentant soi-même comme un professionnel à part entière.

Il importe de souligner que les femmes réprouvent de telles stratégies identitaires masculines, y voyant une espèce de transposition de l'hôpital vers le libéral de la double domination masculine et médicale qu'elles-mêmes ont pu connaître et mal supporter :

« Mais c'est vrai aussi qu'il y a des infirmiers qui jouent au petit médecin ! Costard ! Et ils sont supérieurs ! »

Élisabeth

L'ensemble des réflexions portant à la fois sur les qualités nécessaires à l'exercice du métier et sur les représentations sociales qui y sont attachées nous conduit à retenir que l'image de l'infirmière libérale se construit, tantôt en référence, tantôt en opposition aux diverses figures typiques de la profession. Anne Vega montre qu'il émerge des pratiques et des discours infirmiers, trois conceptions de l'infirmière²⁰⁵. Le premier modèle – d'apparition la plus récente – se représente l'infirmière hospitalière comme une technicienne (celle-ci seconde le médecin et prodigue des soins curatifs, visibles et efficaces). On la retrouve dans les services dits actifs, spécialisés : en réanimation, chirurgie, bloc opératoire. La figure de l'infirmière « relationnelle » se retrouve quant à elle plutôt dans les petites unités de soins ou en médecine. Celle-ci valorise le côté humain, ainsi qu'un savoir intuitif, profane, pratique et oral (plutôt que théorique, médical et écrit). Enfin, l'infirmière en cornettes exerce son métier par vocation (religieuse). Nos analyses ont souligné que les infirmières libérales font aussi appel à ces trois figures pour agencer et organiser leurs propres représentations du métier. L'élaboration de l'image de l'infirmière libérale repose également sur un double processus d'identification et d'identisation²⁰⁶. Dans le processus d'identification, les infirmières cherchent à s'identifier aux autres membres de leur groupe professionnel, à savoir aux infirmières hospitalières (elles se disent tout aussi techniciennes que celles-ci par exemple). Le processus d'identisation les conduit à l'inverse à se distinguer de leurs paires hospitalières. Les infirmières libérales cherchent aussi à se définir par ou contre la profession médicale. Enfin, cette quête d'identité et de reconnaissance sociale passe aussi, nous l'avons vu, par l'énonciation de savoirs et de savoir-faire uniques, de compétences propres, de pratiques exclusives à ces professionnelles.

²⁰⁴ Eliot Freidson, *La Profession médicale*, op. cit., pp. 85-86.

²⁰⁵ Anne Vega, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », op. cit.

²⁰⁶ Ali Aït Abdelmalek, Jean-Louis Gérard, *Sciences humaines et soins*, Paris, InterEditions, 1995, p. 188.

43. L'évaluation de la situation actuelle

Nous avons cherché ici à connaître les représentations des unes et des autres en ce qui concerne les avantages et les inconvénients – exprimés comme tels – à exercer le métier infirmier en libéral. Sur le mode des conseils à dispenser aux impétrants²⁰⁷, nous les avons sollicitées en leur proposant des qualificatifs, mais en leur laissant aussi le choix d'autres termes ou expressions susceptibles de qualifier leurs perceptions actuelles de la profession.

Les réponses positives sont assurément moins nombreuses que celles connotées négativement. Déjà ici, la part de non-réponse est significative. Environ 58 % des infirmières ne se prononcent pas en ce qui concerne les items positifs. Tout ce qui a trait à l'indépendance, à la liberté laissée pour gérer son temps, etc. remporte très clairement le plus de suffrages. Les items portant sur la qualité de l'approche du patient, la meilleure disponibilité à son égard, etc. ne sont cités qu'en second rang.

Les plus jeunes dans le métier mettent encore plus en avant ce qui a trait à l'indépendance, à l'autonomie. Les plus âgées évoquent volontiers des valeurs renvoyant à une meilleure relation aux patients, à l'épanouissement personnel, etc. mais sont bien plus réservées en ce qui concerne cette indépendance qui a pu être moteur de leur choix du libéral mais dont elles semblent en quelque sorte être revenues, en partie du moins.

Conseils aux jeunes (raisons positives, en %)

Non réponse	57,8
Indépendance, Liberté de gérer son travail	16,1
Meilleure approche du patient	12,4
Autres raisons positives	10,2
Enrichissement personnel	6,2
Diversité du travail	5,2
Oui sans précision	3,5
Pas de chômage	1,5

Les représentations connotées négativement, nous l'avons signalé, sont majoritaires. La part de non-réponse est ici encore significative, quoiqu'un peu moins marquée que pour les représentations connotées positivement (46 % contre 58 %). Trois sous-populations ressortent assez nettement en fonction de la variable âge. Les plus jeunes paraissent demeurer souvent dans l'expectative. Elles s'abstiennent plus, formulent des critiques moins vives mais cependant laissent apparaître une vive inquiétude. Les plus critiques sont assurément celles qui sont en milieu de carrière. Poids des charges financières, limites imposées à leur activité, forte amplitude des horaires, difficulté à se faire remplacer... désappointements et désillusions semblent au rendez-vous pour nombre d'entre elles. Les plus avancées en âge mettent en avant ces mêmes limites, via le système des quotas par exemple, et, sans surprise, évoquent aussi très largement ce qui a trait à la pénibilité de la tâche, à la fatigue physique de plus en plus ressentie au fil des années. Cette même fatigue ressort nettement plus chez celles

²⁰⁷ La question posée était la suivante : « *Conseillerez-vous aux jeunes infirmières de s'installer en libéral ?* » Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (3 au maximum).

qui ont les horaires les plus lourds, et ce d'autant qu'elles signalent la difficulté de trouver des remplaçants.

Si l'on étudie maintenant la variation des réponses en fonction du nombre d'actes que réalisent les unes et les autres, ce sont clairement celles qui limitent (bon gré mal gré peut-être) leur activité qui évoque le plus la diminution de la part d'AMI, exprimant ainsi le sentiment de ne pas pouvoir mettre en œuvre leur compétence, leur technicité dès lors que les actes effectués se restreignent de plus en plus à des AIS. Notons que ce regret exprimé est plus affaire de femmes que d'hommes et que d'ailleurs, globalement, ces derniers sont moins critiques et paraissent par exemple mieux s'accommoder de la part grandissante d'AIS, ce qui peut surprendre *a priori*. Ils se plaignent moins de la difficulté de recruter des remplaçants, moins de la fatigue physique ou des fortes exigences des patients, etc. Par contre, tout ce qui renvoie à la limitation de leur activité (les quotas par exemple) est assez sévèrement critiqué (par 20 % d'entre eux contre 13 % des femmes).

Conseils aux jeunes (raisons négatives) selon le sexe (en %)

	Homme	Femme	Ensemble
Non réponse	48,5	44,8	45,4
Autres raisons négatives	14,7	19,6	19,0
Avenir incertain (quotas, ...)	19,9	13,1	13,9
Horaires trop lourds	7,4	8,4	8,3
Trop de charges	3,7	6,3	5,9
Difficulté pour périodes de repos	3,7	5,8	5,6
Travail pénible physiquement	2,2	3,9	3,7
Non sans précision	2,2	3,5	3,3
Pas assez de soins infirmiers	2,2	3,5	3,3
Exigence trop forte des patients	0,7	2,4	2,2
Insécurité permanente	3,7	1,7	2,1
Saturation du marché	3,7	1,4	1,7
Travail en équipe pas évident	0,0	0,6	0,5
Total	100,0	100,0	100,0

Deux infirmières quinquagénaires, Léa et Jacqueline (la première exerce en secteur rural et la seconde en secteur urbain) ont, au cours de l'entretien, formulé plus précisément leurs conseils aux plus jeunes. Leurs propos illustrent assez bien les représentations négatives décrites à partir des réponses obtenues par le questionnaire :

« Mais moi je me dis qu'à l'hôpital, elles ont les 35 heures, qu'elles sont bien payées. Je ne vois pourquoi elles chercheraient autre chose, c'est ce que je dirais à ma fille si elle avait été dans le métier. Elles ont quand même les week-ends. J'ai gardé des amies qui sont à l'hôpital, elles me disent comment ça marche, elles n'arrêtent pas de me parler de leur RTT, et de leur retraite, elles vont être à la retraite maintenant, elles sont à deux ans de la retraite, j'en ai une là qui est même un peu plus jeune que moi et ça y est elle est à la retraite ! ».

Léa

« Jusqu'à 14 ans, elle (sa fille aujourd'hui infirmière hospitalière) voulait faire comme moi, et ensuite non, mais elle a redoublé sa première et donc je lui citais des métiers, mais il n'y avait rien qui lui plaisait, mais elle ne voyait pas du tout où elle pouvait aller. Alors j'ai dit tu finiras par faire comme ta mère infirmière, oh bah oui qu'elle me dit, ça ne me déplairait pas finalement ! Alors j'ai dit tu : fonces alors, mais bon, elle a quand même été à la fac après son

bac, elle a fait une année de fac de sciences, enfin 6 mois, et puis elle a quitté la fac et elle s'est inscrite au concours. Je ne la vois pas trop en libéral pour le moment. Il ne faut pas faire du libéral quand on est trop jeune, parce qu'on a beaucoup de personnes âgées et elles n'aiment pas trop la rapidité. Avec l'âge on se calme dans son travail, on prend plus de temps et quand on est jeune il faut que ça aille vite, tous les gestes ça va vite, c'est différent, pour être à domicile : il faut avoir de la pratique hospitalière je pense, et il faut s'être un petit peu calmé, et puis tout ce qui est physique. Il faut avoir de la technique parce qu'on se retrouve quand même à domicile à avoir des trucs techniques à faire, mais il faut quand même prendre davantage son temps et il faut savoir s'organiser. À domicile, ce n'est pas comme à l'hôpital. On n'a pas tout le matériel, donc on fait avec les moyens du bord, mais c'est pas pour ça, on travaille aussi stérilement, sinon plus qu'à l'hôpital, c'est une façon différente de le faire, on a moins de souci d'infection à domicile qu'à l'hôpital ».

Jacqueline

44. La vision de l'avenir

Dans l'enquête par questionnaire comme dans l'enquête par entretien, nous avons invité les infirmières libérales à se projeter dans l'avenir et à nous faire part de leurs sentiments à ce sujet. Il importe de considérer séparément ici les opinions émises quant à l'avenir de la profession dans son ensemble et les opinions émises quant au devenir personnel.

441. L'avenir de la profession : entre catastrophe annoncée et vision souriante

L'avenir du métier d'infirmière libérale²⁰⁸ est envisagé avec pessimisme, voire avec beaucoup de pessimisme par 87 % des enquêtées. : 64 % évoquent un temps « couvert » ou « des perturbations en vue » et 23 % un temps « orageux » ou un « avis de grosse tempête ». Les plus optimistes demeurent minoritaires : « temps ensoleillé » (3 %) ou encore « peu nuageux » (7 %). Ces représentations de l'avenir, à l'instar de celles qui portent sur la situation présente, dépendent de quelques variables. Les infirmières déclarant une très forte activité (plus de 20 000 actes annuels) émettent les avis les plus contrastés quant au devenir de leur métier : celles-ci sont en effet surpresentées pour l'item « ensoleillé » mais aussi pour l'item « avis de grosse tempête » (21 % ont opté pour ce dernier avis contre 12 % de l'ensemble des enquêtées). Les hommes sont également un peu moins inquiets que leurs homologues féminines, ils sont en proportion un peu moins nombreux à émettre un avis très favorable et à l'inverse plus nombreux à émettre un avis très défavorable.

²⁰⁸ La question posée était la suivante : « Pour employer des termes de la météo, l'avenir de la profession d'infirmier libéral, il est plutôt placé sous le signe ? ».

Perception de l'avenir du métier infirmier selon le sexe (en %)

	Homme	Femme	Ensemble
Ensoleillé	1,5	3,6	3,3
Peu nuageux	8,1	6,9	7,0
Couvert	34,6	31,9	32,3
Perturbations	22,8	33,3	31,9
Orageux	14,7	10,2	11,0
Grosse tempête	14,0	11,8	12,1
Non réponse	4,4	2,2	2,6
Total	100,0	100,0	100,0

L'ancienneté dans le métier paraît également influencer ces perceptions. Les professionnelles qui se sont installées à la fin des années 1970 et durant la première moitié de la décennie 1980 sont plus pessimistes que la moyenne. À l'inverse, celles qui se sont installées récemment (il y a moins de 3 ou 4 ans) sont, quant à elles, un peu plus optimistes que la moyenne. Les premières ont connu « *l'âge d'or* » de la profession et ont ensuite été au cœur des changements ayant affecté l'activité. Or, ces évolutions sont quasi systématiquement perçues en termes de dégradation du métier (mise en place des seuils d'activité, stagnation voire diminution des revenus, développement des AIS, raréfaction des actes techniques, développement de la concurrence avec les autres services et les autres professionnels de l'intervention à domicile, etc.). Dans ces conditions, on peut comprendre que ces professionnelles envisagent l'avenir avec une certaine inquiétude. En revanche, les infirmières les plus récemment installées n'ont pas – ou très peu – connu ces transformations. Aussi, ce qui prédomine chez elles, ce sont toujours les premières impressions plutôt positives sur l'exercice libéral (nette progression de leur revenu comparé à l'exercice salarié, sentiment de relative liberté...). C'est sur la base de cette courte expérience, pour l'instant ressentie positivement, qu'elles envisagent sereinement l'avenir.

Les entretiens nous apportent un éclairage supplémentaire sur les raisons de cette sombre vision de l'avenir du métier. De nombreuses infirmières ont le sentiment que leur profession est laissée pour compte, dans un contexte de tentative de maîtrise de dépenses de santé. Quelquefois même, on pense que le métier fait office de bouc émissaire (les AIS seraient tout particulièrement visés). Les arguments mobilisés pour rendre compte de ces difficultés ne manquent pas. Depuis quelques années déjà, certaines ressentent le poids des mesures visant à restreindre voire à réduire le volume de leur activité : mise en place des seuils d'activité, restrictions en matière de prescriptions d'actes infirmiers, maintien d'actes non répertoriés dans la nomenclature (et par conséquent non rémunérés), etc. La profession est également menacée sur le plan financier, elle serait de moins en moins « *viable* » en raison de l'absence de revalorisation des actes, de l'augmentation des charges sociales ou encore du déremboursement à venir de certains soins « *jugés non nécessaires* ». Enfin, le danger est également attribué aux concurrences que connaît la profession : celles des aides ménagères qui « *coûtent moins cher que les infirmières* », des SSIAD qui s'accaparent les actes de *nursing*, des aides-soignantes qui pourraient bien remplacer les infirmières pour faire les toilettes (celle-ci se retrouvant alors à assurer essentiellement une fonction de coordination), des médecins qui réalisent des pansements ou des injections, des laboratoires qui effectuent

eux-mêmes les prélèvements, des familles que l'on incite de plus en plus à participer aux soins de leurs proches malades... Ces éléments font aussi que la profession n'attire plus les jeunes. De fait, les professionnelles qui prendront leur retraite ne seront plus remplacées et la pénurie infirmière ira en s'aggravant. L'ensemble de ce sombre tableau conduit à affirmer que « le métier est en voie de disparition » et qu'« ils vont faire disparaître la profession »²⁰⁹ :

« Je ne sais pas, vu qu'on est payé par la sécu en gros, donc si on est moins payé, parce que quelque part on est payé comme si on travaillait à l'hôpital, peut-être ça a un peu augmenté, j'avais fait le parallèle avec la copine avant l'augmentation, ça a changé, mais je ne crois pas que ce soit si bien payé que ça sauf quand on fait beaucoup de travail, mais s'ils diminuent les remboursements...Maintenant il faut aussi voir des choses qu'on fait en trop, des toilettes alors qu'il n'y a pas besoin, je ne sais pas si on peut arriver. Le coût des actes et je ne suis pas sûre que les gens puissent payer, les pansements si on en a tous les jours, ça revient cher ».

Françoise

« On a besoin de beaucoup d'infirmières libérales à domicile, on a plutôt l'impression que la sécurité sociale veut les éliminer toutes car ça coûte trop cher et les remplacer par des centres ».

Ankita

« Au niveau des caisses ils voudraient diminuer nos actes directs et augmenter nos actes par procuration, ils voudraient qu'on soit des gestionnaires des auxiliaires de vie, ça se sent, et là c'est un tournant qu'ont fait les instituts médicaux de ce qu'on veut, et moi je crois que c'est une grave erreur. Mais bon, on ne pas voir par procuration un corps quand on ne fait pas les toilettes, toutes ces choses-là, moi je n'y crois pas, et c'est un tournant, on veut nous remettre à faire que des évaluations en fait ! »

Irène

« Le métier d'infirmier libéral, je ne suis pas sûr que ce soit un métier d'avenir ! Parce qu'on est un peu... on a l'impression que l'infirmier n'a plus sa place ».

Fabrice

« Parce que, quand j'ai commencé, en 89, on était trente-cinq infirmiers à domicile et on n'est plus que quatorze aux dernières nouvelles. (...) Ils sont débordés. Débordés ! Et comme disait le docteur F., on n'est qu'à l'apéritif au niveau du médical et du paramédical. Parce que je ne sais pas les jeunes, ils n'ont plus la vocation, ils ne veulent pas entreprendre des études d'infirmiers ou d'infirmières, ni de kiné... ni de toubib, avec le numerus clausus, donc la France, je ne sais pas ce qu'elle va devenir au niveau santé.»

Alain

Néanmoins, certaines soignantes relativisent ces dangers pesant sur la profession, y compris parmi les plus alarmistes d'entre elles d'ailleurs :

« Je n'en sais rien, on m'a dit 36 fois que dans un an je ne serais plus infirmière libérale, parce que ça n'existerait plus et puis bon, ça fait 20 ans que je suis dans ce métier ; il a pris différentes formes, il a évolué certainement, même à mon insu ».

Rolande

²⁰⁹ Au passage, il faut noter que de telles inquiétudes ne sont pas nouvelles et qu'elles concernent l'ensemble de la profession. Par exemple, Yvonne Knibielher dans un ouvrage paru en 1984 note que les infirmières se demandent, depuis les milieu des années 1970, si elles vont disparaître. *Cornettes et blouses blanches, op. cit.*

« Ça fait 20 ans que je suis infirmière libérale et on a toujours prévu des catastrophes pour l'année d'après. (...) moi, je ne vis pas dans la crainte, ça c'est sûr ».

Irène

D'autres encore (plutôt moins nombreuses que les pessimistes) vont à l'encontre de ces représentations dominantes. Leur vision de l'avenir est nettement plus souriante. En effet, la profession devrait se maintenir et même se développer au cours des années à venir. Les autres professionnels ne menacent nullement les infirmières libérales, ceux-ci assurant des fonctions perçues comme complémentaires. En outre, le contexte est tel que « personne ne voudra faire ce qu'elles font ». Sous l'effet de la diminution de la durée moyenne des séjours (DMS) à l'hôpital, les soins ambulatoires et l'HAD sont amenés à se développer. Cette évolution justifie alors le recours croissant aux infirmières libérales. Le vieillissement démographique constitue aussi un contexte propice au développement des soins infirmiers à domicile. Au final, on souligne ici que la profession est « nécessaire », « indispensable » et qu'elle n'est donc pas prête de disparaître... :

« Non, je ne pense pas.... On ne pourra jamais nous remplacer... Il y aura toujours... ».

Anne

« Menacé ? Je ne pense pas, je ne vois pas ce qui pourrait bien le remplacer ».

Jacqueline

« Les infirmières, on en pleure à tous azimuts... ».

Odette

« Et je me souviens qu'on nous disait que notre avenir, c'était la personne âgée. Et, je me souviens, puisque je suis administrateur au syndicat FNI, les discours de nos représentants, je parle de ça il y a 4, 5 ans, c'était de dire : "votre avenir c'est la personne âgée !" Je me disais quand même... Et puis quand même, la demande elle est très, très forte ».

Francine

442. Le devenir personnel : rester dans le métier finalement...

En dépit d'un avenir sombre, les infirmières libérales envisagent dans l'ensemble leur maintien dans cette activité professionnelle (72 %). Comment interpréter ce constat pour le moins paradoxal ? D'une part, la météo n'est peut-être pas aussi mauvaise que celle qui est annoncée spontanément. On peut penser que les infirmières libérales se sont saisies du questionnaire pour exprimer leurs revendications, ceci se traduisant alors par une tendance à « noircir le tableau ». Les données issues du recueil d'entretiens nous ont permis de nuancer quelque peu ces constats (certaines soignantes minimisent cette première évaluation, voire émettent des opinions positives). D'autre part, cette vision pessimiste n'est pas pour autant synonyme de découragement. D'une manière générale, les enquêtées exercent leur activité avec un certain plaisir et qualifient leur métier d'« intéressant » ou encore de « passionnant ». Les contraintes inhérentes à la profession ne semblent donc pas entamer la satisfaction que ces professionnelles peuvent retirer de leur pratique. Les infirmières à forte activité sont, en proportion, encore plus nombreuses à ne pas souhaiter quitter le métier. Les hommes un peu plus que les femmes également (76 % contre 71 %). Les satisfactions financières liées au niveau élevé d'activité de ces deux catégories peuvent, en partie, expliquer ces légers écarts.

L'enquête par entretien corrobore ces premières tendances. Les infirmières libérales rencontrées nous ont le plus souvent fait part de leur souhait de se maintenir dans le métier en lien avec la satisfaction et le plaisir que celui-ci leur procure :

« Vu que je n'ai pas travaillé tout de suite, c'est pas évident, mais bon, je ne pense pas à la retraite, c'est trop loin, et on verra bien, tant que j'aime bien ce que je fais, je le fais ».

Françoise

« Non, j'aime ce que je fais assez passionnément. La retraite ? Je n'y pense même pas, j'ai 54 ans ! »

Rolande

« Pour l'instant, je ne me vois pas ne pas travailler, je peux faire autre chose mais... Je pourrais faire autre chose et en même temps, j'éprouve encore du plaisir à faire ce que je fais donc... »

Claire

Quelques-unes peuvent décrire leur fort engagement moral vis-à-vis des patients. Engagement qui en vient à constituer un frein à l'éventualité de l'abandon du métier :

« Je décevrais mes patients si je leur dis que je m'en vais ».

Claire

Les témoignages de lassitude au travail sont peu nombreux dans les propos recueillis. En outre, quand la lassitude est manifestée, elle n'est pas attribuée au métier lui-même, mais davantage aux difficultés personnelles qui peuvent survenir en fin de carrière (celles-ci n'étant pas exclusives aux seules infirmières). Léa, 56 ans, envisage péniblement ses dernières années d'activité :

Léa : *« En fait c'est maintenant que mes enfants travaillent tous, depuis que ma fille a son DE et qu'elle travaille en oncologie d'ailleurs à F. J'ai l'impression d'avoir passé le relais et je n'ai plus envie de travailler, en fait depuis l'été dernier, qu'est-ce que je fais là ? »*

Chercheur : *« Et qu'est-ce qui vous pèse le plus ? »*

Léa : *« C'est tout, c'est les horaires, mais non, et je vais avoir deux trois jours de repos et une fois dans le bain hop on est en vacances, et on reprend »*

Chercheur : *« Vous pensiez que si vous étiez restée à l'hôpital la lassitude aurait été plus forte ? »*

Léa : *« Je ne sais pas, je pense que cela aurait été la même chose, quelquefois je me dis oh je pourrais rester dans mon lit !!! Surtout après les vacances, c'est quand on est jeune que ça coûte ».*

Dans l'hypothèse – rappelons – le peu probable – où les soignantes mettraient fin à leur activité libérale²¹⁰, elles choisiraient de continuer à exercer leur métier dans un établissement pour personnes âgées (17 %), à l'hôpital (15 %), dans un service de médecine scolaire (15 %), dans un établissement ou un service à caractère social (14 %), en SSIAD (9,5 %) ou encore en centre de cure (7 %). Seules 4 % des enquêtées opéreraient de manière

²¹⁰ La question était la suivante « Si vous deviez mettre fin à votre pratique en libéral tout en continuant à être infirmière, vous iriez plutôt vers » ? Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

plus radicale pour un changement de métier, mais tout en demeurant dans le secteur de la santé.

Choix d'un autre secteur d'activité (en %)

Établissement pour personnes âgées	16,9
Hôpital	15,1
Médecine scolaire	15,1
Établissement ou service social	14,3
Centre de soins	9,5
Centre de cure	6,7
Clinique	5,7
Médecine travail	5,6
Autre métier médical	3,7
Autres métiers non médicaux	1,5
Aide humanitaire	0,7
Médecine en entreprise	0,3
Médecine spéciale urgence	0,3
Médecine ambulatoire	0,2
Métier artistique	0,2
Travail à l'étranger	0,1
Autres cas de figure	5,8
Non réponse	12,8

Les lieux d'exercice potentiels sont pour le moins variés, mais sont empreints d'une certaine logique. Le choix de travailler en établissement pour personnes âgées peut être mis en parallèle avec la pratique actuelle : les infirmières ayant l'expérience de soins dispensés auprès d'une population âgée vivant à domicile. Paradoxalement, l'hôpital est cité en deuxième position, alors que ce sont les contraintes spécifiques au travail hospitalier qui bien souvent ont pu conduire à l'exercice libéral. L'expérience du travail indépendant conduirait-elle finalement à relativiser le poids des contraintes hospitalières au regard de celles propres à l'exercice libéral ? Les autres secteurs cités peuvent également correspondre à des lieux déjà connus (certaines enquêtées exerçant en parallèle ou ayant déjà exercé dans ce type d'établissement ou de service). Dans l'ensemble, nous pouvons noter que ces choix participent d'une certaine continuité dans les parcours professionnels. Les véritables *tournants de carrière*²¹¹ ne sont que rarement envisagés (autres métiers non médicaux). Quelques soignantes ont effectivement pointé l'absence de « *passerelles* » vers d'autres métiers et ont regretté ne « *pas savoir comment évoluer* ».

Les données recueillies par entretiens nous conduisent à préciser un peu plus ces projets. Toutefois, il importe de souligner qu'il s'agit toujours de projets plutôt vagues et pour le moins hypothétiques dans la mesure où la plupart des enquêtées envisagent de poursuivre leur activité libérale jusqu'à leur passage en retraite. Nous pouvons dégager cinq grands types de projet d'avenir :

1. Rester dans le métier, mais l'exercer différemment : réduire son temps de travail, dispenser des actes plus techniques, se désengager des contraintes liées au statut

²¹¹ Everett C. Hughes. *Le Regard sociologique, op. cit.*, pp. 175-185.

d'associée (faire des remplacements), « *changer de cabinet pour changer de collègues* »...

2. S'engager dans la formation : en lien direct ou pas avec l'activité actuelle : chimiothérapie, Diplôme universitaire de technologie (DUT) Hygiène et sécurité....
3. Faire un autre métier, tout en restant infirmière : devenir infirmière conseil, infirmière coordonnatrice, infirmière formatrice, infirmière en centre de transfusion sanguine...
4. Faire son métier ailleurs : s'engager dans l'humanitaire, partir travailler en Afrique...
5. Faire tout à fait autre chose : voyager pour découvrir le monde, gérer des gîtes ruraux...

En revanche, contrairement à ce qui transparaît des réponses obtenues par le biais du questionnaire, les infirmières rencontrées sont peu attirées par l'hôpital, et ceci bien qu'elles relèvent un certain nombre d'avantages liés au statut de salarié de la fonction publique hospitalière : 35 heures, travail rare le week-end, salaire assuré, conditions de retraite plus favorables.... Par contre, il apparaît que certaines d'entre elles ont pu à un moment donné de leur carrière y songer, notamment dans les moments les plus difficiles (tensions avec les collègues du cabinet, diminution de l'activité, raréfaction des actes jugés les plus intéressants...). Mais avec du recul, elles estiment que « *ce n'est pas mieux à l'hôpital* »... Le retour à l'hôpital n'est alors envisagé que comme une simple solution de repli pour le futur :

« Quand on dit qu'on est infirmier on est assuré. C'est vrai que je suis assuré de travail, parce que c'est vrai que je pourrais toujours retravailler à l'hôpital ».

Fabrice

Cinquième partie

La vie à côté

51. Les effets du travail sur la santé

« Il était complètement usé, il a fait des tournées de dingue ».

Malika

à propos de son associé, décédé d'une crise cardiaque à l'âge de 61 ans.

La santé au travail des infirmières hospitalières a fait l'objet de nombreuses études. Les plus récentes, l'enquête PRESST (Promouvoir en Europe la santé et la satisfaction des soignants au travail) et l'enquête de la Drees centrée sur les conditions de travail des salariés des établissements sanitaires²¹² insistent tout particulièrement sur la nature des contraintes perçues par les professionnels. « *Le travail à l'hôpital* écrit Philippe Davezies²¹³ *est physiquement et psychiquement éprouvant* ». « *Lombalgies et manifestations de souffrance psychique sont en effet les deux principaux motifs d'usure du personnel à l'hôpital* ²¹⁴ ».

Qu'en est-il de ces questions de santé au travail dans le secteur libéral ? Ces infirmières rencontrent-elles les mêmes problèmes que leurs homologues salariées ? Sont-elles plus ou moins exposées à ces difficultés ? Nous ne prétendons pas proposer ici une analyse exhaustive de cette dimension, mais simplement apporter quelques repères sur une thématique jusqu'alors inexplorée. Nous commencerons alors par réfléchir au rapport des infirmières libérales à la santé et à la maladie. Nous montrerons que les conditions de travail de ces soignantes sont à l'origine de conceptions spécifiques des situations de santé et de maladie. Nous nous attacherons ensuite à repérer leurs problèmes de santé ainsi que leurs conséquences. Précisons, qu'il s'agit de rendre compte de leurs perceptions personnelles de ces problèmes et non de tenter de les évaluer objectivement. Enfin, nous dégagerons les stratégies adaptatives, tant individuelles que collectives, mises en œuvre par ces professionnelles afin de prévenir ou de pallier les problèmes de santé au travail qu'elles rencontrent.

511. La norme de la bonne santé et le déni de la maladie

« On ne peut pas être malade, parce que sinon on n'est pas payé ».

Françoise

²¹² Madeleine Estry-Béhar et col., *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, op. cit. et Romuald Le Lan, (en collaboration avec Dominique Baubeau), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », op. cit.

²¹³ Philippe Davezies, Marie-Françoise Forissier, Claude Volkmann, *Recherche sur le vieillissement du personnel hospitalier et la prévention de l'usure au travail - Synthèse*, Hospices Civils de Lyon, document non daté, p. 1.

²¹⁴ Philippe Davezies, « Vieillesse du personnel et travail à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n° 319, 1992, p. 615.

« *Quand on est malade, il faut être très, très malade pour s'arrêter parce qu'on ne va pas charger la collègue sachant qu'elle est déjà débordée* ».

Francine

« J'ai connu encore le calvaire, parce que ma collègue s'est mise en maladie ».

Anne-Marie

« Quand j'ai mal [*rhumatismes*], je sers les dents et j'avance, parce qu'on n'a pas le choix, quand on est en libéral, on n'a pas le choix ».

Clotilde

Nous y reviendrons dans la partie suivante, les grossesses des infirmières libérales ont parfois un caractère épique : maintien au travail jusqu'au dernier moment, accouchement après une ultime tournée, retour au travail quelques jours après la naissance... Rien d'étonnant à ce qu'il en soit de même pour ce qui concerne les situations de maladie. L'arrêt de travail est rare chez l'infirmière libérale et n'intervient qu'en dernière instance. Le manque à gagner sur le plan financier²¹⁵, la crainte de surcharger davantage les collègues du cabinet²¹⁶, les difficultés à trouver une remplaçante, l'engagement vis-à-vis des malades... constituent autant de raisons de ne pas cesser son activité. Ce sont donc en grande partie les modalités propres à l'exercice libéral qui expliquent de telles attitudes. Pour autant, les infirmières ont tendance à attribuer cette résistance supposée face à la maladie à certains traits de leur personnalité, et en particulier à leur force de caractère :

« *Mais lui, il n'est jamais malade non plus ! Parce que nous on sait parler à notre ordinateur et à notre corps. Il faut savoir parler à son corps. Les gens qui sont malades, vous savez, la plupart, c'est parce qu'ils veulent bien être malades ! L'hiver regardez, combien il y en a que ça arrange d'attraper la grippe, pour rester un peu chez eux. Mais quand vous dites "j'ai pas du tout envie d'avoir la grippe..." Moi je n'ai jamais eu la grippe de ma vie !* »

Josiane

Ces propos ne sont pas sans rappeler la conception *destructrice* de la maladie exposée dans une étude – désormais classique en sociologie de la santé – de Claudine Herzlich²¹⁷. Cette conception de la maladie se rencontre chez les personnes qui valorisent fortement leurs engagements et leurs rôles sociaux, notamment dans le champ professionnel. Chez elles, l'inactivité liée à la situation de maladie est synonyme de désocialisation, d'exclusion sociale, voire de mort sociale. Dans ces conditions, elles font des efforts pour maintenir le plus longtemps possible leur fonction sociale, elles endurent pour conserver un rôle social valorisé. Cette résistance constitue véritablement une source de fierté chez les infirmières interrogées. À l'inverse, celles-ci rejettent massivement la conception *libératrice* de la maladie. Dans la maladie libératrice, la personne envisage l'inactivité liée à ses problèmes de santé comme un

²¹⁵ L'indemnité journalière n'est versée qu'à compter du 91^{ème} jour de cessation du travail. Dans l'intervalle, elles demandent en général un pourcentage du chiffre d'affaires réalisé par l'infirmière remplaçante. Elles continuent également à régler les charges afférentes à leur exercice.

²¹⁶ De mêmes réticences sont observées chez les infirmières hospitalières, qui craignent le surcroît de travail que pourrait entraîner leur absence pour les autres membres de l'équipe. Voir Christian Chevandier, *Les Métiers de l'hôpital*, op. cit., p. 77.

²¹⁷ Claudine Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton-EHESS, 1969, pp. 140-156.

allègement des charges sociales qui pèsent sur elle. Libérée d'un rôle social qui étouffe son individualité, elle parvient à trouver un enrichissement dans la maladie.

Ce système de représentations permet de comprendre la fréquence du recours à l'automédication au sein de cette population, qui, de fait, est plutôt bien placée en la matière :

« Ah ouais ! Ben moi quand j'ai mes crises c'est pas terrible. Ça fatigue, on souffre énormément, mais bon, qu'on soit au boulot ou pas... Je veux dire que quand je suis en crise et que je suis à la maison c'est pareil ! On se prend un bon anti-inflammatoire avant de partir et puis voilà, après... Puis bon, on se dit, il ne faut pas que je force, il faut que je fasse comme ça, et quand on y est... Ben pft ! On fait, on ne pense pas, c'est quand on a fini ».

Anne

512. De l'épuisement physique et psychique à l'épuisement professionnel

Si l'on examine les problèmes signalés au fil des entretiens par les unes et les autres, on note que ceux-ci affectent à la fois la santé physique et la santé mentale. En premier lieu, les professionnelles font état de diverses atteintes musculo-squelettiques : dorsalgies, lombalgies, cervicalgies, rhumatismes, lumbago, sciatique, spondylarthrite ankylosante... Ces difficultés sont attribuées aux conditions de travail : volume horaire, rythme, efforts physiques liés à la manipulation des malades, distances parcourues, monter et descendre de la voiture, grimper les escaliers...

« Un matin, chez un patient, première fois que ça m'arrivait donc, je n'ai pas pu prévenir la chose, j'ai simplement pris la personne, je l'ai pivotée sur le bord du lit pour faire le transfert du lit au fauteuil et c'est là où je me suis bloqué, lumbago ! Pendant une semaine... j'ai continué mes soins tant bien que mal malgré la douleur. Oui, parce qu'il faut savoir que dans la profession, les arrêts de travail ils sont quand même très... peu nombreux. Je n'ai pas souvenir de m'être mis en arrêt de travail une seule fois depuis le début de mon activité, tant mieux ! J'ai pas de problème de santé, mais même les petits, petits problèmes, j'ai fait un peu de rugby. À l'époque, je prenais quelque chose, mais j'avais mon travail à faire, je savais que je ne pouvais compter que sur moi donc j'y allais ».

Michel

En milieu hospitalier, de tels troubles touchent plus souvent les aides soignantes : *« Leurs plaintes les plus fréquentes concernent le travail physique. Manutentionner des malades dépendants, faire des changes ou des toilettes à la chaîne (...) »*²¹⁸ Il n'a rien d'étonnant à ce que toutes ces difficultés se retrouvent chez les infirmières du secteur libéral dans la mesure où celles-ci réalisent de nombreux soins de *nursing*, qui, à l'hôpital sont dévolus aux aides soignantes. Or, ces tâches (toilettes, levers, habillages, etc.) qui concernent des patients très dépendants ou des patients lourds impliquent d'importants efforts physiques.

En revanche, les soignantes ont assez peu fait état des risques de contamination inhérents à leur activité. Sans doute y sont-elles moins exposées comparées à leurs consœurs hospitalières. Édith se souvient d'avoir remplacé à ses débuts une infirmière libérale atteinte d'une hépatite virale et Sylvie se rappelle :

²¹⁸ Marc Loriol et Olivier le Nezet, « Le travail de soins dans les hôpitaux locaux... », *op. cit.*

Sylvie : « *Oui, d'ailleurs j'ai eu une autre grossesse qui n'est pas arrivée à terme, que j'ai perdue à six mois... ».*

Chercheur : « *Pour des raisons que vous pensez liées... ? ».*

Sylvie : « *Non, c'est un problème... enfin, oui, et non, mais enfin bon ! ».*

Chercheur : « *Vous faites beaucoup de voiture et compagnie... ».*

Sylvie : « *Oui, non c'est pas la voiture, j'ai attrapé la listéria, donc peut-être chez quelqu'un... ».*

Chercheur : « *Ce n'est pas des maladies professionnelles ? ».*

Sylvie : « *Non, si je bois le café chez quelqu'un... non c'est alimentaire. J'ai très bien pu l'attraper à la maison. D'ailleurs quand j'ai perdu donc la petite, ma collègue était aussi enceinte. On était enceinte toutes les deux en même temps. Et quand j'ai eu ce problème, je me suis arrêtée, elle a dû travailler 15 jours toute seule. L'autre enfant, 15 jours avant je faisais encore des tournées, c'était dur, c'est lourd. Les escaliers, quelle horreur ! Là je me suis arrêtée deux mois ».*

Les infirmières libérales ont également exposé les difficultés psychiques en lien avec leur activité. Nous l'avons déjà signalé, certaines situations (maladies graves, fins de vie, morts) sont source de souffrance chez les soignantes :

« Ce n'est pas la même chose, une prise en charge pour une personne qui est chimio sous morphine, ou en surveillance de diabète ».

Élisabeth

De nombreuses infirmières nous ont fait part de leur incapacité à séparer la vie au travail de la vie hors travail. Bien souvent, la vie professionnelle contamine la vie personnelle :

« Je pense qu'on a l'esprit plus tranquille une fois quitté l'hôpital ».

Jacqueline

« Est-ce que j'ai bien fait ? ».

Élisabeth

« Mon mari, il me dit des fois "la nuit tu me caresses les cheveux et tu me dis "ne vous inquiétez pas ma petite mamie, je suis là" ».

Anne-Marie

En dehors de cet aspect, d'autres éléments concourent à la charge mentale des soignantes : les tensions avec les familles et les autres professionnels, l'incertitude quant au maintien du niveau de leur activité, l'insécurité économique, le stress lié aux déplacements (ne pas trouver sa route, être prise dans les embouteillages), etc. De fait, dans les entretiens, il est question de dépressions ou de déprimés :

Marguerite : « *Quand elle a accouché et je me suis retrouvée toute seule ».*

Chercheur : « *Et ça a duré cinq ans ? ».*

Marguerite : « *Oui ».*

Chercheur : « *Et au bout de cinq ans ? ».*

Marguerite : « *39 kilos, dépression, j'ai arrêté presque un an ».*

« Donc j'étais un peu sous anti-dépresseurs pendant un moment, puis j'ai été suivie un peu par un psy, je pense que je commençais une bonne dépression ».

Adèle

« Il y a des fois j'ai des coups de déprime quand même, ça arrive ! Et puis il suffit de deux, trois jours, d'un week-end, et puis c'est reparti, on est requinqué ».

Alain

« Non c'est trop fatiguant physiquement, il y a des gens qui sont lourds à manipuler et c'est lourd aussi psychologiquement aussi et c'est pour ça que quand je fais quinze jours je suis nase ! Pour moi c'est trop, il y a la route aussi ».

Françoise

Certaines enquêtées détaillent les conséquences de cet épuisement : les séparations conjugales, les « familles cassées », les « cessations d'activité du jour au lendemain », les conflits entre collègues d'un même cabinet, etc. Sur ce point, Irène retrace l'éclatement de son collectif de travail (retrait d'une associée et d'une collaboratrice du groupe) en raison d'une surcharge de travail et surtout de la nature même de ce travail :

« L'été où ça a craqué, on avait cinq personnes qu'on peut considérer en fin de vie ».

Pour mieux saisir ces difficultés, nous pouvons ici faire référence au *burn out*²¹⁹ ou syndrome d'épuisement professionnel. Pour Marie-Frédérique Bacqué²²⁰, la confrontation continue des soignants à la maladie grave et à la mort est à l'origine d'un stress chronique, dont la forme ultime et extrême débouche sur le syndrome d'épuisement professionnel. Ce syndrome se traduit par un état de fatigue physique et psychologique qui provoque des sentiments d'impuissance, de dépression et de perte d'espoir. Le *burn out* ne concerne pas la seule profession infirmière, mais l'ensemble des activités qui présentent la caractéristique d'être du travail *sur autrui*²²¹ (métiers de l'assistance relevant du secteur de l'éducation et de l'intervention sociale). Il s'agit de métiers pour lesquels on a longtemps parlé de vocation. Or, le contexte du travail sur autrui a fortement évolué au cours des dernières années. On relève aujourd'hui un décalage croissant entre les tâches assignées à ces travailleurs et les moyens dont ils disposent pour les accomplir. L'idéalisation de la fonction et les attentes démesurées contribuent alors à augmenter les conflits et l'ambiguïté du travail.

513. Les régulations collectives et individuelles pour tenir au travail

Dans le contexte qui vient d'être décrit, bon nombre d'infirmières libérales se demandent comment est-ce qu'elles vont « tenir » physiquement et mentalement jusqu'à la fin de leur carrière. Précisons en effet que les problèmes de santé exposés plus haut tendent à devenir plus fréquents au fil de l'avance en âge et en carrière. Or, sur un versant démographique, nous avons affaire ici à une population vieillissante. À l'instar des infirmières hospitalières, les infirmières libérales connaissent une élévation de leur âge moyen (44 ans).

²¹⁹ L'expression est inspirée de l'appellation anglo-saxonne *Burn Out Syndrom*. Au sens propre, *Burn Out* est un terme technique (électricité) qui signifie court-circuiter, qui au sens figuré renvoie à l'idée d'épuisement. Voir Marc Loriol, « La construction sociale de la fatigue au travail : L'exemple du burn out des infirmières hospitalières », *Travail et Emploi*, 2003, n° 94, pp. 65-74.

²²⁰ Marie-Frédérique Bacqué, *Deuil et santé*, Paris, Odile Jacob, 1997.

²²¹ François Dubet, *Le Déclin de l'institution*, op. cit.

De fait, les infirmières développent des stratégies leur permettant de prévenir ou de pallier ces problèmes de santé. De tels ajustements dépendent d'une prise en compte conjointe de la nature de leurs difficultés de santé (dorsalgies, fatigue...), de leur âge et des caractéristiques de leur travail. Au sein de l'institution hospitalière²²², la gestion de la santé au travail des personnels soignants repose sur la co-existence de trois types de régulations, à savoir les régulations organisationnelles, collectives et individuelles. Les premiers se situent sur le plan du changement formel et de l'activité prescrite par l'organisation officielle (par exemple, l'aménagement d'un poste de travail) ; les secondes se situent sur le plan du changement informel et de l'activité réelle des groupes de travail (des arrangements au sein des équipes) et les troisièmes se situent au niveau du travailleur et de son activité réelle. Dans le secteur libéral, les régulations organisationnelles sont absentes. En revanche, les régulations collectives et individuelles sont nombreuses et diversifiées.

Au sujet du fonctionnement du cabinet et du contenu de l'activité, nous avons déjà insisté sur toutes les formes d'entraide, de soutien, de « *coups de main* » entre collègues d'un même groupe : aide pour relever un malade tombé à terre, soutien au moment du décès d'un patient, coups de main pour les tâches administratives, assistance pour la réalisation d'actes délicats, arrangements pour les congés et les horaires, etc. Nous avons bien ici à faire à une variété infinie de régulations collectives qui concourent efficacement à la prévention de l'usure au travail. Par exemple, Ankita décrit très bien les formes de soutien qu'elle a instaurées à l'égard de son associée âgée de 59 ans, laquelle est contrainte de se maintenir au travail en raison d'une entrée tardive dans la carrière (celle-ci ayant épaulé son mari médecin durant quelques années). Elle remarque que sa collègue éprouve des difficultés à travailler à un rythme soutenu et qu'elle est assez sensible au stress. Celle-ci connaît aussi des troubles de sommeil, et d'un commun accord, il a été convenu qu'elle commence sa journée dès 6 heures 30, bien qu'Ankita, quant à elle, ne débute jamais son travail avant 7 heures. Ces adaptations portent également sur les temps de repos. Plus fatigable, sa collègue éprouve le besoin de prendre des congés suffisamment longs pour pouvoir récupérer. Ainsi, les deux associées s'organisent de manière à ce que la durée de leurs congés ne soit jamais inférieure à dix jours.

De temps en temps, ces solidarités professionnelles peuvent dépasser le cadre du cabinet infirmier auquel on appartient et impliquer d'autres cabinets. Une enquêtée explique que son cabinet assure de très nombreuses toilettes car l'une des deux infirmières exerçant dans le cabinet voisin a de graves problèmes dorsaux qui lui interdisent de manipuler les malades. Plus rarement, l'entraide inter cabinets peut s'exercer plus directement :

« Il y a une période, je crois que j'aurais pleuré tout le temps, il (un collègue d'un autre cabinet) est venu cette semaine là, deux ou trois après-midi pour que je puisse me reprendre un peu ».

Anne-Marie

Ces régulations collectives sont complétées par des régulations plus individuelles. La manipulation des malades au cours de la réalisation des soins du *nursing* constitue, nous l'avons signalé, une source importante d'épuisement physique. Cette contrainte peut être réduite de différentes façons. On peut suivre une formation continue afin d'apprendre les « *bons gestes* » ou bien encore développer certaines astuces : « *on fait avec une alèse, on y*

²²² Voir Olivier Gonon, « *Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français* », *op. cit.*

arrive ». D'autre part, quand cela est possible, on peut refuser les prises en charge jugées les plus lourdes et les plus risquées sur le plan de la santé physique. L'abandon de ces soins ne peut donc pas être interprété uniquement comme un moyen de structurer de manière plus intéressante – sur les plans technique et économique – le contenu de son activité. Il s'agit aussi d'une régulation individuelle qui participe au maintien de la santé au travail :

« On me demande de le prendre en charge, donc je fais l'évaluation parce que, physiquement, si je prends quelqu'un que je ne peux pas manipuler ou qu'au bout de trois jours, j'ai des problèmes de dos, là c'est une abomination. Et la route après, vous vous prenez toute la route... qui n'est bien sûr pas lisse et vous faites tous les machins. C'est le cauchemar, j'en ai pleuré ! Trois mois ! Et là vous avez vraiment la sensation que... Donc cette expérience-là, a fait que je fais attention qui je prends, pourquoi je le prends. Si j'estime que je ne peux pas assurer j'arrête, je mets au courant ».

Claudine

Le recours à certains matériels contribue aussi à réduire les risques d'usure physique (lève-malades, lits médicalisés, etc.). À cet égard, certaines infirmières exigent (le mot n'est pas trop fort) de disposer d'un tel matériel pour réaliser leurs soins, allant jusqu'à refuser ces derniers si ce n'est pas le cas. Or, l'introduction de ces dispositifs dans l'univers profane des patients n'est pas chose facile. Les malades ne sont pas de simples occupants de leur logement, surtout lorsqu'il s'agit de personnes très âgées. En effet, le logement est « *un repaire où elles se sentent protégées des agressions extérieures. Il est aussi, à plusieurs titres, un repère : repère identitaire, tout d'abord le domicile symbolisant la personne dans sa continuité, le lien entre ce qu'elle est et ce qu'elle a été ; un repère spatial, ensuite puisqu'il est un espace familial, intimement approprié, dont l'usage se trouve fortement ancré dans les habitudes corporelles ; un repère temporel, enfin, tant il est chargé de souvenirs* »²²³. Les malades et leur entourage peuvent donc être hostiles à l'idée de s'équiper d'un lit médicalisé dont l'image est associée à l'hôpital, à la maladie et à la grande dépendance (le frein n'étant pas vraiment d'ordre financier, le lit n'étant pas à la charge du patient) :

« Quand il y a des soins lourds, je demande systématiquement qu'il y ait des lits médicalisés ».

Malika

« D'abord, je vais vous dire, on refuse de faire un nursing à partir du moment où il n'y a pas de lit médicalisé, on leur dit : "oui, on vous prend en nursing, mais il nous faut un lit médicalisé." Parce que quand même on travaille dans de meilleures conditions ».

Anne-Marie

²²³ Vincent Caradec, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, op. cit., p. 79. Ces remarques concernent aussi les personnes les plus jeunes atteintes de maladies chroniques. Sur la médicalisation du domicile des insuffisants rénaux dialysés, voir Florence Douguet, « Pathologies chroniques et diversité des usages du logement » in Simone Pennec et Françoise Le Borgne-Uguen (dir.), *Technologies urbaines, vieillissements et handicaps*, Rennes, ENSP, 2005, pp. 69-78.

« Ben “démerdez-vous”, je ne me bousillerais pas le dos, je veux un lit médicalisé sinon, je ne m’en occupe pas ».

Josiane

L'épuisement professionnel peut également être prévenu par une mise à distance et un désengagement partiel de l'activité : arrêt du travail en solo, réduction du volume horaire (éventuellement associé à de nouvelles activités développées en dehors du cabinet : par exemple *« faire un peu de formation »*), changement de statut (devenir collaboratrice pour échapper aux contraintes du statut d'associé), etc. Ces stratégies défensives visent à se mettre à l'abri de l'impact physique émotionnel de l'activité. Léa a travaillé seule durant quinze années et regrette de ne pas s'être associée plus tôt. Aujourd'hui avec un certain recul, elle déconseillerait aux jeunes infirmières de s'installer seules. Dans ces conditions de travail favorables, elle envisage avec sérénité sa fin de sa carrière :

« J'ai toujours dit, dès que j'ai suffisamment de travail, je prends quelqu'un (...). Au bout de quinze ans, la ferme marchait bien (de son époux), mais j'avais quand même un bon petit chiffre, et puis j'ai dit à mon mari : “bon moi j'ai envie de travailler à mi-temps, je vais prendre une autre.” (...) Vu comment on travaille maintenant, qu'on peut prendre du repos, oui je me sens en forme pour continuer ».

Enfin, il est intéressant de signaler une dernière stratégie individuelle d'ordre cognitif. C'est celle qui consiste à se détourner de la source du stress par la distraction mentale. La contrainte associée aux déplacements en voiture peut être retournée pour être transformée en moyen de répit :

« On se ressource, on sort, on est chez les gens, on peut prendre l'air entre deux, et ici on a la mer et ce côté-là ça me ressource et à l'hôpital, on est quand même enfermé on est au travail du début jusqu'à la fin. Là on peut être chez quelqu'un qui est lourd et on va chez quelqu'un d'autre, c'est moins lourd on souffle ».

Françoise

Cependant, les adaptations s'avèrent quelquefois impossibles à mettre en œuvre (surtout lorsqu'on travaille en solitaire) ou inefficaces. Le retrait de la profession, le retour à l'hôpital (*« pour les horaires »*) sont alors les moyens ultimes (et le plus souvent non choisis) d'échapper aux contraintes de l'activité libérale.

Pour conclure, il faut retenir que, par rapport à leurs paires hospitalières, les infirmières libérales cumulent épuisement psychique et épuisement physique. Dans les établissements hospitaliers, l'usure physique est typique des aides soignantes, alors que l'usure psychique touche prioritairement les infirmières. En outre, si certaines causes de ces difficultés sont communes aux deux catégories (confrontation à la souffrance et à la mort), d'autres diffèrent. Par exemple, le poids de la hiérarchie constitue une source de pénibilité chez les soignantes hospitalières qui n'existe pas chez les libérales. En revanche, ces dernières connaissent d'autres contraintes (incertitude quant à leur niveau d'activité, rapports tendus avec les caisses d'assurance maladie). Enfin, les infirmières libérales disposent peut-être d'un peu plus de *marges de manœuvre* pour ajuster leurs conditions de travail comparées à leurs

consœurs hospitalières qui demeurent, quant à elles, plus soumises à l'organisation prescrite du travail²²⁴.

52. Les effets de l'activité sur la vie privée

« Je pense avoir beaucoup lésé mon entourage et moi-même avec ce boulot-là. Ça a occupé une partie vraiment trop importante de notre vie. (...) C'est un boulot qui est hyper-prenant. Quand on a fini, on n'a jamais fini. Moi, je ramène mes histoires à la maison, je ramène les malades à la maison. C'est un problème ».

Sophie

Une image préside souvent aux représentations de ce que peut être la vie des infirmières libérales : l'accaparement à la tâche, un rythme assez effréné, une vie privée qui se loge, plutôt mal que bien, dans les interstices d'une vie professionnelle trépidante. Sans nul doute les unes et les autres jonglent-elles avec le temps et sont-elles amenées, de fait, à s'organiser, à planifier l'ensemble de leurs obligations, et tout cela avec une dextérité qui peut parfois laisser pantois. Là encore se rappellent assurément bien des formes d'un héritage diffus de ce qu'elles ont souvent vécu, on l'a vu, au fil de leur enfance et de leur adolescence. Pour autant, une fois encore, à observer comment ces infirmières vivent le brouillage des temps professionnel et privé, comment elles concilient tout ce que requiert leur rôle de mère de famille par exemple, et les nécessités d'un travail à forte amplitude horaire, on s'aperçoit vite que les situations peuvent être très contrastées. Pour certaines, il n'est pas possible de faire autrement que d'être littéralement aspirées par un métier « qui veut ça » ; or d'autres, y compris quand elles travaillent seules, semblent parvenir à maîtriser bien mieux la situation. Même si cela se fait au prix de quelques acrobaties, elles s'avèrent en tous les cas capables de se préserver *a minima* un espace privé et donc de réguler leurs horaires de façon à être relativement disponibles pour leur famille, pour leurs amis, pour des loisirs, etc. Dans tous les cas, prendre la juste mesure des effets de l'activité professionnelle sur la vie privée appelle une attention à quitter les généralités, au risque sinon de redoubler toutes ces représentations du « vivre vite » qui assurément ne sont pas pure invention, loin de là, mais qui, cependant, ne doivent pas recouvrir une réalité finalement assez plurielle.

Afin de restituer cette diversité, ou plutôt d'en livrer un aperçu, puisqu'on n'en aurait jamais fini de déplier les multiples dimensions de la vie privée, nous allons simplement exposer quelques éléments portant d'abord sur cette question du rythme de travail. Nous avons déjà évoqué les horaires entrecoupés des tournées des infirmières libérales. À partir des informations puisées dans l'enquête par questionnaire, il est possible de se faire une première idée générale de ce temps que les unes et les autres consacrent à leur métier et, en creux, de celui dont elles disposent par ailleurs. Ensuite nous reviendrons sur leur (éventuelle) vie de couple. Nous avons déjà relevé la part conséquente de celles qui ont un conjoint et la prudence à avoir vis-à-vis de quelques clichés sur la vocation sans voile, etc. Il nous faudra aussi bien entendu reparler des infirmiers, mais ce qui nous intéressera le plus ici, ce sera la manière dont elles évoquent ce conjoint, ce compagnon, voire, pour les hommes, cette compagne à qui ils vont beaucoup demander... Nous relèverons également tout ce qui a trait à la vie de famille, aux enfants, qui ont bien dû s'adapter à la situation, enfants dont pour autant, bien souvent, les infirmières ont le sentiment de « *ne pas avoir assez profité* ». Enfin

²²⁴ François Daniellou, « Quand le travail rend malade », *Sciences Humaines*, n°48, 1995, pp. 16-19.

nous irons voir du côté de la vie associative, et plus largement des loisirs que ces infirmières tout de même s'accordent.

521. La délicate gestion des horaires

Les horaires de travail des infirmières varient sensiblement selon leur statut. Les collaboratrices et els remplaçantes parviennent, pour ne part non négligeable d'entre elles à effectuer des horaires inférieurs à 39 heures par semaine. Le fait de travailler seule entraîne souvent des horaires conséquents, près de 30 % d'entre elles effectuant même plus de 60 heures hebdomadaires.

Nombre d'heures de travail selon le statut (en %)

	Travail seul(e)	Associé	Collaboratrice	Remplaçante	Ensemble
Moins de 30 heures	4,2	5,6	10,0	18,0	6,3
Entre 30 et 39 heures	9,1	13,3	17,5	24,0	13,5
Entre 40 et 49 heures	25,5	39,6	56,3	38,0	38,5
Entre 50 et 59 heures	32,7	19,4	5,0	12,0	20,1
Entre 60 et 70 heures	17,6	15,8	8,8	4,0	14,9
Plus de 70 heures	10,9	6,3	2,5	4,0	6,6

Les infirmiers effectuent, on l'a relevé, tendanciellement, plus d'actes que les infirmières. Là encore, et en toute logique, cela se retrouve dans les heures de travail, et ce, de manière très marquée.

Nombres d'heures de travail selon le sexe (en %)

	Femmes	Hommes
Moins de 30 heures	6,8	3,0
Entre 30 et 39 heures	14,1	9,6
Entre 40 et 49 heures	39,8	31,9
Entre 50 et 59 heures	20,8	17,0
Entre 60 et 70 heures	13,1	25,2
Plus de 70 heures	5,5	13,3

Déclarent effectuer 50 heures et plus, 55,5 % des hommes et 39,4 % des femmes²²⁵. Dans tous les cas, on constate que les horaires sont amples, mais on pressent bien le lien hommes – horaires conséquents – nombre d'actes important – fort taux d'AIS. Il faut s'attendre ici à ce que les épouses assurent au foyer et se retirent partiellement, voire totalement, du marché de l'emploi pour seconder d'une manière ou d'une autre un conjoint

²²⁵ Les écarts sont ainsi conséquents entre infirmières libérales et infirmières hospitalières. En 2002 le temps de travail hebdomadaire moyen d'une infirmière hospitalière est de 36 heures en hôpital public et de 34 heures en hôpital privé à but lucratif ou non. Par ailleurs, entre 1983 et 1997, le temps partiel a plus que doublé (passant de 11 % à 24 %). Toutefois la faible proportion d'hommes à temps partiel n'a pas évolué, et reste inférieure à 5 %. Voir Annick Vilain et Xavier Niel, « Les infirmiers en activités : croissance des effectifs à un rythme moins élevé dans les vingt prochaines années », *Études et résultats*, n° 12, 1999.

accaparé par son métier. Par ailleurs on observe un « effet âge » certain, qui se lit aussi en termes de date de début dans l'exercice libéral. Les plus jeunes paraissent se garder d'horaires trop importants, mais on retrouve alors ce sur quoi le statut déjà renseigne, puisque ce sont bien ces infirmières qui ne se précipitent pas pour s'associer et préfèrent notamment, en tant que collaboratrice ou remplaçante, s'alléger de la gestion directe d'un cabinet, quitte à reverser une part de leur chiffre d'affaire. Les infirmières libérales âgées de plus de 55 ans réduisent aussi notablement leurs horaires. Par ailleurs le fait d'être célibataires, séparées ou divorcées influe aussi sur les horaires, mais de façon assez incidente. Ainsi retrouve-t-on par exemple dans la tranche 50-59 heures, 20,6 % des célibataires, 23,4 % des infirmières et infirmiers séparé(e)s ou divorcé(e)s contre 19,9 % de ceux et celles qui sont marié(e)s.

Nous avons déjà, à plusieurs reprises, cité Michel, un infirmier qui travaille dans le Sud-Ouest. Sa situation, de ce point de vue, est emblématique de celle des hommes, comme l'est aussi sa manière d'en parler. Pendant 5 ans il a travaillé tous les jours, sans s'arrêter le week-end. Sa compagne, qui a déjà un enfant d'une première union « assure et l'accepte parce qu'elle a beaucoup d'affection pour moi ». Son rythme est alors le suivant : « C'est tôt le matin, ça dépend des prises de sang, parce que vous pouvez en avoir une ou deux comme six ou sept. En règle générale ça peut être 7 heures – ¼ ou 7 heures – une heure et demie, l'après-midi. Donc, au niveau des repas, des horaires un peu anarchiques. Donc il y a souvent une coupure l'après-midi parce que les personnes travaillent, ne sont pas à leur domicile. Les traitements se font souvent matin et soir, donc il y a une coupure jusqu'à 16h30 à peu près, et après, le soir, ça dépendait, ça pouvait être 20 heures, 21 heures, 22 heures, tous les jours. (...) Pendant 5 ans, on fait l'effort, ça porte ses fruits parce qu'après la clientèle se crée ». Ensuite, pendant 13 ans, dans un autre cabinet qu'il a fondé, il travaille à un rythme à peine moins soutenu. Au moment de la mise en place des seuils d'activité, il est « au ras des quotas » et s'associe donc : « Je vends une partie de ma clientèle, parce que c'est une clientèle que je tiens depuis 13 ans, qui est fidélisée, donc je considère que cette clientèle a une valeur ». Suite à une mésentente avec son collègue, il va ensuite remonter tout seul un cabinet, et reprendre un rythme très soutenu, après un temps de flottement où il va chercher d'ailleurs à effectuer des remplacements. Rythme si soutenu que « quand je me suis retrouvé tout seul, j'ai dépassé les quotas. J'avais une grosse demande et pour moi c'était important de ne pas trop refuser parce que je me relançais professionnellement. Il fallait que je me recrée une clientèle, et en plus j'étais obligé de préparer le terrain pour une arrivée future. (...) Les quotas, à l'époque, c'était 22 000 actes, et moi j'étais à 22 100 ou 22 200, bref j'avais pris un dépassement ». Aujourd'hui il est en association avec deux infirmières et fait aussi régulièrement appel à un remplaçant. Il travaille 20 jours par mois, à raison d'environ 10 heures par jours, et effectue aussi 2 à 3 week-end par mois, ce qui au total renvoie à un peu moins de 60 heures en moyenne par semaine, le lot commun d'une bonne partie des infirmiers libéraux. « En 25 ans, dit-il, les plus longues vacances que j'ai prises, c'est deux fois 15 jours de rang ». Il a aujourd'hui trois enfants et son épouse travaille à temps partiel.

Du côté des infirmières libérales, il est délicat de risquer ne serait-ce qu'une typologie tant les variations sont importantes, même si, on l'a observé, les différents statuts déjà éclairent assez largement les écarts en ce qui concerne le temps de travail. Reste à savoir comment ces femmes – et accessoirement ces hommes –, concilient une activité souvent harassante et une vie de couple.

522. Ceux qu'on ménage, celles à qui on demande beaucoup

Pour les infirmières libérales qui vivent en couple et qui ont des enfants – elles représentent la majorité²²⁶ –, la conciliation entre vie active et familiale non seulement requiert une capacité d'organisation sans pareil²²⁷, mais aussi une nouvelle définition des rôles respectifs de l'homme et de la femme. Ce rééquilibrage, à entendre la plupart des infirmières interrogées, ne va pas du tout de soi, et c'est à elles de devoir tant bien que mal jongler en permanence pour remplir les différents rôles à tenir. « *Dans la France des années 1990, écrivait en 2000 Magaret Maruani, le modèle dominant n'est pas celui du choix (travail ou famille), il n'est plus celui de l'alternance (travailler – s'arrêter – retravailler) mais celui du cumul : pour une mère de famille, il est désormais "normal" de travailler alors qu'il y a seulement trente ans, il était tout aussi normal de s'arrêter dès la naissance du premier enfant. Au-delà des statistiques, il s'agit donc d'un basculement des normes sociales de l'activité féminine* ». ²²⁸ Pour autant que les femmes travaillent, la répartition des tâches domestiques demeure très déséquilibrée, même si l'asymétrie est quelque peu atténuée (à titre d'exemple le temps domestique quotidien des hommes dans un couple mono-actif est de 1 heure 15, celui des femmes de 6 heures 56. Dans un couple bi-actifs à temps plein, ce temps domestique des hommes est de 1 heure 29 et celui des femmes de 3 heures 51)²²⁹.

Rares sont, de fait, les infirmières libérales rencontrées qui ont mentionné un fort soutien de leur conjoint dans la réalisation des tâches domestiques et dans l'éducation des enfants. On a plutôt entendu une certaine ambivalence de la part d'hommes pas mécontents de voir leurs épouses travailler (et rapporter un revenu non négligeable), à condition de ne pas devoir trop assumer à la maison les effets de cet accaparement. Souvent, quand *a priori* ces horaires prenants ne posaient pas de problème majeur, il s'agissait de situations assez particulières. Ainsi en va-t-il de Véronique, dont le mari, après une carrière dans la gendarmerie, a cessé assez tôt ses activités professionnelles et peut donc assurer au domicile : « *Mari très présent, sinon je ne le ferai pas* ». Le revenu de cette infirmière est suffisant pour la famille à condition que son conjoint accepte l'inversion des genres et endosse donc le rôle qui régulièrement est celui de l'épouse d'un infirmier libéral. Dans d'autres cas, plus fréquents, le mari lui-même a des horaires irréguliers voire atypiques (ce qui assez fréquent puisque nombre d'infirmières sont mariées à des artisans voire à des agriculteurs) et accepte

²²⁶ Nous avons cité plus haut les paroles de la chanson de l'artiste Clarika, « *Patricia* ». Cette infirmière libérale vit seule, ne se préoccupe pas beaucoup de son intérieur. Elle aime les enfants, « *Elle a envie des fois, et puis finalement pas* ». Elle part, de loin en loin, en mission humanitaire au Burundi. « *Dans la petite poche de sa banane, la photo de Souleymane. Sera-t-il fiancé ? Aura-t-il oublié ?* ». Elle a une liaison avec un homme, là bas, en Afrique, mais elle est très épisodique, de fait. « *Patricia n'a plus de temps. Peut-être trouvera t-elle ailleurs. Ce qui manque à son bonheur. Patricia s'en va* ». Cette femme célibataire, à la vie trépidante, qui n'est pas sans rappeler les portraits dressés par Jean-Claude Kaufmann dans son ouvrage « *La Femme seule et le prince charmant* » (Paris, Nathan, 1999) ne représente en fait qu'une minorité d'infirmières libérales, la plupart vivant en couple et ayant des enfants. Signalons que, dans notre corpus d'entretiens, figurent deux infirmières qui vivent avec une compagne : « *Je vous parle de mon amie, avec qui je vis. Mais ce n'est pas un ami, c'est une amie* ».

²²⁷ Rappelons que nombre d'entre elles ont déjà dû jongler entre les différentes temporalités alors qu'elles travaillaient en hôpital, et elles ne font donc que prolonger des savoir faire déjà bien en place parfois avant même de se diriger vers l'exercice libéral. Voir Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller, *Le temps de travail dans le temps de l'emploi*, op. cit. p. 94-95.

²²⁸ Margaret Maruani, *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte, 2000, p. 15.

²²⁹ Alain Degenne, Marie-Odile Lebeaux, Catherine Marry, « Les usages du temps : cumuls d'activités et rythmes de vie », *Économie et statistique*, n°352-353, 2002, p. 90.

qu'il en soit ainsi également de son épouse. Dans tous les cas, se donne à entendre là une négociation – Jacques Commaille parle à juste raison de stratégies – où les femmes ont mis dans la balance le maintien d'une autonomie, quitte à faire appel à une aide extérieure pour effectuer toutes les tâches qu'elles ne peuvent assurer : *« Ainsi le recours croissant aux substituts, le développement de la “socialisation” » du travail domestique portent-ils un triple enjeu : pour les femmes, pour l'économie et pour l'emploi. Nous retiendrons qu'il y a là une source importante de changement pour la femme et son statut à l'intérieur comme à l'extérieur de l'espace privé. La “technicisation” et l'“extériorisation” des fonctions domestiques permettent à la femme d'être relativement moins assujettie aux tâches internes au foyer, d'acquérir une compétence nouvelle (...). Nous avons bien là autant d'éléments qui, pour la femme, sont au cœur de nouveaux équilibres ou des nouveaux compromis entre activité professionnelle et vie familiale »*²³⁰.

« Mon mari, il ne peut pas le prendre mal, car mon mari travaille à la ville, donc l'hiver il déneige et il est pompier, donc plein de gardes, donc il ne peut rien dire ».

Viviane

Bien souvent cependant il ne faut pas chercher très loin les raisons d'un travail à temps partiel de nombre d'infirmières libérales. Elles ont compris qu'il en allait de l'équilibre de leur couple.

« Donc, c'était 7 jours sur 7 pendant des années. (...) Je crois que j'ai commencé à prendre des congés plus réguliers quand j'ai eu Nadia, en 77. Disons quand je me suis mariée ! »

Odile

On le sait, la domination masculine passe aussi par une intériorisation, par les femmes, des arguments des hommes. Régulièrement nous avons entendu des propos rappelant cela.

« Infirmière libérale, j'ai essayé. Je m'étais mise en disponibilité et puis j'ai arrêté. Ça a duré trois mois, j'ai arrêté immédiatement parce que quand elle rentrait de l'école, moi je repartais au travail, donc inintéressant, donc je me suis mise à retravailler à l'hôpital. On ne peut pas travailler à domicile avec des enfants, ou alors, pas à temps plein, toujours à mi-temps. Avec le mari, c'est vrai que alors, pour le mari, c'est dur. Quand on fait des nuits, ce n'est pas facile, quand on fait des week-end ce n'est pas facile, le week-end de Pentecôte, 3 jours tout seul ».

Brigitte

Nous l'avons déjà souligné, la part d'infirmières divorcées, sans atteindre des sommets, est cependant, à âge égal, plus forte que la moyenne. Régulièrement, interrogées sur ce point, ces femmes ont fait un lien entre leur séparation et le fait de travailler à un rythme soutenu. Elles en gardent d'ailleurs souvent une certaine amertume, avec le sentiment d'avoir payé au prix fort leur volonté d'émancipation. Cette part d'infirmières divorcées ou séparées est encore plus forte si l'on compte toutes celles qui ensuite se sont remariées ou qui vivent désormais de nouveau en couple. Souvent alors, nous avons entendu des propos signalant les leçons tirées et la nécessité ressentie d'en rabattre en quelque sorte, et ce, même si leur nouveau compagnon affiche par ailleurs une ouverture, une compréhension vis-à-vis de la volonté de leur compagne de continuer à travailler de la sorte, en libéral. Il semble bien

²³⁰ Jacques Commaille, *Les Stratégies des femmes*, Paris, La Découverte, 1993, p. 75.

qu'elles ont compris qu'il peut y avoir, chez eux, un certain décalage entre ce avec quoi *a priori* ils disent être d'accord et l'acceptation des conséquences très concrètes de l'absence régulière de leurs épouses ou de leurs compagnes.

« Je vais vous dire, avec mon mari, on a divorcé, ça fait 5 ans maintenant. Je pense qu'il y a une grande partie due au boulot. Parce que je n'étais pas là. Je pense que ça a fini par tirer. Là, je vis avec quelqu'un depuis 3 ans, mais bon, c'est bien tombé, il ne m'a pas suppliée, mais il a trouvé très bien que je décide d'arrêter (de travailler à plein temps). Je ne sais pas si dans la profession il y a plus d'infirmières divorcées qu'ailleurs, mais je crois que ça y fait. Là, sur les 7 que je vous ai nommées, il y a 2 divorcées, c'est pas beaucoup, mais... ».

Sabine

« Je me suis mariée très tôt, j'ai divorcé très tôt, parce qu'en fait je pense que, dans plein de domaines, on n'était pas d'accord. Il y aussi, bon... je pouvais exercer mon métier, mais il ne fallait pas commencer avant 9 heures et pas terminer après 4 heures et ne pas travailler le week-end et avoir les vacances scolaires. Pas facile. Maintenant que c'est vrai que le métier d'infirmière... (...) Ensuite je pense que les hommes ont dû évoluer aussi. Évoluer, je ne sais pas si c'est le mot, mais ça a changé. Je pense que tu rencontres plus de partenaires qui sont prêts à aider à la maison et jouer un rôle au niveau du foyer. Ceci dit, tu es infirmière libérale, et bien tu as intérêt à avoir un homme costaud. Parce que si, et bien je commence une tournée à six heures, six heures et demie, tu as vu à quelle heure on est rentré. Normalement il est quatre heures et demie et je devrais repartir et je n'ai pas eu le temps de faire les courses, ni le ménage, alors pour la vie de famille, ce n'est pas facile. (...) Mon concubin, il est professeur. Évidemment, c'est un métier où le nombre d'heures n'est pas équivalent au mien. (...) Mais bon, c'est vrai que j'ai de la chance d'avoir quelqu'un, mais son... c'est peut-être dû à son origine sociale. Il est fils d'agriculteur, et dans ce métier-là, il n'y pas tellement d'horaires non plus. (...) Ceci dit, depuis un an, il trouve quand même que mon boulot est très envahissant. Donc, ça va être aussi à moi de mettre des limites. C'est ça le problème chez nous. C'est qu'on n'a pas d'horaires, on ne met pas de limites ou alors il faut en mettre. Ce sera mon boulot de l'année à venir ».

Constance

Concilier vie de famille et engagement professionnel n'est donc pas chose aisée, et la détermination des infirmières est parfois soumise à rude épreuve. Souvent, on s'en souvient, ces femmes ont interrompu leur carrière hospitalière pour suivre leur mari, rappelant en cela la prééminence encore largement répandue des projets masculins. Plus d'une ont ressenti une certaine frustration et ont voulu à tout prix reprendre une activité professionnelle, quitte à accepter d'aller vers le libéral, parfois faute de mieux. Si généralement un terrain d'entente a pu être trouvé, ce ne fut pas une sinécure la plupart du temps.

« Il fallait que je retrouve du travail, rien que pour mon orgueil personnel, dans le sens où j'ai dû démissionner pour suivre mon mari et là, ça a été très dur pour moi à admettre, parce qu'on perd plein de choses. (...) Il faut, en tant que femme, prouver qu'on est capable de faire autre chose que de rester à la maison, qu'on apporte aussi un salaire, et on a besoin d'une vie sociale. (...) Mon mari, il ne m'a pas beaucoup soutenue ; non, je peux dire qu'il ne m'a pas du tout soutenue ; mais ça, ce sont des mentalités qui existent encore, malheureusement ».

Marthe

Sans que l'on puisse dire si c'est ou non une certaine vision enchantée des choses, parfois on a toutefois entendu le récit des accommodements, des bricolages, des accords entre une infirmière libérale travaillant beaucoup et son conjoint, non seulement en prenant son

parti, mais soutenant son épouse. Préparation du matériel, tâches domestiques assumées, secrétariat tenu parfois, etc. la complicité maintenue trouve alors mille et une ressources pour concilier les aspirations des uns et des autres. Nous avons évoqué plus haut le fait d'avoir effectué quelques tournées avec des infirmières libérales. Nous étions alors deux dans la voiture. Nous aurions, après tout, pu être trois...

« Mon mari, c'est sûr, il ne me voyait beaucoup, et encore, il venait avec moi faire des tournées le samedi dimanche, pour qu'on puisse discuter un peu, dans la voiture ».

Sophie

Du côté des hommes, on pressent bien en quoi les choses en vont différemment. La plupart du temps, ils travaillent beaucoup, prennent peu de congés et s'arrangent pour que leurs épouses, leurs compagnes persistent à assumer l'essentiel des tâches domestiques, éducatives, etc. Il est assez frappant de constater ici en quoi, d'une certaine manière, le fait de vivre en couple permet à une part d'entre eux d'effectuer plus d'heures de travail par semaine. Cela ne joue pas vraiment chez ceux qui ont des horaires très importants, mais la différence est entre ceux qui effectuent de 40 à 49 heures ou de 50 à 59 heures hebdomadaires²³¹.

**Nombre d'heures de travail hebdomadaire des infirmiers libéraux
selon la présence ou non d'une conjointe (en %)**

	Célibataires, divorcés ou séparés	Mariés ou vie maritale	Total
Moins de 30 heures	0	4	3
Entre 30 et 39 heures	15	9	10
Entre 40 et 49 heures	39	29	32
Entre 50 et 59 heures	7	20	17
Entre 60 et 70 heures	25	25	25
Plus de 70 heures	14	13	13

Par ailleurs, ceux qui ont une conjointe inactive semblent travailler beaucoup plus que ceux dont l'épouse ou la compagne a une activité professionnelle, ne serait-ce qu'à temps partiel.

²³¹ Les taux des deux tableaux présentés ici ne portent que sur les infirmiers libéraux interrogés, soit 136, d'où une prudence à avoir vis-à-vis de ces chiffres.

**Nombre d'heures de travail hebdomadaire des infirmiers libéraux
selon l'activité professionnelle ou non de leur conjointe (en %)**

	Conjointes inactives	Conjointes actives
Moins de 30 heures	0	5
Entre 30 et 39 heures	12	8
Entre 40 et 49 heures	25	36
Entre 50 et 59 heures	15	18
Entre 60 et 70 heures	29	23
Plus de 70 heures	19	10

Ici et là, quelques infirmières libérales ne se sont d'ailleurs pas privées de stigmatiser ces comportements de leurs collègues masculins.

« Que ce soit au niveau des infirmiers hommes ou femmes, je pense que ça n'a rien à voir. Je pense que les mecs ils n'ont pas à supporter les charges de famille, les gamins à trimbaler, les courses, la bouffe. Les hommes, ils bossent, ils bossent. Souvent, ils ont même une femme qui ne bosse pas, qui s'occupe même du secrétariat, des papiers et machins, et les mecs ils n'ont que le boulot ».

Claire

On se rappellera toutefois que la proportion d'hommes séparés ou divorcés n'est pas négligeable. Parmi ceux qui, à la suite d'une telle séparation, vivent désormais de nouveau en couple, nous avons régulièrement entendu des propos sur les leçons tirées d'un premier échec. Il est difficile de savoir si c'est là une reprise de l'air du temps ou le fruit d'une négociation avec des épouses qui ont mis leurs conditions, mais apparemment nombre d'entre eux ont décidé de réduire la toile, quitte alors à louer les bienfaits de la vie de famille et du temps disponible à leurs proches.

« Avec E. (une autre infirmière libérale qui a son propre cabinet) on tourne ensemble, c'est une association de fait. On se remplace un week-end sur deux ; elle m'a donné tous mes mercredis, je lui ai donné tous ses lundis. Donc je suis heureux comme un pape, parce que tous mes mercredis sont consacrés à mes gosses et à ma femme J'ai deux filles, une de 4 ans ½ et une qui vient d'avoir 1 an. Et une femme sympa aussi, 3 femmes que je veux conserver. Oui, il y a des choix à faire dans la vie. C., son mari est au bord de la déprime. Il est prof et il en avait ras le bol que sa femme soit toujours partie par monts et par vaux, et E. son mari est parti au bout de deux ans, il est parti aussi parce qu'il ne la voyait plus jamais non plus. Et moi, j'ai mis longtemps à construire, ce que j'ai donc... ».

Alain

523. Des grossesses épiques

Les infirmières libérales ne se singularisent pas vraiment par une fécondité limitée. Ce serait même plutôt l'inverse. À cela rien d'étonnant *a priori*. On sait ce paradoxe qui veut que les pays qui encouragent le travail féminin (Danemark, France, ...) enregistrent les taux de fécondité les plus élevés, à l'opposé des pays qui ne le favorisent pas (Italie, Allemagne, ...) et donc, à l'échelle de l'Hexagone, la plus forte fécondité des femmes actives par rapport à celles qui ne travaillent pas.

À entendre les unes et les autres, rares sont celles qui ont mis dans la balance activité professionnelle et choix d'avoir un (nouvel) enfant. Elles ont donc souvent des enfants et ne sont d'ailleurs pas apparemment des tenantes de l'enfant unique²³². Au passage il convient de rappeler qu'une part significative d'infirmières libérales qui se sont déclarées célibataires ont un ou plusieurs enfants. Il est donc très probable que, parmi celles-ci, il y ait des femmes qui, en fait, ont vécu en couple et sont divorcées ou séparées, ce qui revient à réévaluer assez nettement à la hausse la part d'infirmières qui ont rompu une union à un moment donné, alors qu'elles avaient déjà un ou plusieurs enfants, sans que toutefois on en sache plus.

Nombres d'enfants des infirmières libérales selon le statut familial (en %)

	Pas d'enfants	Enfants(s) sans précision du nombre	Un enfant	Deux enfants	Trois et quatre enfants	Cinq enfants et plus	Total
Célibataires	64,4	1,9	23,1	7,7	1,9	1,0	100,0
Mariées et vie maritale, veuve	10,2	1,7	16,5	44,4	23,5	3,7	100,0
Séparées, divorcées	5,6	2,2	37,8	35,6	14,4	4,4	100,0
Ensemble	16,5	1,8	19,7	38,8	19,8	3,4	100,0

Très souvent, la grossesse semble bien avoir été épique dans le sens où elles ne se sont arrêtées que très tardivement de travailler et ont régulièrement d'ailleurs repris leur activité au bout de quelques très courtes semaines. Deux raisons, sans surprise, sont mises en avant par les unes et les autres. D'abord il s'agit d'un problème financier. Les indemnités qu'elles peuvent percevoir ne sont pas (et surtout n'étaient pas, avant 1995) toujours à la hauteur de la perte de revenus qu'engendre un arrêt prolongé de leur activité²³³. Des frais continuent à courir, les charges et les cotisations à régler aussi. D'autre part il est souvent difficile de trouver une remplaçante et les collègues, quand collègues il y a, ne peuvent pas très longtemps assumer l'absence de l'une d'entre elles.

« Moi, c'est quelque chose qui m'a énormément choquée. D'abord parce que j'ai eu de gros, gros problèmes pour avoir des enfants, ce qui explique le parcours tardif. Et quand j'ai eu ma fille, je me suis rendue compte qu'il fallait que j'économise je ne sais combien d'argent pour pouvoir m'arrêter le temps d'un congé maternité. Moi, j'ai réussi à trouver une remplaçante, qui me versait à l'époque 50 %, comme j'avais fait avec ma collègue, ce qui m'a permis de survivre pendant mon congé maternité. (...) L'indemnité est tellement ridicule que bon... ce n'est pas possible, ça ne correspond pas aux revenus, surtout que les frais continuent à courir. C'est évident... vous continuez à payer l'URSSAF, les cotisations retraite. Il n'y a rien, il n'y

²³² Les infirmiers libéraux ont par ailleurs en moyenne plus d'enfants que leurs homologues féminines. Ainsi, par exemple, ils sont 43,3 % à avoir deux enfants (contre 38,8 % des femmes) et 26,8 % à en avoir trois et plus (contre 23,2 % des infirmières libérales).

²³³ Les infirmières libérales relevant à titre personnel du régime des praticiens auxiliaires médicaux (Loi n° 95.116 du 4 février 1995 et décret n° 95.337 du 30 mars 1995), peuvent percevoir une allocation forfaitaire de repos maternel, sans condition de cessation d'activité, destinée à compenser partiellement la diminution de cette activité. Son montant est égal au plafond de la Sécurité sociale. Elle est versée en deux fois. La première moitié à la fin du 7^{ème} mois de grossesse, l'autre moitié à l'accouchement. Elles peuvent aussi bénéficier d'une indemnité journalière forfaitaire, mais celle-ci n'est versée qu'en cas d'arrêt pendant 30 jours consécutifs (dans les 30 jours précédant la date présumée de l'accouchement ou dans les 30 jours suivant l'accouchement). Son montant est égal à la moitié du plafond de la sécurité sociale.

pas d'exonération. Elles arrivent, vous avez une chute de l'URSSAF deux ans après, ce n'est pas à ce moment-là... En fait, il faut économiser pour faire des congés maternité. Non seulement il y a le problème financier, et en plus il y a le problème des remplaçantes, parce qu'il n'y en a plus. Et surtout, au niveau des remplaçantes, elles encaissent 100 % des honoraires, c'est-à-dire qu'elles ne vous laissent rien. C'est hallucinant. Je vois, la troisième, elle a adopté une petite fille, elle va avoir 18 mois, donc elle a pris un congé maternité, mais heureusement qu'on était toutes les deux pour assurer, parce que jamais on aurait trouvé quelqu'un pour la remplacer. On n'a même pas essayé. D'abord on s'est arrangé avec toutes les autres. On est trois, on peut fonctionner facilement, s'il y a une qui est malade, il y a toujours une qui est là ».

Sophie

Il n'est pas rare que nous ayons entendu le récit d'une grossesse menée quasiment jusqu'à son terme tout en travaillant. On ne peut pas exclure que c'est aussi une façon de se démarquer, de montrer que l'on sait assurer jusqu'au bout sa mission, et que c'est cela aussi le libéral. Pour autant, sur un sujet où la mémoire fait peu défaut sur les dates, les circonstances, etc., indubitablement, dans bien des cas, ces infirmières se sont activées jusqu'au bout et, bon gré mal gré, ne sont pas restées très longtemps avec leur bébé par la suite.

« J'ai eu mon deuxième enfant pendant que j'étais en libéral (...) Au niveau du temps d'arrêt de travail, pendant la grossesse, il est très restreint. Je peux vous dire que celui-là, s'il ne sait pas faire de la voiture, il ne saura jamais. J'ai travaillé pratiquement jusqu'à la fin de ma grossesse. Avant l'accouchement il n'y avait pas un mois ».

Anne-Marie

« Cet enfant, elle m'a très peu vue pendant deux ans. C'est-à-dire que j'ai dû m'arrêter 3 jours avant d'accoucher, parce qu'on m'a dit que c'était plus raisonnable, et puis j'ai repris 15 jours après l'accouchement, parce que la dame avec qui j'étais avait besoin d'amener une cousine à l'institut Curie, à Paris, donc elle m'a demandé si je voulais reprendre et j'ai dit "pourquoi pas !" » Et j'ai repris. Pour mon fils, il est né le 14 mars, j'ai travaillé jusqu'à 21 heures et il est né à 23 heures. Et je conduisais, il y avait de la neige, ce jour-là et j'avais ma valise dans la voiture, et voilà. J'ai eu un accouchement merveilleux, j'ai eu ce petit garçon. Donc là j'ai pris un mois quand même ».

Valérie

« L'inconvénient, bon... j'adore mon travail en libéral. Je ne veux, pour rien au monde retourner à l'hôpital, mais c'est qu'on n'a pas de congés de maternité et on ne peut pas s'arrêter. On a du mal à trouver des remplaçantes. C'est pour ça que j'aurais préféré avoir mes enfants avant, pour avoir au moins mes trois mois de congés... non, c'est six mois, je ne sais plus combien de temps. Non, c'est 16 semaines en tout. Là j'ai eu ma petite, j'ai arrêté une semaine avant, et j'ai repris 3 semaines après. Et encore, j'ai pris trois semaines parce que je ne pouvais pas tenir debout ».

Adeline

De la même manière qu'il est difficile de généraliser des situations sur lesquelles on insiste d'autant plus qu'elles apparaissent assez exceptionnelles, il est aussi délicat de faire la part des accidents de grossesse, des fausses couches, etc. dues à des conditions de travail éprouvantes, à des risques de contamination au domicile des patients, ... Là encore, bornons-nous à souligner que nous avons entendu souvent la relation d'événements douloureux, à propos desquels pourtant les femmes ne sont pas nécessairement prolixes (notamment vis-à-vis d'un homme).

« - J'ai eu une autre grossesse qui n'est pas arrivée à terme, que j'ai perdue à 6 mois...
- Un problème lié au travail ?
- Enfin oui, et non, mais enfin bon. Ce n'est pas la voiture, j'ai attrapé la listéria, donc peut-être chez quelqu'un. C'est alimentaire, je bois le café chez quelqu'un, etc. mais j'ai très bien pu l'attraper à la maison. C'est dur, très dur. D'ailleurs quand j'ai perdu donc la petite, ma collègue était aussi enceinte. On était enceinte toutes les deux en même temps. Et quand j'ai eu ce problème, je me suis arrêtée, elle a dû travailler 15 jours toute seule. L'autre enfant, 15 jours avant je faisais encore des tournées, c'était dur, c'est lourd. Les escaliers, quelle horreur ! Là je me suis arrêtée deux mois ».

Flora

Par la suite, pour pouvoir s'occuper de ces jeunes enfants, bien des infirmières libérales vont devoir jongler avec le temps, s'organiser pour les faire garder, les récupérer sans que les nourrices ne froncent trop les sourcils compte tenu des retards, etc. Double investissement donc, assumé parce que prévisible, avec souvent un talent, sinon une virtuosité de « chef d'entreprise familiale » prolongeant ce qu'elles savent faire déjà dans la gestion de leur temps professionnel.

524. Des enfants qu'on ne voit pas toujours grandir

Quand les enfants sont encore petits, il n'est pas toujours simple de trouver une nourrice qui veuille bien se plier à des horaires extensibles, à des impondérables, qui font que parfois leur mère vient les reprendre bien tardivement, ou, dans l'urgence, les dépose prestement sans prendre le temps de consignes à passer, d'un échange minimal. Bien souvent, en tous les cas, les unes et les autres ont dû déchanter. Elles pensaient disposer de temps pour s'occuper de leurs enfants, parfois même c'est cela qui les a poussées à quitter l'hôpital. Et puis une sorte de spirale les a accaparées à la tâche et les a amenées à avoir finalement un temps de travail complètement inversé à celui de leur progéniture, puisque les seules pauses possibles leur permettaient tout juste d'assurer la logistique du foyer, mais rien de plus.

« Le libéral, je ne savais pas ce que c'était du tout, du tout. Je pensais que j'allais avoir plus de temps pour rester avec mes enfants dans la journée ! Je préfère en rire ».

Lucie

« Avec 3 enfants, je pensais que ça aurait été plus souple, au point de vue jours, horaires, disponibilité pour les enfants, et je voulais juste voir. En fin de compte c'était très dur. On commence une journée avant 7 heures 30, on la finit à 21 heures 30 le soir. C'est difficile avec des enfants assez jeunes, surtout qu'il y a le papa qui termine tard le soir aussi. Et puis, la journée finie, on n'a pas fini, il y a encore tous les papiers, donc il y a toujours une suite ».

Louise

Les conjoints sont alors mis à contribution, puisque bien souvent ils ont, eux, des horaires compatibles avec le fait de déposer de jeunes enfants chez une nourrice (terme que toutes utilisent) ou à l'école. Même quand l'infirmière libérale ne travaille qu'à temps partiel, il faut d'une manière ou d'une autre trouver une solution, puisque ce temps-là est alors regroupé sur certains jours de la semaine ou sur une période donnée, mais dans tous les cas avec alors des horaires très chargés.

« Moralement, j'étais prête à craquer, c'était dur. D'abord je ne voyais plus mes enfants. Je partais, ils n'étaient pas levés, ils étaient scolarisés et donc quand ils rentraient à 4 heures ½

de l'école, moi j'avais déjà repris ma journée. Et comme je rentrais à 21 heures 30 ils étaient déjà couchés, ce qui fait que je passais des semaines sans les voir. Je tire mon chapeau à mon mari, parce que c'est lui qui a tout assumé à la maison pendant ce temps-là ».

Anne-Marie

« Dans un village au-dessus, mon mari l'amenait le matin, il la récupérait en sortant et depuis qu'on a le petit, on a pris une nourrice à la maison une semaine sur deux ».

Anne

« Mon mari il a accepté parfaitement. De ce côté-là, il n'y avait pas de problème. Les horaires, tout ça, ça ne l'a jamais... Il est totalement autonome à la maison, donc quand les enfants étaient petits, quand je faisais 15 jours, je ne voyais pas mes enfants pratiquement pendant 15 jours. Le seul moment où j'étais là, c'était quand ils n'étaient pas là. Je ne pouvais pas aller chez la nourrice les récupérer quand j'avais un trou, les nourrices, elles ne sont pas d'accord, et puis d'autre part c'était stupide parce que j'étais susceptible se repartir à n'importe quel moment, donc je n'allais pas prendre mon mouflet sous le bras pour le recoller à la nourrice. Donc pendant 15 jours je ne les voyais pas et lui a totalement assuré ».

Sophie

Comme pour ce qui est des tâches ménagères, il y a des conjoints qui coopèrent et d'autres pas. Dans certains couples les tensions s'exacerbent, la mésentente s'installe et, parmi d'autres facteurs, visiblement tout ce qui a trait au fait de devoir assurer l'éducation des enfants au quotidien peut devenir source de conflits. Toutes n'entendent pas – ou ne parviennent tout simplement pas – à réduire leurs activités. Autonomes financièrement, capables, s'il le faut vraiment, de trouver des solutions de substitution aux défaillances des maris voire à des formes implicites de chantage... quelques ingrédients d'un fossé qui se creuse peuvent être ainsi réunis. *« Une majorité de conflits, écrit Jean-Claude Kaufmann, se forme par révélation brusque de l'inacceptabilité des manières de faire du conjoint. On voudrait ne pas les voir mais elles sont tellement intolérables que ce sont justement elles qui provoquent soudainement la crise. L'extrême variabilité des effets de la confrontation de manières de faire (de l'oubli de la différence à l'explosion brutale) s'explique ici par le caractère contradictoire du travail identitaire. Le couple est un élargissement du soi, une immersion du je dans un concret vécu à deux en même temps qu'un refus amoureux de la critique du partenaire (d'où la capacité de négation de la différence). Mais l'individu ne peut pas ne pas resurgir par la réaffirmation de ses frontières propres »*²³⁴. Pour peu que le désenchantement amoureux, pour d'autres raisons encore, apparaisse, et on en arrive à des couples au bord de la rupture. Parfois il y a renégociation, parfois pas. Dans tous les cas il y a épreuve, surtout au moment où le cycle conjugal voit l'intensité du climat émotionnel décliner.

« Les gamins, c'est elle qui s'en occupait. Bon, je les voyais sans les voir, je rentrais à n'importe quelle heure le soir, ils étaient couchés, le samedi dimanche je n'étais qu'au boulot (...) Donc ça s'est terminé par un divorce, parce que je ne faisais plus que bosser, et là les projets se sont disjoints, et quand on a constaté que ça ne collait plus, bien ça ne collait plus, c'était trop tard ».

Pierre

²³⁴ Jean-Claude Kaufmann, *Sociologie du couple*, Paris, PUF, 2004, p. 118.

« Je suis divorcée. J'avais un mari qui ne participait pas, qui n'aidait pas, donc ça n'a rien changé. Aucune participation, pas d'aide. Au moment du divorce, ils avaient 6 et 9 ans ».

Lucie

On n'oubliera pas qu'une part conséquente d'infirmières libérales s'est installée dans leur région d'origine, parfois même pas très loin d'où leurs parents (voire les grands parents) résident toujours, si ce n'est dans la même commune. Ces solidarités familiales que nous avons déjà entrevues peuvent aussi jouer à plein dans la garde des enfants. Dans d'autres situations ce peut être les beaux-parents. Les uns et les autres, les unes plutôt, puisque c'est encore souvent affaire de femmes, peuvent ainsi relayer le conjoint... et éviter au passage, le cas échéant, quelques tensions.

« Au niveau de la garde d'enfants, j'ai eu la grand-mère pour le 1^{er}, et j'ai une nourrice et la crèche pour la 2^{ème}. Ma grand-mère, qui le gardait, était âgée, donc on l'a soulagée. Donc mon mari, il prenait à 6 heures 45 le boulot, à l'époque on n'avait qu'une voiture ; il partait avec son vélo avec le Vanity, la gamine, la poussette, à la crèche pour être à 6 heures 30 à la crèche, et ensuite au boulot à 3 kilomètres. Après c'était l'école, donc j'ai trouvé une copine qui était nourrice. Je lui demandais les jours où je travaillais, et c'est dur de trouver une nourrice, parce que ce n'est pas assez stable pour elles. Donc c'était trop génial. Mais le matin ce n'était pas terrible, les gamins dormaient. Ma mère est venue mais à 7 heures, donc ils restaient seuls, comme ça, pendant une demi-heure et après ma mère allait dormir car elle faisait les nuits (elle est aide-soignante), et ainsi de suite. J'ai toujours eu beaucoup de chance, beaucoup de famille sur place ».

Karine

« Mes parents n'habitent pas trop loin de là où j'habite, donc ils allaient chez les grands parents. À la fois maman les suivait au point de vue études ».

Francine

« J'ai accouché à 8 mois ½ et j'ai dû avoir 14 jours de repos. Pour avoir une remplaçante c'est la galère. Même à l'époque. (...) Bon, j'ai eu une césarienne, donc heureusement les choses ont été vites mais pas forcément bien. (...) Mais mes parents sont sur place, donc effectivement, ce sont mes parents qui assuraient ».

Clotilde

Qu'elles vivent en couple ou non, et surtout, à les entendre, dans ce dernier cas qui de fait aiguise encore plus les contraintes temporelles, les infirmières libérales s'évertuent à ce que leurs enfants deviennent assez vite autonomes pour prendre en charge, au moins en partie, les tâches quotidiennes. Aller à l'école tout seul, y revenir de même ; devenus plus grands, relayer une mère qui va rentrer tard dans la prise en charge des plus petits, dans la préparation du repas, etc., il y a ainsi des univers domestiques menés tambour battant, un peu à l'image de ce que l'on connaît des enfants de commerçants (qu'ils ont pu eux-mêmes être...). Bientôt ils vont savoir répondre au téléphone, prendre des initiatives...

« Quand ils ont été plus grands, ils se sont assumés tout seul. Ils faisaient même le secrétariat ou standardistes. Ils se faisaient même rouspéter quand ils avaient mal pris les coordonnées ou transmis les messages, les pauvres chéris. J'ai mon aîné qui m'a dit une fois : "Je ne ferai jamais ce que tu fais !" . Il est flic, il travaille du 1^{er} janvier au 31 décembre, jour et nuit ! ».

Lucie

« Je vis toujours seule avec maintenant 2 étudiants et 3 qui travaillent. Donc les enfants, je leur ai dit il faut que je travaille, ils ont très bien compris, je leur dis : “Je ne peux pas m’occuper de tout, de la maison, des repas et tout, il faut qu’on s’arrange”. Alors un soir, avant de partir en tournée, j’ai dit : “Il y a de la vaisselle à faire, les poubelles, les repas. Une fois par semaine, je vous demande de vous arranger entre vous de qui fait quoi”. Je suis partie en tournée, je suis rentrée, et ma seconde m’a dit en rentrant : “Maman, on a marqué su le frigo qui fait quoi”. Ils se sont arrangés entre eux, je ne sais pas s’ils se sont disputés, c’était comme ça ».

Colette

Il n’empêche que plusieurs infirmières libérales nous ont fait part de leurs regrets de ne pas avoir pu être plus présentes, de ne pas avoir « vu grandir leurs enfants ». Pour peu qu’à l’adolescence notamment, des tensions apparaissent entre une mère toujours assez accaparée et tel ou tel de ses enfants, et un regard cru est jeté sur une situation qui n’a pas toujours été sereinement vécue. Quand, en plus, cet enfant prend désormais ses distances...

« Déjà j’ai beaucoup de chance parce que mon mari est quelqu’un de très facile à vivre. Mais c’est quand même mon troisième enfant, c’est-à-dire que je prends tout en charge, je fais sa compta (il est agriculteur), je fais quand même beaucoup de choses. (...) Il compte sur moi pour beaucoup de choses. Les enfants, je pense être passée à côté de beaucoup de choses et en ce moment c’est très difficile à ce niveau-là. C’est-à-dire, ma fille, elle va avoir 19 ans, donc elle a un petit ami avec qui elle passe beaucoup de temps, très peu de temps avec moi. (...) Et quand ma fille est en colère, elle me dit que je ne me suis pas occupée d’elle ».

Valérie

525. Des engagements tout de même...

À bien des égards, le rythme de travail des infirmières libérales leur pose un certain nombre de problèmes dès lors qu’elles aspirent à s’engager dans la vie associative ou tout simplement à avoir des relations suivies avec un groupe d’amis. L’irrégularité de leurs horaires, le fait d’être à certains moments très disponibles, et à d’autres complètement absorbées à la tâche, ne facilitent guère *a priori* des investissements réguliers, la prise d’un certain nombre de responsabilités, etc. Entretenir des relations d’amitié est pourtant ressenti comme un besoin vital, notamment quand ces infirmières vivent seules. Nombre d’entre elles mettent alors un point d’honneur à faire le maximum pour ne pas être oubliées, pour se joindre au groupe. Parfois une certaine frustration se donne à entendre vis-à-vis des occasions manquées, des ami(e)s qui se lassent, des décisions prises mais contrecarrées par les nécessités du travail. Quand elles parviennent tout de même à s’organiser, c’est encore et toujours en faisant preuve d’acrobaties avec les différentes temporalités, en anticipant, en planifiant. Reste que la sociabilité, c’est aussi des occasions qui se présentent à la dernière minute, des opportunités à saisir au vol, et là, le renoncement peut avoir un goût amer.

« La vie de famille, c’est très dur. Mais j’ai perdu des amis... On me demande : “Tu viens au ciné ce soir ?” je dis “je ne sais pas si je serais rentrée. Ils disent : “On sonne chez toi ce soir, si t’es pas là, tu ne viens pas”. Bon, ils venaient une fois, deux fois, trois fois, je n’étais toujours pas là. Bon, qu’est ce que vous voulez, ça c’est dur ! ».

Colette

« Il y a des fois où je voudrais faire des choses mais je ne peux pas parce qu’il faut que je travaille. Par exemple, les week-end ou des choses comme ça ; et les gens ils ne travaillent

pas, ils veulent faire un pique-nique, mais non, je ne peux pas y aller. Les gens vont au bord de la Marne, ils reviennent à 5 heures, mais non, je ne peux pas y aller ; je reprends ma tournée à 3 heures et c'est vrai que tu fais passer ton travail avant beaucoup de choses. Là j'ai des amis, ils veulent qu'on aille à San-Sébastien le premier week-end de décembre. Il a fallu que je cherche quelqu'un pour être sûre, parce que je voudrais bien aller avec eux, et toi tu a besoin de deux mois pour te préparer à l'avance ».

Malika

« C'est de l'organisation, parce que j'essaye... Après une certaine heure, le soir, je ne prends plus. Ce qui me permet d'aller le soir, une fois par semaine, avec le groupe dans la convivialité. Bon, je me débrouille. C'est vrai que j'ai une personne qui me remplace, mais je vois avec d'autres personnes, par exemple si je veux un dimanche après midi, si je peux décaler certains soins, je décale ; ou par exemple si un soir j'ai 6, je donne 3 personnes à une infirmière et 3 autres à une autre, ça me fait mes 6 ».

Claudine

Nous n'avons pas beaucoup entendu en quoi les infirmiers libéraux pouvaient avoir de nombreuses activités extra-professionnelles alors qu'en règle générale l'engagement bénévole des hommes est plus fréquent que celui des femmes²³⁵. On l'a amplement souligné, ces infirmiers travaillent plus que leurs homologues féminines et il faut sans doute chercher là au moins une part de leur relatif retrait. Toutefois c'est loin d'être la règle puisque, nous l'avons relevé, ils peuvent s'engager dans les voies du syndicalisme professionnel voire assumer ici et là des responsabilités associatives voire même être conseiller municipal. La plupart du temps par contre, c'est leur épouse qui entretient le réseau d'amis et eux sont plutôt versés semble-t-il dans ce qui a à voir encore et toujours avec leur métier. Visiblement ils «peinent à décrocher ».

« Je travaille avec une maison de retraite dont je fais partie du conseil d'administration, mais je n'y ai aucun avantage, qu'on soit clair. J'y suis en tant que conseiller municipal. Je suis dans la commission des affaires sociales ».

Serge

Les infirmières, de leur côté, s'évertuent bien souvent à ne pas se laisser enfermer dans leur travail. Sans que l'on puisse avancer quelque proportion que ce soit, se rappelle le fait qu'elles émargent bel et bien aux catégories intermédiaires qui, de ce point de vue, connaissent une sociabilité organisée importante²³⁶ (sorties dans différents lieux culturels, activités associatives, etc.). Deux types d'engagement prédominent assez nettement. Le premier, qui n'est pas sans rappeler le propos ci-dessus de Serge, porte sur des responsabilités prises dans des associations locales à vocation sociale (centres de soins, réseaux de santé, associations d'aides ménagères, etc.).

« Je fais partie du Conseil d'administration de l'hôpital ».

Anne Marie

« Je fais partie du Conseil d'administration de l'ADMR ».

Sophie

²³⁵ Michèle Febvre, Lara Muller, « 12 millions de bénévoles », *INSEE Première*, n° 946, 2004, p. 3.

²³⁶ Voir Alain Bihr et Roland Pfefferkorn, *Déchiffrer les inégalités*, Paris, Syros, 1999, en particulier le chapitre 11 « Les inégalités face aux usages sociaux du temps », pp.289-322.

« *Je me suis occupée d'une association Famille rurale. J'en étais la présidente pendant 2 ou 3 ans, sur le secteur de M* ».

Catherine

Quelques-unes des infirmières que nous avons rencontrées ont exercé voire exercent toujours un mandat d'élue. Assez souvent en effet elles sont sollicitées, compte tenu de leur compétence, de leur connaissance des questions sociales, des situations concrètes aussi. Dans la division du travail politique, on le sait, les femmes sont toutes désignées pour assumer certaines fonctions (et pas d'autres...) ²³⁷. Rien d'étonnant donc à ce qu'on les retrouve dans les diverses commissions des affaires sociales des communes où elles résident. Parfois l'expérience est concluante, d'autres fois elles semblent percevoir que l'affaire n'est pas si simple et qu'il peut même y avoir des inconvénients à mêler engagements de ce type et, de fait, connaissance de bien des situations personnelles des uns et des autres administrés.

« *Je suis conseillère municipale, dans l'opposition, mais, je suis de leur commission sociale et de la commission logement. On me disait que mon métier n'était pas compatible avec des fonctions d'élue, mais je suis désolée, mais on est quand même bien placé, on est sur le terrain ! Et maintenant, c'est vrai que je n'ai pas envie de lâcher tout ça parce que ça m'apporte beaucoup. Et puis le contact avec les gens, c'est... Quelque fois, les gens sous sollicitent un peu trop, et je leur dis : "Bon, je ne suis pas le maire". Je peux dire* ».

Agnès

« *J'ai été conseillère municipale aussi pendant... Et c'est la plus grosse bêtise que j'ai faite, parce qu'il ne faut jamais faire quelque chose là où on est trop impliqué. Avoir un travail de santé c'est profitable aussi, mais j'ai eu des retours de manivelle. Mais j'ai eu aussi des choses positives, mais c'était beaucoup mieux quand j'ai quitté* ».

Sylvaine

À un autre niveau, les infirmières libérales interrogées ont souvent mentionné une adhésion, voire des responsabilités assumées un temps, au sein d'associations de parents d'élèves. Là encore c'est bien dans ces milieux professionnels que se recrutent effectivement la petite minorité de parents qui vont ainsi adhérer à ce type d'associations périphériques de l'institution scolaire ²³⁸. À l'instar des dites classes moyennes dans son ensemble, dont le capital scolaire et culturel est au fondement de la position sociale, elles signalent là un certain nombre de préoccupations à ce que leurs enfants tirent leur épingle du jeu scolaire et donc à être en mesure de disposer de informations utiles pour guider les éventuelles stratégies d'orientation de leurs enfants, ce qui ne les empêchent pas d'avoir le souci du collectif, dans la conjonction d'intérêts bien compris... Par ailleurs, sachant au besoin être la maîtresse du temps au sein de leur couple, et y tenant, elles ne sont pas les dernières à veiller à s'engager aux côtés de leur conjoint, et ce, explicitement souvent, afin de partager ensemble des mêmes loisirs. Théâtre, maquettisme, association à vocation humanitaire ou de jumelage de leur commune, la liste des occasions saisies est longue mais l'intention est régulièrement la même : sortir des préoccupations professionnelles, entreprendre quelque chose à deux ou bien, quand on vit seule, justement varier les plaisirs et ne pas se laisser happer par son métier, aussi prenant soit-il.

²³⁷ Voir Patrick Lehingue, Représentation et relégation : « le social » dans les débats politiques locaux dans *Le « Social » transfiguré*, ss. dir. D. Gaxis et al., Paris, PUF, 1990, pp. 111-139.

²³⁸ Voir Martine Barthélémy, « Des militants de l'école : les associations de parents d'élèves en France », *Revue Française de Sociologie*, n° 3, 1995, pp. 439-472.

« On fait du sport ensemble, on l'a fait encore aujourd'hui. Les jours de repos, c'est sacré, je ne suis jamais à la maison. Je suis débordée et je fais quand même de la danse avec mon mari. J'ai mis trois ans à le décider, autrement on ne se voit pas, on ne se voit jamais. On va le lundi soir, on a deux heures et demie et après on se retrouve ».

Huguette

Conclusion

Le métier d'infirmière libérale peut être appréhendé de multiples façons, et les femmes, les hommes qui l'exercent résistent à toute tentative de schématisation, qu'il s'agisse de leurs motivations à s'y orienter, de leurs manières de pratiquer leur activité, etc. Rapporter ses contours, dépeindre des professionnelles s'adonnant à la tâche, les saisir dans le vif de ce qui fonde leur métier mais aussi, en creux, dans leur vie à côté ; tout cela appelait ce large regard que nous nous sommes efforcés de restituer ici. Ce faisant, à bien des égards, nous avons dû résister à la tentation – chimérique bien évidemment – de tout dire, nonobstant un écrit dont – faut-il même le préciser – nous ne soupçonnions pas du tout au départ qu'il puisse prendre une telle ampleur, ne serait-ce qu'en termes de volume.

Rappelons-le, notre intérêt pour ce métier est né du sentiment qu'il était fort mal connu, et qu'en tous les cas les sciences sociales ne s'étaient, pour l'heure, pas vraiment penchées sur son sort²³⁹ et, concomitamment, sur ces professionnelles du soin – quelques dizaines de milliers tout de même –. Cet intérêt est d'autant plus fort que l'on dispose désormais de connaissances avérées sur leurs homologues hospitalières ainsi que sur les autres corps de métier avec lesquels elles ont à voir (médecins généralistes, aides à domicile, etc.). Sentiment aussi qu'il y avait à découvrir, à élucider, là où des discours entendus et des images d'Epinal prévalent bien souvent (métier taillé sur mesure pour des infirmières « relationnelles », aspiration vocationnelle persistante, quoi qu'elles en disent, ou, sur un tout autre registre, appât du gain, etc.).

Enquêtes par questionnaire, observation directe, entretiens biographiques, ... nous avons finalement procédé de manière fort classique pour en savoir plus, pour aiguïser notre regard, pour déroger aux représentations communes... bref, pour saisir, de ce métier, ce qui se passe sur la scène bien sûr, mais aussi ce qui se trame dans ses coulisses. Et il est vrai alors qu'au fur et à mesure de notre investigation, nous avons pris la mesure de la complexité du sujet. Et de son intérêt. Si la formule n'était pas passablement éventée, nous dirions volontiers que nous sommes bien allés de découvertes en découvertes, même si nous avons resserré peu à peu la focale sur deux thèmes, assez vastes certes et, plus secondairement peut-être, sur un troisième. Trajectoires scolaires et professionnelles plurielles, géométries des pratiques quotidiennes, sur l'un et l'autre de ces deux versants retenus pour l'essentiel, le matériau s'est avéré abondant, extrêmement riche et dense. C'est vrai aussi pour ce qui a trait aux représentations qu'elles se font du métier qu'elles exercent, même si nous l'avons abordé plus succinctement.

Comment en arrive-t-on à travailler en libéral dans un métier ancré avant tout au sein de l'institution hospitalière ? Avancer que le hasard a peu de prise dans un tel choix d'orientation, en cours de carrière la plupart du temps, est à la fois plutôt exact et en même temps appelle bien des bémols. Là comme ailleurs, le langage de la règle est le refuge de l'ignorance... Sans prétendre être parvenu à éviter tous les chausse-trapes, du moins nous sommes-nous efforcés de mettre en exergue quelques traits caractéristiques nous permettant d'avancer que, d'une certaine manière, devenir infirmière, et à plus forte raison opter pour le

²³⁹ À l'heure de conclure, rappelons qu'il existe bien d'autres manières d'appréhender le métier d'infirmière libérale, qui après tout peuvent valoir l'investigation sociologique. Ainsi en va-t-il du beau roman de Catherine Lépront, « *Des gens du monde* » (Le Seuil, 2003) qui renvoie à son expérience d'infirmière libérale, en Vendée, dans les années 1970.

libéral, est assez fréquemment « une affaire de famille ». Les qualités qu'un tel exercice requiert, les prédispositions qui peuvent s'y accomplir pleinement puisent souvent dans une socialisation familiale qui, avec toute la force de l'habitus, informe au plus profond des aspirations à s'accomplir de telle ou telle manière dans un métier. « Goût de l'indépendance », inappétence à être aux ordres, rapport particulier au temps et à l'espace, certaines disposaient de ressources immanentes prêtes à s'accomplir, pour peu que les événements prennent une certaine tournure. Pour autant l'habitus ne fait pas tout, ou pour le dire avec Jean-Claude Passeron : « *Qui croira qu'un individu soit chose si simple ou si docile qu'il laisse actualiser tout au long de sa trajectoire un habitus à lui inhérent, comme un point actualise tout au long de la courbe la fonction mathématique qui définit la courbe ?* »²⁴⁰. En d'autres termes, divers autres facteurs, divers autres phénomènes peuvent aussi expliquer l'arrivée dans l'exercice libéral, et il ne saurait y avoir univocité des raisons d'une telle orientation, jamais anodine cependant. Sans œillères donc, nous avons tenté d'abord de repérer ce qui caractérise ces femmes, mais aussi ces hommes, dérogeant à la carrière hospitalière. Nous nous sommes attachés également à rapporter leurs trajectoires scolaires. Une fois encore, cela nous a permis de relever en quoi la diversité (dans certaines limites toutefois) prévaut. Ce n'est pas parce que l'on se dit en quelque sorte prédestiné que, dans les faits, cela se vérifie. Le champ des possibles, en fonction d'un certain parcours scolaire notamment, peut être assez étroit et devenir infirmière par exemple peut être plus affaire d'accommodement que d'aspiration aussi forte qu'ineffable... les représentations vocationnelles sont donc pour le moins à moduler...

L'arrivée en IFSI, complètement intégré à l'univers hospitalier, inaugure de fait l'entrée dans le secteur du soin. La plupart du temps, ces premières expériences se prolongeront durant plusieurs années dans des établissements publics ou privés. Souvent en première ligne, passionnées par leur métier, s'adonnant à la tâche, elles vont aussi s'exposer rudement, et on a trop étendu la litanie des déceptions, du désenchantement à bien des égards pour que cela n'ait pas un sens profond. Les infirmières libérales étaient, probablement plus que la moyenne, « attirées » par la technicité. D'une certaine manière, on peut avancer que c'est l'hôpital qui « les a jetées dans les bras de l'exercice libéral », faute de leur permettre de s'y accomplir pleinement. Le monde du libéral les a accueillies assurément à bras ouverts et elles avaient de toute façon, la plupart du temps, bien des qualités requises pour y faire leur place (sens de l'organisation, maîtrise des soins, etc.). Métier très encadré et donc d'un côté « faussement libéral », il est d'un autre côté, et assez étrangement, sans grandes contraintes en termes de lieu d'implantation. L'offre suscite la demande et ainsi voit-on une carte assez aberrante de leur espace d'installation, trouée ici, et là d'une densité qui ne peut que laisser dubitatif sur la logique libérale et son coût pour la collectivité. Cette absence de planification territoriale de l'offre de soins infirmiers peut en effet contribuer à accroître les inégalités géographiques de santé. Dans son dernier rapport, le Haut comité de santé publique (HCSP) recommandait, en vue d'améliorer la performance et la qualité du système de santé, que les politiques et les programmes de santé prennent en compte les évolutions démographiques des professionnels et s'inscrivent plus encore à l'échelle locale, dans le cadre des dynamiques territoriales²⁴¹. De telles nécessités se confirment à l'aune du métier d'infirmière libérale.

L'analyse des pratiques professionnelles aussi nous a largement informés sur nombre de versants mal connus, mal reconnus du contenu réel de leurs activités. Nous présumons

²⁴⁰ Jean-Claude Passeron, *Le Raisonnement sociologique*, Paris, Nathan, 1991, p. 205.

²⁴¹ Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France*, Paris, La Documentation française, 2002.

bien que les connaissances que peuvent apporter ce qu'elles réalisent, ou du moins ce dont elles rendent compte, via les actes déclarés aux caisses de sécurité sociale chargées de les rémunérer, présentaient quelques biais. Nous avons alors saisi des manières de travailler, de mobiliser des ressources, qui dérogent aux nomenclatures, qui éclairent aussi sur un métier où existent bel et bien des marges d'appréciation, des nécessités aussi de déborder du cadre fixé, de s'adapter à des situations fluctuantes. Dans tous les cas, la définition de ce qu'est ce métier passe par l'étude des interactions que ces professionnelles mettent en œuvre *de facto* avec nombre de partenaires, patients et familles bien entendu mais aussi de nombreux autres gens de métier voisins qui tous participent, d'une manière ou d'une autre, à configurer un espace particulier, jamais intangible. D'où une inquiétude qui sourd chez bien des infirmières libérales : qui sait de quoi leur avenir sera fait ? Politique passablement erratique, sensible aux opinions et aux rapports de force, leçons à prendre de pratiques qui, dans des pays voisins, confèrent aux infirmières « de première ligne » des missions différentes, souvent plus étendues mais aussi plus spécialisées, y compris dans le diagnostic... Le métier d'infirmière libérale est à la croisée des chemins sans qu'apparaisse, à quelque niveau que ce soit, une vision claire des lendemains qui vont ou non déchanter.

Ainsi vont donc des professionnelles du soin à domicile, fortement impliquées dans ce qu'elles réalisent, au point que leur « vie à côté » est très largement déterminée par leur activité ; des infirmières soucieuses du sort qu'on leur réserve et exerçant le plupart du temps leur métier entre plaisir et passion.

Si cette monographie est susceptible d'apporter un premier lot de connaissances sur le métier d'infirmière libérale, reste à souhaiter que ce ne soit là qu'un jalon inaugurant d'autres investigations, développant, modulant, et pourquoi pas contestant aussi ce que nous nous sommes efforcés présentement de faire ressortir.

Bibliographie

- Acker** Françoise, « La fonction infirmière, l'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, n° 2, 1991, pp. 123-143.
- Acker** Françoise, « Être et rester infirmière », *Soins*, n° 645, 2000, pp. 36-39.
- Acker** Françoise, « Les infirmières, une profession en crise ? » dans *La crise des professions de santé*, ss. dir. Jean de Kervasdoué, Paris, Dunod, 2003.
- Acker** Françoise, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue Française des Affaires sociales*, n° 1-2005, pp. 161-181.
- Adam** Philippe, **Herzlich** Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994.
- Aïach** Pierre et **Delanoë** Daniel, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998.
- Aït Abdelmalek** Ali, **Gérard** Jean-Louis, *Sciences humaines et soins*, Paris, InterEditions, 1995, p. 188.
- Arborio** Anne-Marie, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 2001.
- Arendt** Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1983.
- Argoud** Dominique (dir.) et **Le Borgne-Uguen** Françoise, **Mantovani** Jean, **Pennec** Simone, **Pitaud** Philippe (coll.) et al., *Prévenir l'isolement des personnes âgées. Voisiner au grand âge*, Paris, Dunod, 2004.
- Assier-Andrieu** Louis, « Hospitalité et solidarité », *Informations sociales*, n° 85, 2000, « Hospitalité et solidarité », *Informations sociales*, n° 85, 2000, pp. 44-49.
- Attias-Donfut** Claudine, **Lapierre** Nicole et **Ségalen** Martine, *Le Nouvel esprit de famille*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- Aveline** Laurence, « S'installer : quel statut juridique », *L'Infirmière libérale magazine*, n°174, 2002, pp. 3-4.
- Auvergnon** Philippe. « L'Etat créateur et gardien du droit des relations du travail » dans *L'État à l'épreuve du social* (Coord. P. Auvergnon et al.), Paris, Syllepse, 1998.
- Bacqué** Marie-Frédérique, *Deuil et santé*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- Baly** Monica, *Florence Nightingale à travers ses écrits*, Paris, InterEditions, 1993.
- Barthélémy** Martine, « Des militants de l'école : les associations de parents d'élèves en France », *Revue Française de Sociologie*, n° 3, 1995, pp. 439-472.
- Baszanger** Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, n° 1, 1986, pp. 3-27.
- Baudelot** Christian, **Establet** Roger, *Le Niveau monte*, Paris, Le Seuil, 1992, p. 13.
- Bazely** Pierre et **Catteau** Christine, État de santé, offre de soins dans les départements d'Outre-mer, *Document de travail, Drees*, n° 14, 2001.
- Becker** Howard S., *Outsiders*, Paris, A.M. Métailié, 1985.
- Béraud** Claude, « Apprendre à soigner » dans P.H. Keller et J. Pierret (dir), *Qu'est-ce que soigner ?* Paris, Syros, 2000, pp. 133-158.
- Berland** Yvon, *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Rapport de la mission « Transfert compétences », 2003.
- Bertaux-Wiame** Isabelle, « L'installation dans la boulangerie artisanale », *Sociologie du travail*, n°1, 1982, pp. 8-23.
- Bertaux** Daniel et **Bertaux-Wiame** Isabelle, « Le patrimoine et sa lignée : transmissions et mobilité sociale sur cinq générations, *Life stories/Récits de vie*, n° 4, 1998.

- Bigot** François et **Rivard** Thierry, « L'évolution des modes de prise en charge et des métiers de la dépendance » in Claude Martin (dir.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* Rennes, PUR-Éditions ENSP, 2003, pp. 133-155.
- Bihl** Alain et **Pfefferkorn** Roland, *Déchiffrer les inégalités*, Paris, Syros, 1999.
- Bodechon** Agnès, « L'exercice libéral aujourd'hui : vers une profonde transformation », *L'infirmière libérale magazine*, n° 20, 1997, pp. 44-46.
- Bodié** Anne, « Comment aménager son cabinet ? », *L'infirmière libérale magazine*, n° 175, 2002, pp. 46-47.
- Boltanski** Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales Économies Sociétés Civilisations*, n° 1, 1971, pp. 205-233.
- Bon-Saliba** Brigitte, « Le temps de la reconnaissance », dans J. Saliba, B. Bon-Saliba et B. Ouvry-Vial, *Les Infirmières*, Paris, Syros, 1993.
- Bonvalet** Catherine, **Maison** Dominique, **Le Bras** Hervé, **Charles** Lionel, « Proches et parents », *Population*, n°1, 1993, pp. 83-110.
- Bories-Maskulova** Véronique, Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : résultats provisoires, *Point Stat CNAMTS*, n°43, 2005.
- Bouffartigue** Paul et **Bouteiller** Jacques, « Jongleuses en blouses blanches. La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », *Actes des communications aux IX^{ème} journées de sociologie du travail*, Paris, 27-28 novembre 2003.
- Bouffartigue** Paul et **Bouteiller** Jacques, *Le temps de travail dans le temps de l'emploi*, Drees, *Document de travail*, Série Études, n° 47, 2005.
- Bourdieu** Pierre, « Le mort saisit le vif », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n° 32-33, 1980, pp. 3-14.
- Bourdieu** Pierre, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n° 62-63, 1986, pp. 69-72.
- Bourdieu** Pierre. *La Noblesse d'État*, Paris, Minuit, 1989.
- Bourdieu** Pierre, « La famille comme catégorie réalisée », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n°100, 1993, pp. 32-36.
- Bourgeois** Yann, **Marek** Anna, **Mousquès** Julien, *La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec*, Rapport IRDES, 2006.
- Bozon** Michel « La découverte du conjoint », I, *Population*, n°6, 1987, pp. 943-986 et II, *Population*, n°1, 1988, pp. 216-222.
- Bozon** Michel, Le choix du conjoint, dans *La Famille, l'état des savoirs*, sous dir. F. de Singly, Paris, La Découverte, 1991.
- Branciard** Anne, **Mossé** Philippe, *Hôpital, innovations, professions*, Aix-en-Provence, LEST, CNRS, 1994.
- Bressé** Sophie, « Le personnel d'aide à domicile en 1999 », *Études et Résultats*, n° 297, 2004.
- Bressé** Sophie, « Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 », *Études et Résultats*, n° 350, 2004.
- Breuil-Genier** Pascale, « Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain ». *Études et résultats*, n°254, 2003.
- Breuil-Genier** Pascale et **Sicart** Daniel, « La situation professionnelle des conjoints de médecins », *Études et résultats*, n° 430, 2005.
- Bucher** Rue, **Strauss** Anselm, « La dynamique des professions », *La Trame de la négociation, op. cit.*, pp. 67-86.
- Buisson** Monique, *La Fratrie, creuset des générations*, Paris, L'Harmattan, 2003.
- Bulle** Nathalie, *La Rationalité des décisions scolaires*, Paris, PUF, 1999

- Caillé** Jean-Paul, « Le redoublement à l'école élémentaire et dans l'enseignement secondaire », *Éducation et formation*, n° 69, 2004, pp. 79-82.
- Camus** Agnès, **Dodier** Nicolas, *L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'hôpital. Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales*, Rapport CERMES-GSPM pour le Ministère de l'Équipement, des transports et du tourisme et pour le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 1994.
- Caradec** Vincent, « L'aide ménagère : une employée ou une amie ? » in Jean-Claude Kaufmann (dir.), *Faire ou faire faire ?* Rennes, PUR, 1995.
- Caradec** Vincent, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement* », Paris, Nathan, 2002.
- Carricaburu** Danièle, **Ménoret** Marie, *Sociologie de la santé*, Paris, Armand Colin, 2004.
- Cèbe** Dominique, « Pharmacie d'officine et division sexuelle du travail » in Pierre Aïach, Dominique Cèbe, Geneviève Cresson, Claudie Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, ENSP, pp. 151-177.
- Chalendar** Ghislaine de, *Bien gérer l'exercice libéral infirmier*, Paris, Masson, 2004.
- Chaudron** Martine, « Rapports intergénérationnels et destin de la fratrie », *Dialogue*, n° 90, 1985, pp. 58-69.
- Chauffaut** Delphine, « Les relations entre les générations : de la contrainte au plaisir ? » *Consommation et modes de vie*, CREDOC, n° 164, 2003.
- Chauvenet** Antoinette, « L'infirmière hospitalière, technicienne ou travailleur social », *Projet*, n° 90, 1974, pp. 1137-1148.
- Chauvenet** Antoinette, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978.
- Chevandier** Christian, *Les Métiers de l'hôpital*, Paris, La Découverte, 1997.
- CNAMTS**, *Point stat* n° 17, 1998.
- CNAMTS**, Le secteur libéral des professions de santé en 1992, *Carnets statistiques*, n° 76, 1993.
- CNAMTS**, « L'activité des infirmières libérales », *Dossier Etudes et Statistiques*, n° 52, 2002
- CNAMTS**, « Des tendances de fond aux mouvements de court terme », *Point de conjoncture*, n° 6, 2002.
- CNAMTS**, « Le secteur libéral des professions de santé en 2001 ». *CNAMTS, Carnets statistiques*, n° 109, 2003.
- CNAMTS**, « Le secteur libéral des professions de santé en 2003 ». *Carnets statistiques*, n° 111, 2005.
- Collière** Marie-Françoise, *Promouvoir la vie*, Paris, Interéditions, 1982.
- Commaille** Jacques, *Les Stratégies des femmes*, Paris, La Découverte, 1993.
- Com-Ruelle** Laure, **Midy** Fabienne, **Ulmann** Philippe, *La profession infirmière en mutation. Eléments de réflexion à partir d'exemples européens*, Rapport CREDES n° 1318, 2 000.
- Com-Ruelle** Laure, **Dourgnon** Paul, **Midy** Fabienne, « L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile », *Questions d'économie de la santé*, n° 55, 2002.
- Com-Ruelle** Laure, **Dourgnon** Paul, **Midy** Fabienne, *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*, CREDES, 2002.
- Convert** Bernard, *Une Quelconque hiérarchie des formations*, Doc. Ifrés, CNRS, 1998.
- Convert** Bernard, « Des hiérarchies maintenues », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n° 149, 2003, pp. 61-73.
- Coquelle** Martine-Marie, « Exercice en groupe. Choix de la structure juridique », *L'Infirmière libérale magazine*, n°139, 1999, pp. 23-26.
- Coquelle** Martine-Marie, « Dépassement de quotas », *L'Infirmière libérale magazine*, n° 157, 2001, pp. 25-26.

- Coquelle** Martine-Marie, « Choisir sa structure juridique », *L'Infirmière libérale magazine*, n°162, 2001, pp. 28-31.
- Cosnefroy** Olivier et **Rocher** Thierry, « Le redoublement au cours de la scolarité obligatoire : nouvelles analyses, mêmes constats », *Éducation et formations*, n°70, 2004, pp. 73-82.
- Crenner** Emmanuelle, « La parenté : un réseau de sociabilité actif mais concentré », *Insee Première*, n° 600, 1998.
- Crenner** Emmanuelle, « Famille, je vous aide », *Insee Première*, n° 631, 1999.
- Crenner** Emmanuelle, **Déchaux** Jean-Hugues, **Herpin** Nicolas, « Le lien de germanité à l'âge adulte. Une approche par l'étude des fréquentations », *Revue Française de Sociologie*, n° 2, 2000, pp. 211-239.
- Cresson** Geneviève, « L'activité parentale dans l'hospitalisation et les soins quotidiens aux enfants « muco » : continuités et ruptures » in Geneviève Cresson, François-Xavier Schweyer, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, ENSP, 2000, pp. 181-191.
- Cresson** Geneviève, « Soins à domicile et rapports sociaux de sexe » in *La santé au travail : les outils de la connaissance, l'organisation du travail et la production de la santé*, Symposium UBO-ARS, Brest, 3-4 octobre 2002.
- Cresson** Geneviève, « La division sexuelle du travail de prise en charge des enfants et des personnes dépendantes », *Les solidarités familiales et leurs régulations publiques : regards croisés entre sociologie et droit*, Colloque ARS-CRDP/UBO, Brest, 17-18 novembre 2005.
- Croff** Brigitte et **Mauduit** Micheline, « Travailler auprès des personnes âgées : une chance pour repartir dans la bonne direction », *Gérontologie et société*, n°104, pp. 231-247.
- Daniellou** François, « Quand le travail rend malade », *Sciences Humaines*, n° 48, 1995, pp. 16-19.
- Darbel** Alain et **Schnapper** Dominique, « La probabilité d'entrée dans la fonction publique », *Économie et Statistique*, n° 4, 1969, pp. 43-50.
- Dauphin** Aude, « La Société civile de Moyens », *Avenir et Santé*, n° 310, 2003, pp. 42-44.
- Davezies** Philippe, **Forissier** Marie-Françoise, **Volkman** Claude, *Recherche sur le vieillissement du personnel hospitalier et la prévention de l'usure au travail - Synthèse*, Hospices Civils de Lyon, document non daté, p. 1.
- Davezies** Philippe, « Vieillesse du personnel et travail à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n° 319, 1992, pp. 614-616.
- Daydé** Marie-Claude, « Quelle place aujourd'hui pour les infirmiers libéraux ? », *Soins*, n° 678, 2003, pp. 49-50.
- Déchaux Jean-Hugues**, « La parenté dans les sociétés occidentales modernes : un éclairage structural », *Recherches et prévisions*, n° 72, 2003, pp. 53-63..
- Degenne** Alain, **Lebeaux** Marie-Odile, **Mary** Catherine, « Les usages du temps : cumuls d'activités et rythmes de vie », *Économie et statistique*, n° 352-353, 2002, pp. 81-94.
- Delaporte** François, « La formation aux professions de santé en 1997-1998 », *Documents statistiques*, SESI, Ministère de la santé, n°313, 1998
- Delaporte** François, « La formation aux professions de la santé en 2000-2001 », *Série statistiques, Document de travail*, DREES, n° 37, 2002.
- Delomel** Marie-Annick, *La Toilette dévoilée. Analyse d'une réalité et perspectives soignantes*, Paris, Seli Arslan, 1999.
- Dembinski** Olivier, « L'innovation à l'hôpital est-elle possible ? Le cas des démarches participatives de l'encadrement soignant » dans G. Cresson et F.X. Schweyer, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions ENSP, 2000, pp. 47-57.

- Descolonges** Michèle, *Qu'est-ce qu'un métier ?* Paris, PUF, 1996.
- Descours** Charles, *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*, Paris, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.
- Déserts** Sophie des, « Infirmières libérales, la quadrature du quota », *Le Nouvel Observateur*, n° 1923, 2001, p. 37.
- Désveaux** Emmanuel, « De l'embauche à l'usine, comme de la dévolution d'un patrimoine » dans Martine Ségalen (coord.), *Jeux de familles*, Paris, Presses du CNRS, 1991, pp. 43-56.
- Devineau** Sophie et **Léger** Alain, « Effet du statut professionnel du père, de la mère et du couple sur le devenir des enfants selon le sexe : le cas des enseignants », *Éducation et stratification*, n° 27, 2001.
- DHOS**, *Rapport sur l'état des lieux et harmonisation des sources statistiques relatives aux infirmiers*, 2004.
- Djider** Zohor, « Femmes et hommes : les inégalités subsistent », *Insee Première*, n° 834, 2002.
- Douard** Olivier, « Le BAFA, une entrée ritualisée dans le monde des adultes », *Agora Débats-Jeunesses*, n° 28, 2002, pp. 58-71.
- Douguet** Florence, « La carrière au fil de l'avance en âge des femmes soignantes du secteur hospitalier » in S. Pennec, et F. Le Borgne-Uguen (dir.), L. Ben Moussi, F. Douguet, Y. Guichard-Claudic, *Construction sociale du parcours des âges : les temps de travail, de formation et de retraite*, Recherche UBO/ARS, Programme CNRS -Santé Société- « Vieillesse individuelle et sociétal », Vol. II, 2 000.
- Douguet** Florence, « Le vieillissement des personnels hospitaliers : les effets de l'âge sur la relation soignant-soigné », *Gérontologie et société*, n° 104, 2003, pp. 103-114.
- Douguet** Florence, *Solitude et isolement chez les personnes âgées de 75 ans et plus*, Brest, SUFCEP-UBO-coordination gérontologique de Quimper, 2002.
- Douguet** Florence, « Les représentations des groupes d'âge au travail chez les femmes soignantes du secteur hospitalier », *L'individu social. Autres réalités, autre sociologie ?*, XVIIème congrès international des sociologues de Langue Française – AISLF/CR13, Université François Rabelais, Tours. 5-9 juillet 2004, pp. 103-108.
- Douguet** Florence, « L'ajustement des normes mobilisées par les professionnels à l'égard des personnes souffrant d'insuffisance rénale in François-Xavier Schweyer, Simone Pennec, Geneviève Cresson, Françoise Bouchayer, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions ENSP, 2004, pp.185-195.
- Douguet** Florence, « Pathologies chroniques et diversité des usages du logement » in Simone Pennec et Françoise Le Borgne-Uguen (dir.), *Technologies urbaines, vieillissements et handicaps*, Rennes, ENSP, 2005, pp. 69-78.
- Drees**, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004*, Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005.
- Drulhe** Marcel, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle », dans G. Cresson et F.X. Schweyer, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions ENSP, 2000, pp. 15-29.
- Dubet** François, *Le Déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, 2002.
- Durkheim** Émile, *L'Évolution pédagogique en France*, Paris, PUF, 1969.
- Duru-Bellat** Marie, *L'Inflation scolaire*, Paris, Le Seuil, 2006.
- Dutheil** Nathalie, « Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999 », *Études et Résultats*, n° 91, 2 000.
- Dutheil** Nathalie, « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Études et Résultats*, n° 142, 2001.

- Dutheil** Nathalie, « Les aidants des adultes handicapés », *Études et Résultats*, n° 186, 2002.
- Duville** Nathalie, L'exercice libéral des infirmières : une autonomie illusoire ? dans *Actes des IXèmes journées de sociologie du travail*, Paris, 2003, pp. 99-106.
- Ennuyer** Bernard, « Les aides à domicile : une profession qui bouge », *Gérontologie et société*, n°104, 2003, pp. 135-148.
- Erny** Pierre, La notion de rite de passage, dans *Rites de passage*, ss. dir T. Goguel d'Allondans, Toulouse, Éres, 1994, pp. 21-29.
- Esquieu** Nadine, « Être professeur en lycée et collège en 2002 », *Note d'information*, DEP, Ministère de l'Éducation nationale, n° 03-37, 2003.
- Estryn-Béhar** Madeleine, **Loriol** Marc, **Le Nézet** Olivier, **Ben-Brik** Éric et **Caillard** Jean-François, « Le travail de soins en hôpitaux locaux, miroir grossissant des difficultés actuelles des institutions hospitalières », *Gestions hospitalières*, n° 429, 2003, pp. 603-611.
- Estryn-Béhar** Madeleine et col., *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, Étude PRESST-NEXT, partie 1, 2004.
- Estryn-Béhar** Madeleine et al. « La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002. Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT », *Archives des maladies professionnelles*, n°5, 2004, pp. 413-437.
- Fassin** Didier, « Les politiques de la médicalisation », dans P. Aïach et D. Delanoë, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998.
- Faure** Yann, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n° 156-157, 2005, pp. 99-114.
- Febvre** Michèle, **Muller** Lara, « 12 millions de bénévoles », *INSEE Première*, n° 946, 2004.
- Feroni** Isabelle, *Les Infirmières hospitalières. La construction d'un groupe professionnel*, thèse de Sociologie, U. Nice-Sophia Antipolis, 1994.
- Feroni** Isabelle, **Kober-Smith** Anémone, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue Française de Sociologie*, n°3, 2005, pp. 469-494.
- Foucault** Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.
- Freidson** Eliot, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- Fucks** Marie, « Exercice illégal de la profession d'infirmière : la FNI s'explique », *L'infirmière libérale magazine*, n° 141, 1999, pp. 12-13.
- Fucks** Marie, « Personnes âgées, faire de l'hygiène un soin de vie », *L'infirmière libérale magazine*, n° 153, 2000, pp. 10-17.
- Gianini Belloti** Elena, *Du Côté des petites filles*, Paris, Éditions des Femmes, 1973.
- Godet** Michel, *Le Grand mensonge*, Paris, Fixot, 1994.
- Goffman** Erving, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968.
- Goffman** Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975.
- Goguel d'Allondans** Alban, « Les contrariétés de l'interaction vie professionnelle/vie familiale dans un modèle à double carrière » dans S. Boutiller et B. Lestrade (coord.), *Le Travail des femmes. Axes d'émancipation*, Paris, L'Harmattan, 2004, pp. 41-78.
- Gollac** Michel, **Laulhé** Pierre, « Les composantes de l'hérité sociale : un capital économique et culturel à transmettre », *Économie et statistique*, n° 199-200, 1987, pp. 95-105.
- Gollac** Sibylle, « La fonction publique : une voie de promotion sociale pour les enfants des classes populaires ? Une exploitation de l'enquête "Emploi 2001" », *Sociétés contemporaines*, n° 58, 2005, pp. 41-61.
- Gonnet** Françoise, « Les relations de travail à l'hôpital : entre complexité et insécurité », *Autrement. L'hôpital à vif*, Série Mutations, n° 109, 1989
- Gonnet** Françoise, *L'Hôpital en question(s)*, Paris, Lamarre, 2003.

- Gonon** Olivier, « Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français », *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, Vol. 5, n° 1, 2003.
- Godbout** Jacques T., *L'Esprit du don*, Paris, La Découverte, 2 000.
- Gotman** Anne, *Le Sens de l'hospitalité*, Paris, PUF, 2001.
- Gottely** Jacqueline, « Démographie d'une profession de santé : les infirmières hospitalières », *Économie et Santé*, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, 1981.
- Gresle** François, *L'Univers de la boutique*, Lille, PUL, 1987.
- Guérel** Marie-France, « Maîtrise ou méprise ? » *L'infirmière libérale magazine*, n° 58, 1992, pp. 6-7.
- Hardy-Dubernet** Anne-Chantal, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions », *Revue Française des Affaires sociales*, n° 1, 2005, pp. 35-58.
- Haut Comité de la Santé Publique**, *La santé en France*, Paris, La Documentation française, 2002.
- Helenon** Joëlle, « SSIAD : les Pouvoirs publics persistent dans leur erreur », *Avenir et Santé*, n° 316, 2003, pp. 24-25.
- Héran** François, « La sociabilité, une pratique culturelle », *Économie et Statistique*, n° 235, 1990, pp. 31-42.
- Herzlich** Claudine, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton-EHESS, 1969, pp. 140-156.
- Hesbeen** Walter, « Identité professionnelle et pratique soignante », *Soins*, n° 645, 2000, pp. 74-75.
- Hintermeyer** Pascal, « La quête de la bonne mort » in Simone Pennec (dir.), *Des Vivants et des morts. Des constructions de la bonne mort*, Brest, UBO-ARS, CRBC, 2004, pp. 101-110.
- Houseaux** Frédérique, « La famille, pilier des identités », *Insee Première*, n° 937, 2003.
- Hughes** Everett C., « Social Role and the Division of Labor », *The sociological Eye. Selected Papers*, Transaction Books, 1984 (1971), pp. 304-310.
- Hughes** Everett C., *Le Regard sociologique. Essais choisis* (textes rassemblés et présentés par J.M. Chapoulie), Paris, EHESS, 1996.
- Jacques-Jouvenot** Dominique, *Choix du successeur et transmission patrimoniale*, Paris, L'Harmattan, 1997.
- Jacques-Jouvenot** Dominique et **Schepens** Florent, « Etre à sa place : socio-anthropologie de la reproduction professionnelle » <http://www.printemps.uvsq.fr>.
- Javel** Patrick, **Nativel** Catherine et **Tirapo** Catherine, « Mourir à domicile, entre désir et réalité », *Soins*, n° 678, 2003, pp. 63-66.
- Kaufmann** Jean-Claude, *L'Entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 1996.
- Kaufmann** Jean-Claude, *La Femme seule et le prince charmant*, Paris, Nathan, 1999.
- Kaufmann** Jean-Claude, *Sociologie du couple*, Paris, PUF, 2003.
- Kervasdoué** Jean de, *La Crise des professions de santé*, Paris, Dunod, 2003.
- Kervasdoué** Jean de, « L'hôpital vu d'en bas », *Le Monde*, 28/11/2003, p. 16.
- Knibielher** Yvonne, « Le lutte antituberculose et la médicalisation des classes populaires, 1870-1930 », *Annales de Bretagne*, n° 3, 1979, pp. 321-336.
- Knibielher** Yvonne, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984.
- Labarthe** Géraldine et **Herault** Dominique, « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Études et résultats*, n° 244, 2003.
- Latreille** Geneviève, *La Naissance des métiers en France 1950-1975*, Lyon, PUL, 1980.

- Lavit** Bernard et **Hermann** Nadine, Les Infirmiers (ères) Diplômés (ées) d'État (IDE) en Languedoc Roussillon, *DRASSInfo* n°27, DRASS Languedoc Roussillon, 2001.
- Leboul** Danièle, « Quels apports de la psychodynamique du travail en entreprise ? », *Journée rencontres*, MSA-ANACT, Pontivy, 20 avril 2004.
- Leboul** Danièle, **Couilliot** Marie-France, **Douguet** Florence et al., *Mourir aux urgences. Étude des représentations des soins palliatifs chez les soignants et analyse de leurs pratiques de soin et d'accompagnement du malade mourant et de sa famille dans un service d'urgence*, Rapport de recherche UBO - Département de Sciences Humaines et Sociales de la Faculté de Médecine et Université Paris 13-CRESP pour la Fondation de France, 2005.
- Le Breton** David, *La Sociologie du corps*, Paris, PUF, 1994
- Le Breton** David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995.
- Lehingue** Patrick, Représentation et relégation : « le social » dans les débats politiques locaux dans *Le « Social » transfiguré*, ss. dir. D. Gaxis et al., Paris, PUF, 1990.
- Le Lan** Romuald (en collaboration avec Dominique Baubeau), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et Résultats*, n° 335, 2004.
- Le Lan** Romuald, « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail », *Études et Résultats*, n° 373, 2005.
- Lelièvre** Claude, *Histoire de la scolarisation des filles*, Paris, Nathan, 1991.
- Lépinard** Éléonore, « Un travail à-côté : le rôle des soignants dans la division du travail sentimental » in Geneviève Cresson, François-Xavier Schweyer (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2000, pp. 37-46.
- Lépront** Catherine, *Des Gens du monde*, Paris, Le Seuil, 2003.
- Leroux-Hugon** Véronique, *Des Saintes laïques. Les infirmières de la Troisième république*, Paris, Éditions Sciences en situation, 1992.
- Lert** France, **Marne** Marie-Josée, **Gueguen** Alice, **Niedhammer** Isabelle, *Devenir professionnel et santé des infirmières des hôpitaux publics. Suivi longitudinal à 10 ans*, Rapport INSERM U88, St-Maurice, 1993.
- Lert** France, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? », *Sciences sociales et Santé*, n° 3, 1996, pp. 103-115.
- Lert** France et al., *Devenir professionnel, conditions de travail et santé d'une cohorte d'infirmières des hôpitaux publics suivies de 1980 à 1996*, Rapport INSERM, 1998.
- Lodge** David, *Un si petit monde*, Paris, Rivages, 1992.
- Loriot** Marc, « La construction sociale de la fatigue au travail : L'exemple du burn out des infirmières hospitalières », *Travail et Emploi*, 2003, n°94, pp. 65-74.
- Loux** Françoise, *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, InterEditions, 1990.
- Magnon** René, *Léonie Chaptal, la cause des infirmières*, Paris, Lamarre, 1991.
- Magnon** René, *Les Infirmières : identité, spécificités et soins infirmiers*, Paris, Masson, 2001.
- Maisonneuve** Catherine, « Démarche en soins infirmiers, le compte à rebours a commencé », *Soins*, n°669, 2002, pp. 7-8.
- Marchand** Olivier, « Parler en famille : les échanges entre parents et enfants », *Économie et Statistique*, n° 304-305, 1997, pp. 163-177.
- Marion** Isabelle, **Quintero** Nathalie, *Mobilité externe et trajectoires professionnelles des IDE de l'institut Paoli-Calmette*, Marseille, CEREQ, 2003.
- Marquier** Remy, Les débuts de carrière des infirmiers sortis de formation initiale en 1998, Drees, *Documents de travail, série Études*, n° 46, 2005.

- Marquier Rémy**, « Les cinq premières années de carrière des infirmiers sorties de formation initiale, *Études et Résultats*, n° 393, 2005.
- Marquier -Rémy**, Les étudiants en soins infirmiers en 2004, *Études et Résultats*, n° 458, 2006.
- Maruani** Margaret, *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte, 2 000.
- Mauger** Gérard, « Enquêter en milieu populaire », *Genèses*, n° 6, 1991, pp. 125-143.
- Merllié** Dominique, *Les Enquêtes de mobilité sociale*, Paris, PUF, 1994.
- Midy** Fabienne, *Les infirmières : image d'une profession*, document de travail, 2002.
- Midy** Fabienne, *Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Revue de la littérature 1970-2002*, Rapport IRDES, 2003.
- Mintzberg** Henry, *Le Management : voyage au centre des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1990.
- Molénat** Xavier, « Médecin-patient, je t'aime moi non plus », *Sciences Humaines*, n° 48, 2005, pp. 44-45.
- Montalembert** Laure de, « S'installer en libéral », *L'infirmière libérale magazine*, n° 173, 2002, p. 39-41.
- Moulin** Anne-Marie, « Ordre et désordre dans le champ de la santé » in François-Xavier Schweyer, Simone Pennec, Geneviève Cresson, Françoise Bouchayer, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2004, pp. 19-36.
- Muel-Dreyfus** Francine, *Vichy et l'éternel féminin*, Paris, Le Seuil, 1996.
- Nora** Pierre, *Les lieux de mémoire*, T. 1, Paris, Gallimard, 1984
- Ogg** Jim et **Renaut** Sylvie, Le soutien familial intergénérationnel dans l'Europe élargie, *Retraite et société*, n°46, 2005, pp. 29-57.
- Observatoire national de la démographie des professions de santé**, *Analyse de trois professions, Sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, Paris, La Documentation Française, tome 3, 2004..
- ORSAL/URCAM** Alsace, « Répartition géographique des infirmiers et orthophonistes libéraux à l'horizon 2010 », 2003.
- ORS** de Bourgogne, « Démographie des professions de santé. Analyse de la situation régionale à partir d'une méthodologie commune », 2004.
- ORS** de Franche-Comté, *Démographie des professions de santé et accès aux soins, l'exemple de la zone d'emploi de Morteau*, 2003.
- ORS** Limousin, « Les professionnels de santé non médecins », 2003.
- ORS** Nord - Pas-de-Calais, « Atlas des profession de santé », 2005.
- Palier** Bruno, *Gouverner la sécurité sociale*, Paris, PUF, 2002.
- Paradeise** Catherine, « Conclusion scientifique du colloque « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *La Lettre de la MiRe*, n° 7, 2005.
- Passeron** Jean-Claude *Le raisonnement sociologique*, Paris, Nathan, 1991.
- Paul** Jean-Jacques et **Troncín** Thierry, « Les apports de la recherche sur l'impact du redoublement comme moyen de traiter les difficultés scolaires au cours de la scolarité obligatoire », *Revue du Haut conseil de l'évaluation de l'école*, n° 14, 2004.
- Pennec** Simone, « Les femmes et l'exercice de la filiation envers leurs ascendants » in Anne Guillou et Simone Pennec (dir.), *Les Parcours de vie des femmes. Travail, familles et représentations publiques*, Paris, L'Harmattan, 1999, pp. 129-153.
- Pennec** Simone et **Le Borgne-Uguen** Françoise. (dir.) ; **Douguet** Florence, *L'adaptation de l'habitat chez les personnes de plus de 60 ans souffrant de handicaps et/ou de maladies et vivant à domicile. Les usages et interactions entre les personnes, les proches et les professionnels*, Contrat d'étude MiRe-CNAV n°25/98, 2 000.

- Peneff** Jean, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2 000.
- Percheron** Annick, « Âges, filiation, génération », *Congrès de l'Association française des sciences politiques*, Paris, 1981.
- Percheron** Annick, « La transmission des systèmes de valeurs », dans *La Famille, l'état des savoirs*, ss. dir. François de Singly, Paris, La Découverte, 1991, pp. 183-193.
- Peraut-Soliveres** Anne, *Infirmières, le savoir de la nuit*, Paris, PUF, 2001.
- Peraut-Soliveres** Anne, « L'infirmière et la nuit », *Sciences humaines*, n° 39, 2003, pp. 36-39.
- Picot** Geneviève, *Le Rapport social entre médecins et infirmières à l'hôpital public*, thèse de Sociologie, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2002.
- Picot** Geneviève, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport instable », *Revue Française des Affaires sociales*, n° 1-2005, pp. 83-99.
- Pitrou** Agnès, *Vivre sans famille ?* Toulouse, Privat, 1978.
- Plassaert** Anne, « Pendant la pénurie : l'aubaine du remplacement », *L'infirmière libérale magazine*, n° 185, 2003, p. 18-22.
- Postel-Ferry** Brigitte, **Vega** Anne, **Feroni** Isabelle, « Existe-t-il un profil type infirmier ? », *L'infirmière magazine*, n° 142, 1999, pp. 33-35.
- Poullaouec** Tristan, « Les familles ouvrières face au devenir de leurs enfants », *Économie et Statistique*, n° 371, 2004, pp. 3-22.
- Queiroz** Jean-Manuel de, *L'École et ses sociologies*, Paris, Nathan, 1995.
- Quemin** Alain, *Les Commissaires-priseurs. Analyse d'une profession et de son rôle dans la vente aux enchères*, Paris, thèse de doctorat de Sociologie, EHESS, 1994.
- Richard Fanny**, *Bilan sur les conditions d'exercice définies par l'avenant n° 6 après un an d'application (de juillet 2004 à juin 2005)*, Document de travail, CNAMTS, 2005.
- Saliba** Jacques, **Bon-Saliba** Brigitte, **Ouvry-Vial** Brigitte, « Le technique et le relationnel » in *Les Infirmières, ni nonnes, ni bonnes*, Paris, Syros, 1993
- Schreiber** Amandine, « La formation aux professions de la santé en 2002 et en 2003 », *Série Statistique, Document de travail*, Drees, n° 69, 2004.
- SESI**, La population infirmière au 1^{er} janvier 1993, *Documents statistiques*, n°252, 1996.
- Sicart** Daniel, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2003, Drees, *Document de travail*, série statistique, n°52, 2003.
- Sicart** Daniel, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2004, Drees, *Document de travail*, série statistique, n°68, 2004.
- Singly** François de, *Fortune et infortune de la femme mariée*, Paris, PUF, 1987.
- Sokoloff** Véronique, **Beltran** Geneviève, *Guide de l'infirmière libérale*, Paris, Maloine, 2001.
- Strauss** Anselm, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, 1992
- Suaud** Charles, *La Vocation*, Paris, Minuit, 1978.
- Terssac** Gilbert De, *L'Autonomie dans le travail*, Paris, PUF, 1992.
- Thélot** Claude, *Tel père, tel fils ?* Paris, Dunod, 1982.
- Thélot** Claude, **Singly** François de, *Gens du privé, gens du public*, Paris, Dunod, 1989.
- Thomas** Louis-Vincent, *Rites de mort pour la paix des vivants*, Paris, Fayard, 1985
- Thouze** Anne, « Un exemple de soutien à domicile », *Gérontologie et société*, n°104, 2003, pp. 161-170.
- Toulemon** Laurent, « Combien d'enfants, combien des frères et sœurs depuis cent ans ? », *Population et sociétés*, n°374, 2001.

- URCAM** Rhône-Alpes, « Rapprochement offre et besoins en Rhône-Alpes : ciblage des zones à besoins élevés et/ou offre libérale faible », Lyon, 2004.
- URCAMIF**, *Activités des infirmiers libéraux en Ile-de-France*, Paris, 2003.
- Vallet** Louis-André, « Activité professionnelle de la femme mariée et détermination de la position sociale de la famille », *Revue Française de Sociologie*, n°4, 1986, pp. 655-696
- Vega** Anne, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et Santé*, n°3, 1997, pp. 103-131.
- Vega** Anne, *Une Ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 2 000.
- Vilain** Annick et **Niel** Xavier, « Les infirmiers en activités : croissance des effectifs à un rythme moins élevé dans les vingt prochaines années », *Études et résultats*, n°12, 1999.
- Vilbrod** Alain, *Devenir éducateur, une affaire de famille*, Paris, L'Harmattan, 1995.
- Vilbrod** Alain, Les métiers du travail social, un espace de travail « traditionnellement » dévolu aux femmes, dans A. Guillou et S. Pennec, *Les Parcours de vie des femmes*, Paris, L'Harmattan, 1999.
- Vilbrod** Alain, « Les fondements de l'identité professionnelle », *Informations sociales*, n 94, 2001, pp. 42-50.
- Vilbrod** Alain, *L'Identité incertaine des travailleurs sociaux*, Paris, L'Harmattan, 2003.
- Vilbrod** Alain, « Terres de mission et territoires arpentés : les assistantes sociales dans les années 1950 au travail », dans l'ouvrage collectif *Regard étonnés, de l'expression de l'altérité à la construction de l'identité*, Brest, CRBC, 2003, pp. 119-130.
- Viollet** Patrick (dir) et Comité régional du CEEIEC Midi-Pyrénées. « Profils des promotions d'élèves infirmiers(ères) », *Soins*, n°2, 1992, pp. 16-19.
- Vouillot** Françoise, *Filles et garçons à l'école : une égalité à construire*, Paris, CNDP, 1999.
- Waissman** Renée, « Le travail médical de la famille » in Pierre Aïach, Alicia Kaufmann, Renée Waissman, *Vivre une maladie grave. Analyse d'une situation de crise*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1989, pp. 175-225.
- Weber** Florence, *Le Travail à-côté. Étude d'ethnographie ouvrière*, Paris, INRA-Éditions de l'EHESS, 1989.
- Wenner** Micheline, *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* Paris, Lamarre, 1988.
- Zarca** Bernard. *Les Artisans, gens de métier, gens de parole*, Paris, L'Harmattan, 1987.
- Zarca** Bernard, « L'héritage de l'indépendance professionnelle selon les lignées, le sexe et le rang dans la fratrie », *Population*, n°2, 1993, p. 278-279.
- Zarca** Bernard, « L'Héritage de l'indépendance professionnelle : un ou plusieurs élus au sein de la fratrie ? », *Population*, n°4, 1993, pp. 1015-1042.
- Zarca** Bernard, « L'Héritage et la mobilité sociale au sein de la fratrie. I. L'héritage et la mobilité sociale différentielle des frères », *Population*, n°2, 1995, pp. 331-356.
- Zarca** Bernard, « L'Héritage et la mobilité sociale au sein de la fratrie. II. L'activité professionnelle et la mobilité différentielle des sœurs », *Population*, n°4-5, 1995, pp. 1137-1154.

Liste des sigles

ACE	Action catholique de l'enfance
ADELI	Automatisation des listes
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
AES	Administration économique et sociale
AGAPI	Association de gestion agréée des professionnels infirmiers
AIS	Actes infirmiers de soins
AISLF	Association internationale des sociologues de langue française
AMI	Actes médico-infirmiers
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APE	Actif à part entière
A.P. -H.P.	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Atelier de recherche sociologique
ASH	Agent de service hospitalier
AVS	Auxiliaire de vie sociale
ATSEM	Agent territorial spécialisé des écoles maternelles
BAFA	Brevet d'aptitude aux fonctions d'animateurs (de centres de vacances)
CAFAD	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile
CARPIMKO	Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes et orthoptistes.
CCAS	centres communaux d'action sociale
CEEIEC	Comité d'entente des écoles d'infirmières et des écoles de cadres
CEM	Contrat d'exercice en commun
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CEREQ	Centre d'étude et de recherche sur les qualifications
CERMES	Centre de recherche médecine, sciences et société
CFDT	Confédération française du travail
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens
CGT	Confédération générale des travailleurs
CI	Convergence infirmière
CIAS	Centres intercommunaux d'action sociale
CNAM	Centre national des arts et métiers
CNAMPI	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisses régionales d'assurance maladie
CSP	Catégories socio-professionnelles
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
Infirmières DE	Infirmières diplômés d'État
DEAVS	Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale
DGI	Direction générale des impôts
DHEPS	Diplôme des hautes études en pratiques sociales
DHOS	Direction de l'hospitalisation et des soins

DIU	Diplôme inter universitaires
DMS	Durée moyenne de séjour
DOM	Départements d'outre-mer
DRASS	Directions régionales de l'action sanitaire et sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSI	Démarche de soins infirmiers
DU	Diplôme universitaire
DUT	Diplôme universitaire de technologie
ENSP	École nationale de la santé publique
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS	Écoles primaires supérieures
EQUAL	Programme de la Communauté européenne « Combattre les discriminations, réduire les inégalités pour une meilleure cohésion sociale »
FIF-PL	Fonds interprofessionnel de formation des Professionnels libéraux
FIL	Fédération des infirmiers libéraux
FNI	Fédération nationale des infirmiers
HAD	Hospitalisation à domicile
HID	Enquête Handicap-Incapacité-Dépendance
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
IFD	Indemnité forfaitaire de déplacement
IFSI	Instituts de formation aux soins infirmiers
IGR	Institut Gustave Roussy
IK	Indemnité kilométrique
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
JAC	Jeunesse agricole chrétienne
JOC	Jeunesse ouvrière chrétienne
MAPA	Maisons d'accueil pour personnes âgées
MAPAD	Maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes
MEJ	Mouvement eucharistique des jeunes
MiRe	Mission recherche expérimentation
MSA	Mutualité sociale agricole
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONSIL	Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux
ORS	Observatoire régional de la santé
PCS	Professions et catégories socioprofessionnelles
PRESST	Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail
PSD	Prestation spécifique dépendance
PSI	Plan de soins infirmiers
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAPAD	Services d'aide aux personnes à domicile
SCM	Société civile de moyens
SCP	Société civile professionnelle
SESI	Service des études et des systèmes d'information (devenu Drees)
SFIN	Syndicat français des infirmiers

SNIL	Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux
SNIR	Système national inter-régimes
SPIL	Syndicat professionnel des infirmières libérales
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
TISF	Techniciennes de l'intervention sociale et familiale
TMR	Temps minimum requis
UBO	Université de Bretagne Occidentale
URCAMIF	Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et des allocations familiales

Annexe méthodologique

En 1999-2000, un questionnaire a été diffusé dans l'ensemble de l'Hexagone, avec toutefois une surreprésentation de l'Ouest de la France (40 % environ des infirmières interrogées sont originaires de l'Ouest). Le taux de retour a été de près de 20 %, ce qui est un résultat assez exceptionnel. Il a été pour partie diffusé *via* un encart dans la revue « *Avenir et Santé* ». Par ailleurs il a été acheminé directement dans des cabinets infirmiers par des étudiants en Sociologie de l'Université de Bretagne Occidentale, à Brest, et enfin il a été expédié par voie postale, à partir de l'annuaire téléphonique *Pages jaunes*, aussi bien dans des agglomérations (Strasbourg, Lyon, ...) qu'en milieu rural (Ariège, Vienne, ...).

Durant la même période, a été réalisée, par des étudiants en Sociologie, une campagne d'entretiens²⁴² auprès d'environ 120 infirmières et infirmiers libéraux de l'Ouest de la France essentiellement. 80 d'entre eux (dont un couple) ont été retenus pour l'analyse.

En parallèle, l'un d'entre nous a effectué une série de tournées avec des infirmières libérales.

En 2004, ont été réalisés 50 entretiens approfondis auprès d'infirmières et d'infirmiers dans l'ensemble de l'Hexagone. 46 travaillaient en libéral, 4 n'y travaillaient plus.

²⁴² Bien des discussions sont possibles sur la validité relative des énoncés recueillies dans une situation d'entretien par rapport à ce que permettrait une observation *in situ*, telles que des discussions avec des infirmières libérales en étant à leurs côtés pendant leurs tournées par exemple. Nous faisons nôtre ici les remarques de Gérard Mauger sur l'illusion que la seconde situation présenterait moins de biais que la première. Voir Gérard Mauger, « Enquêter en milieu populaire », *Genèses*, n°6, 1991, pp. 125-143.

Entretiens réalisés en 1999 - 2000

Guide d'entretien

A- Présentation de l'enquêté, de sa famille :

1. Itinéraire professionnel des deux parents...
2. Présentation de la fratrie, itinéraires scolaires, professions des frères et des sœurs de la personne enquêtée...
3. Origine géographique, déménagements, origine urbaine, rurale...
4. Présentation du conjoint: origine sociale, géographique, parcours scolaire et professionnel...
5. Nombre d'enfants, histoire de la famille conjugale...
6. Socialisation de l'enquêté, style éducatif de ses parents, valeurs transmises incidences éventuelles sur l'orientation professionnelle, événements déterminants dans l'orientation professionnelle, membres de la famille élargie exerçant des métiers sociaux, sanitaires, de santé...

B- Parcours scolaire de l'enquêté, genèse de son projet professionnel :

7. Parcours scolaire de l'enquêté à partir du secondaire, établissements fréquentés (publics/privés), éventuels redoublements...
8. Internat/externat, sociabilité, activités extra-scolaires...
9. Baccalauréat passé et choix de la formation envisagés... Etudes supérieures autres que celles d'infirmière, concours...
10. Autres possibilités envisagées, orientation choisie et réactions de l'entourage.
11. Raisons de ce choix, influences diverses...

C- Formation professionnelle de l'enquêté :

12. Date d'entrée à l'école d'infirmière: contexte, âge, vie conjugale, enfants...
13. *Préparation au concours, concours d'entrée, choix de l'institut de formation, critères de choix, contraintes...*
14. Départ de chez les parents, éventuellement départ de la région d'origine.
15. Premières impressions relatives au lieu, à la formation, souvenirs. . .
16. Représentations associées à la profession avant l'entrée en formation...
17. Vécu objectif et subjectif des stages, découverte du métier, découverte des réalités du métier, surprises, décalage par rapport aux attentes, aspects plaisants et déplaisants.
18. Vie étudiante, sociabilité entre étudiants...
19. Exercice en hôpital, faire décrire les premières expériences.
20. Connaissance de l'exercice libéral, ce qu'en disent les cadres infirmiers chargés de la formation, image véhiculée par les formateurs...
21. Perception de la profession durant les trois ans de formation, changements survenus dans les représentations associés à la profession...
22. Evaluation et obtention du diplôme, modalités d'évaluation...

D- Engagements, participation associative de l'enquêté et de sa famille :

23. Engagements associatifs, bénévoles, militants des parents. . .
24. Participation à des mouvements de jeunesse, Scoutisme, J.A.C, J.O.C... et éventuelles incidences sur le choix professionnel...
25. Famille et rapport à la religion, valeurs transmises par la famille
26. Engagement, participation à des actions bénévoles dans le cadre scolaire, délégué de classe...
27. Activités bénévoles (hier et aujourd'hui), dans quel cadre, quelles raisons, motivations...

E- Expériences professionnelles et genèse de l'installation :

28. Autre(s) profession(s) exercée(s). Combien de temps, où...
29. Expériences professionnelles après l'obtention du diplôme, remplacements. Autres types

d'exercice avant l'installation en libéral (structures privées/publiques...), spécialisation dans un secteur. Formations professionnelles depuis l'installation... Eventuel décalage entre les contenus enseignés et la pratique professionnelle, souvenirs des premiers mois de travail...

30. Si exercice en hôpital: faire raconter première expérience, souvenirs...
31. Recherche d'un emploi...
32. Si exercice antérieur en hôpital, faire décrire finement la réalité de ce travail, avantages, inconvénients. . .
33. Raisons de l'installation en libéral, avantages et inconvénients envisagés, réactions de l'entourage professionnel et familial. Coût de l'installation, aides famille...
34. Choix de la localisation, clientèle possible, rural/urbain, avantages et inconvénients de cette localisation. Eventuelle concurrence avec d'autres cabinets...
35. Premiers souvenirs de l'installation, souvenirs des premiers clients. Rapport des clients au débutant. . .
36. Comment se fait-on une clientèle, aide d'autres libéraux, premiers souvenirs...
37. Si association avec d'autres infirmiers: faire raconter, choix de l'associé, organisation du travail...

F- Exercice actuel de la profession d'infirmier(e) libéral(e) :

38. Budget-temps : faire raconter une journée type en détails. Organisation de la journée, temps forts, temps plus calmes, différentes tâches (soins et papiers, contacts avec les autres professionnels...)
39. Articulation entre vie professionnelle et vie de famille: présentation du conjoint, de la famille. Avantages et inconvénients, contraintes que le travail impose, aménagements particuliers, temps libre et temps familial, réactions du conjoint et des enfants...
40. Si association: faire décrire l'organisation, la répartition des clients entre les soignants, relations de travail, contraintes, avantages et difficultés de ce mode d'exercice...
41. Qualités requises pour l'exercice de la profession, peut-on parler de vocations ? Qualités, compétences non reconnues par les payeurs...
42. Place de l'argent, évolution du pouvoir d'achat (on dit qu'une infirmière qui ne travaille que 39 h/semaine ne touche pas le SMIC...), temps de travail/argent et qualité de vie....
43. Refus de certains soins, lesquels, pourquoi... ?
44. Part des actes infirmiers et des soins (AMI et AIS), évolution, image de la profession, de ses compétences.

G- Relations avec les médecins et autres partenaires :

45. Faire décrire les relations, contenus des échanges avec les médecins (préciser selon médecins de famille et spécialistes), travail en commun. Atouts, difficultés de la relation. Statut conféré au soignant par le médecin, reconnaissance des compétences...
46. Négociation en matière de soins, connaissance différente du patient, compétence reconnue à l'infirmier, part d'initiative de la part du soignant...
47. Relations avec les autres soignants intervenant auprès du patient, aide-ménagère dans le cas de patients âgés, travailleuses familiales (A.D.M.R), répartition des domaines d'intervention, compétences spécifiques... Exemples concrets...
48. Autres intervenants : aides au voisinage par exemple, surveillance de la prise des médicaments...
49. Relations avec les institutions côtoyées (maisons de retraite, centre de soins...), place de l'infirmier/ière...
50. Relations avec les caisses, les payeurs (C.P.A.M...)

H- Relations aux patients :

51. Spécificité de l'exercice au domicile des patients, qu'est ce que cela induit. Importance du relationnel. Exemples concrets. Différences par rapport à l'hôpital...
52. Si enquêté de sexe masculin, incidence de son identité sexuelle dans la relation au patient. . .

53. Intervention sur les corps, rapport à la souffrance, à la mort du patient. Apports de la formation dans ce domaine et éventuels décalage
54. Cas difficiles, douloureux...
55. Attentes que formulent les patients. Patients réguliers, quelles relations. Apports de contenus non médicaux, contenus autres que des soins (aide éventuelle, conseils...). Relations avec les familles de patients, fonction éventuelle de médiateur entre les membres de la famille...

I- Menaces pesant sur la profession :

56. Ce qui a changé dans la profession depuis les débuts de l'exercice. Au niveau des patients, des rapports avec les médecins, les soignants, au niveau financier. Actuellement quelles seraient les difficultés de l'exercice en libéral, menaces qui pèsent sur la profession...
57. Rapports avec la Sécurité Sociale: définition de la nomenclature, définition du coût de l'acte infirmier, décret de compétences, fonction de contrôle et menaces représentées par cette instance...
58. Syndicats. Connaissance qu'en a l'enquêté. Adhésion ou pas, raisons. Evaluation de l'intervention des syndicaux, outil de représentation des syndiqués, forces et faiblesses des syndicats...
59. Perception de l'avenir de la profession, craintes éventuelles, conseils d'installation, risque de fermeture de cabinets infirmiers...
60. Si cela était à refaire, même choix professionnel, autres orientations...

Entretiens réalisés en 1999-2000

	Lieu de l'entretien	Âge	État civil	Type d'habitat	Type d'exercice
Amélie	Au domicile	43	Mariée	Urbain	Cabinet de 2 associées et 2 remplaçantes
Henri	Cabinet	35	Marié	Urbain	Cabinet de 6 associés
Christian	Au domicile	58	En couple	Rural	Cabinet de 3 associés
Sylviane	Au domicile	58	Mariée	Rural	Cabinet, travaille avec son fils et une remplaçante
Yolande	Au domicile	54	Veuve	Rural	Cabinet avec une collaboratrice
Aurélien	Cabinet	38	Marié	Urbain	Cabinet de 2 associés
Danièle	Cabinet	46	Divorcé	Péri-urbain	Cabinet de 3 associées
Andrée	Cabinet	59	Mariée	Péri-urbain	Seule puis en collaboration avec une collègue
Delphine	Cabinet	50	Divorcée	Ville moyenne	Cabinet de trois associés
Clémence	Au domicile	35	Célibataire	Ville moyenne	Remplacements et collaboratrice dans un cabinet de 2 personnes
Charline	Cabinet	47	Mariée	Urbain	Cabinet avec 3 associés et 1 collaboratrice
Juliette	Cabinet	44	En couple	Rural	Cabinet de 4 associés
Constance	Au domicile	39		Rural	Cabinet seule
Thérèse	Au domicile	46	En couple	Urbain	Pas de cabinet, plaque dans l'appartement, travaille seule
Brigitte	Au domicile	50	Mariée	Urbain	Cabinet seule
Zoé	Cabinet	40	Mariée	Urbain	Cabinet à 4 personnes
Virginie	Cabinet	51	Mariée	Ville moyenne	Cabinet à 9 personnes
Roger	Au domicile (où est son cabinet)	46	Marié	Rural	Cabinet de 2 associés
Luc	Chez l'étudiant	40	Marié	Péri-urbain	Cabinet à 2 plus 2 remplaçantes
Félicie	Cabinet	46	Mariée	Urbain	Cabinet de 4 associées
Marcel	Cabinet	49	Marié	Péri-urbain	Cabinet de 4 associés
Olga	Au domicile (où est son cabinet)	38	Mariée	Rural	Cabinet de 3 associés
Camille	Au domicile	49	En couple	Rural	Cabinet de 4 associés
Madeleine	Cabinet	43	Mariée	Urbain	Cabinet de 3 associés
Nathalie	Au domicile	N.R.	Mariée	Ville moyenne	Cabinet de 3 associés
Marthe	N.R. (non renseigné)	32	Mariée	Urbain	Cabinet de 2
Clarisse	Au domicile	37	Mariée	Rural	Cabinet de 4
Charles	Cabinet	N.R.	Marié	Ville moyenne	N.R.
Laurence	Cabinet	34	Mariée	Rural	Cabinet de 3 associés
Maxime	Cabinet	46	Divorcé	Urbain	Cabinet de 3 associés
Suzanne	Au domicile	45	Célibataire	Rural	Cabinet en collaboration de 2 personnes

Jeanne	N.R.	46	Mariée	Rural	Cabinet de 3
Nicolas	Cabinet	?	Marié	Urbain	Cabinet de 5
Louise	Au domicile	48	Mariée	Rural	Cabinet de 5
Blandine	N.R.	27	En couple	Péri-urbain	Cabinet de 2 plus 1 remplaçante
Emma	Cabinet	35	Divorcée	Urbain	Cabinet de 3
Yvonne	Cabinet	55	Mariée	Rural	Cabinet de 5
Antoinette	Cabinet	30	Mariée	Urbain	Cabinet de 3
Alexandrine	N.R.	47	En couple	Rural	Cabinet de 2
Judith	cabinet	41	En couple	Rural	Cabinet de 2
Désiré	Cabinet	36	Mariée	Rural	Cabinet de 3 associés
Julia	Cabinet	50	Mariée	Urbain	Cabinet de 3
Justine	Cabinet	N.R	Mariée	Urbain	Cabinet de 3 et 1 secrétaire
Apolline	Au domicile de l'étudiant	44	Mariée	Rural	Cabinet de 2
Dorothée	au domicile	32	En couple	Péri-urbain	Cabinet de 2 et 1 remplaçante
Léandre	Au domicile	31	Célibataire	Rural	Cabinet de 2
Isabelle	Au domicile	44	Mariée	Ville moyenne	Cabinet de 3 associées et 2 collaborateurs
Simone	Cabinet	49	Mariée	Urbain	Cabinet de 2
Joëlle	Cabinet	46	Mariée	Urbain	Cabinet de 4
Patricia	Au domicile	N.R	Mariée	Urbain	Cabinet de 7 associés
Huguette	N.R.	45	Mariée	Péri-urbain	Cabinet de 3
Simon	Cabinet	40	Divorcé	Urbain	Cabinet de 4
Ida	Cabinet	45	Mariée	Ville moyenne	Cabinet de 2
Sylvain	Cabinet	37	Divorcé	Urbain	Cabinet de 5
Alex	Au domicile	43	Marié	Péri-urbain	Cabinet de 2
Bruno	Au domicile	32	Marié	Ville moyenne	Cabinet de 2
Gabrielle	Cabinet	31	Célibataire	Rural	Cabinet de 2
Maurice	Au domicile	49	Marié	Urbain	Cabinet de 8 associés
Serge	Cabinet	47	Divorcé	Péri-urbain	Cabinet de 2
Aude	Cabinet	44	Mariée	Rural	Cabinet de 5
Micheline	Cabinet	29	Célibataire	Urbain	Cabinet de 4 et une remplaçante
Emilie	Cabinet	34	Mariée	Rural	N.R.
Rose	Au domicile	49	Mariée	Rural	Cabinet de 3
Marc	Cabinet	49	Marié	Urbain	N.R.
Florent	Cabinet	39	Marié	Urbain	Cabinet de 4
Lydie	Cabinet	31	Célibataire	Ville moyenne	Cabinet de 5

Fanny	Cabinet	N.R.	N.R.	Ville moyenne	N.R.
Constance	Cabinet	27	En couple	Urbain	Cabinet de 2 associés et 2 collaboratrices
Georgette	Cabinet	N.R.	Mariée	Péri-urbain	N.R.
Angèle	N.R.	57	Mariée	Rural	Cabinet de 4
Adeline	Cabinet	32	Mariée	Rural	Cabinet de 2
Carine	Cabinet	40	Mariée	Rural	Cabinet de 2 associés
Sylvaine	Au domicile	52	Mariée	Ville moyenne	N.R.
Élodie	Cabinet	51	Divorcée	Rural	Cabinet de 2
Sébastien et Blanche	N.R.	N.R.	Marié(e)s	Rural	Cabinet de 2
Renée	N.R.	50	Mariée	Urbain	Cabinet seule
Félix	Cabinet	46	Marié	Ville moyenne	Cabinet de 4 associés
Marie-Paule	Au domicile de l'étudiant	26	Célibataire	Ville moyenne	Cabinet de 2
Hubert	Cabinet	37	Marié	Ville moyenne	Cabinet de 4
Corentine	N.R.	31	Mariée	Rural	Cabinet de 3
Maria	Cabinet	40	Célibataire	Célibataire	Cabinet de 2

Entretiens réalisés en 2004

Guide d'entretien

Age de l'enquêté(e)

Sexe

Situation familiale

Lieu de résidence

Lieu d'exercice professionnel

Présentation de l'enquêté, de sa famille :

Itinéraire professionnel des deux parents... les grands-parents ? : les métiers exercés ? Les statuts d'exercice de ces métiers (salaire, indépendant)...

Présentation de la fratrie, itinéraires scolaires, professions des frères et des sœurs de la personne enquêtée, son rang dans la fratrie...

Origine géographique, déménagements, origine urbaine, rurale...

Présentation du conjoint : origine sociale, géographique, parcours scolaire et professionnel...

Nombre d'enfants (situation : diplôme, formation, métier), histoire de la famille conjugale...

Socialisation de l'enquêté, style éducatif de ses parents, valeurs transmises incidences éventuelles sur l'orientation professionnelle, événements déterminants dans l'orientation professionnelle, membres de la famille élargie exerçant des métiers sociaux, sanitaires, de santé...

Parcours scolaire de l'enquêté(e), genèse de son projet professionnel :

Parcours scolaire de l'enquêté à partir du secondaire, établissements fréquentés (publics/privés), localisation des établissements (par rapport au lieu de résidence de parents), éventuels redoublements...

Internat/externat, sociabilité, activités extra-scolaires...

Baccalauréat passé et choix de la formation envisagés... Etudes supérieures autres que celles d'infirmière, concours...

Autres possibilités envisagées, orientation choisie et réactions de l'entourage.

Raisons et priorisation de ce choix (choix primaires, secondaires par défaut...), influences diverses...

Les petits boulots exercés pendant cette période scolaire

Formation professionnelle de l'enquêté(e) :

Préparation au concours, concours d'entrée (contenu des épreuves, ressenti...), concours tenté dans une seule ou plusieurs écoles ? choix de l'institut de formation (lequel ?, où ?), critères de choix, contraintes, durée de la formation à l'époque.

Date d'entrée à l'école d'infirmière: contexte, âge, vie conjugale, enfants...

Départ de chez les parents, éventuellement départ de la région d'origine.

Premières impressions relatives au lieu, à la formation, souvenirs. . .

Représentations associées à la profession avant l'entrée en formation...

Vécu objectif et subjectif des stages, découverte du métier, découverte des réalités du métier, surprises, décalage par rapport aux attentes, aspects plaisants et déplaisants.

Vie étudiante, sociabilité entre étudiants...

Exercice en hôpital, faire décrire les premières expériences (stages).

Connaissance de l'exercice libéral, ce qu'en disent les cadres infirmiers chargés de la formation, image véhiculée par les formateurs...

Perception de la profession durant les trois ans de formation, changements survenus dans les représentations associés à la profession...

Evaluation et obtention du diplôme, modalités d'évaluation...pas compris, date d'obtention du DE

Engagements, participation associative de l'enquêté(e) et de sa famille :

Engagements associatifs, bénévoles, militants des parents. . .

Participation à des mouvements de jeunesse, Scoutisme, J.A.C, J.O.C... et éventuelles incidences sur le choix professionnel...

Famille et rapport à la religion, valeurs transmises par la famille

Engagement, participation à des actions bénévoles dans le cadre scolaire, délégué de classe...

Activités bénévoles (hier et aujourd'hui), dans quel cadre, quelles raisons, motivations...

Expériences professionnelles et genèse de l'installation :

Autre(s) profession(s) exercée(s). Combien de temps, où...

Expériences professionnelles après l'obtention du diplôme, remplacements. Autres types d'exercice avant l'installation en libéral (structures privées/publiques...), spécialisation dans un secteur. Formations professionnelles depuis l'installation...(durée, thème, diplômantes ou pas..). Eventuel décalage entre les contenus enseignés et la pratique professionnelle, souvenirs des premiers mois de travail...

Si exercice en hôpital: faire raconter première expérience, souvenirs...

Recherche d'un emploi...

Si exercice antérieur en hôpital, faire décrire finement la réalité de ce travail, avantages, inconvénients.

Dans quel(s) établissements, où ?

Faire décrire la période de la carrière à l'hôpital : les différents services (spécialités précises), raisons des différents changements d'unités (choix, contraintes), modalités de travail (temps de travail, Temps partiel, nuit, jour), sous quel statut (remplaçante, auxiliaire, titulaire) ?

Raisons de l'installation en libéral (en rapport avec la vie professionnelle et privée), avantages et inconvénients envisagés, réactions de l'entourage professionnel et familial. Coût de l'installation, aides famille...

Autre choix envisagé au moment de l'installation en libéral: être infirmière dans un autre contexte, devenir cadre, changer de métier

Choix de la localisation, clientèle possible, rural/urbain, avantages et inconvénients de cette localisation. Eventuelle concurrence avec d'autres cabinets...

Premiers souvenirs de l'installation, souvenirs des premiers clients. Rapport des clients au débutant. . .

Comment se fait-on une clientèle, aide d'autres libéraux, premiers souvenirs...

Les conditions de l'installation : création d'un nouveau cabinet, reprise d'un cabinet, association (date de création du cabinet) , remplacements ?

Si association avec d'autres infirmiers: faire raconter, choix de l'associé, Forme juridique du cabinet, type de contrat d'association, incidences ?

Faire raconter l'évolution du cabinet depuis l'installation : les départs d'anciens associés, les entrées de nouveaux, ventes, reventes des parts....

Eventuellement les changements de cabinets d'ego

Exercice actuel de la profession d'infirmier(e) libéral(e) :

Budget-temps : faire raconter une journée type en détails. Organisation de la journée, temps forts, temps plus calmes, différentes tâches (soins et papiers, contacts avec les autres professionnels...).

Durée quotidienne et hebdomadaire de travail.

Secrétariat éventuel : rôle / infirmières ?

Articulation entre vie professionnelle et vie de famille: présentation du conjoint, de la famille. Avantages et inconvénients, contraintes que le travail impose, aménagements particuliers, temps libre et temps familial, réactions du conjoint et des enfants... Y a-t-il eu des moments d'interruption dans la carrière en lien avec la vie familiale (naissance, problème de santé d'un enfant...)?

Si association: faire décrire l'organisation, la répartition des clients entre les soignants, relations de travail, contraintes, avantages et difficultés de ce mode d'exercice...(organisation pour les nuits, les WE, les gardes, les congés). Mode de transmission des consignes, etc.

Qualités requises pour l'exercice de la profession, peut-on parler de vocations ? Qualités, compétences non reconnues par les payeurs...

Place de l'argent, évolution du pouvoir d'achat (on dit qu'une infirmière qui ne travaille que 39 h/semaine ne touche pas le SMIC...), temps de travail/argent et qualité de vie....

Refus de certains soins, lesquels, pourquoi... ?

Part des actes infirmiers et des soins (AMI et AIS), évolution depuis la mise en place des quotas notamment. Cotation d'actes non remboursés, pratiques identiques dans un même cabinet ?

Image de la profession, de ses compétences.

Relations avec les médecins et autres partenaires :

Faire décrire les relations, contenus des échanges avec les médecins (préciser selon médecins de famille et spécialistes), travail en commun. Atouts, difficultés de la relation. Statut conféré au soignant par le médecin, reconnaissance des compétences...

Négociation en matière de soins, connaissance différente du patient, compétence reconnue à l'infirmier, part d'initiative de la part du soignant...

Relations avec les autres soignants intervenant auprès du patient, aide-ménagère dans le cas de patients âgés, travailleuses familiales (A.D.M.R), aides-soignantes, répartition des domaines d'intervention, compétences spécifiques... Exemples concrets...

Relations avec les autres professionnels de santé : pharmaciens, kinés, les autres infirmiers libéraux.

Autres intervenants : aides au voisinage par exemple, surveillance de la prise des médicaments...

Relations avec les institutions côtoyées (maisons de retraite, centre de soins...), place de l'infirmier/ière...

Relations avec les caisses, les payeurs (C.P.A.M...)

Relations aux patients :

Spécificité de l'exercice au domicile des patients, qu'est ce que cela induit. Importance du relationnel. Exemples concrets. Différences par rapport à l'hôpital... typologie sociale de la clientèle

Faire décrire les actes « hors soins »

Si enquêté de sexe masculin, incidence de son identité sexuelle dans la relation au patient. . .

Intervention sur les corps, rapport à la souffrance, à la mort du patient. Apports de la formation dans ce domaine et éventuels décalage

Cas difficiles, douloureux...

Attentes que formulent les patients. Patients réguliers, quelles relations. Apports de contenus non médicaux, contenus autres que des soins (aide éventuelle, conseils...). Relations avec les familles de patients, fonction éventuelle de médiateur entre les membres de la famille...

Menaces pesant sur la profession :

Ce qui a changé dans la profession depuis les débuts de l'exercice. Au niveau des patients, des

rappports avec les médecins, les soignants, au niveau financier. Actuellement quelles seraient les difficultés de l'exercice en libéral, menaces qui pèsent sur la profession... Distinguer les changements structurels des évolutions personnelles.

Rapports avec la Sécurité Sociale: définition de la nomenclature, définition du coût de l'acte infirmier, décret de compétences, fonction de contrôle et menaces représentées par cette instance...

Syndicats. Connaissance qu'en a l'enquêté. Adhésion ou pas, auquel, raisons. Evaluation de l'intervention des syndicaux, outil de représentation des syndiqués, forces et faiblesses des syndicats...

Perception de l'avenir de la profession, craintes éventuelles, risque de fermeture de cabinets infirmiers...

Si cela était à refaire, même choix professionnel, autres orientations,

Dans l'avenir : poursuite de l'activité en libéral, arrêt, ré-orientation ?

Conseils aux infirmières plus jeunes / exercice en libéral ? Par rapport aux enfants : métier infirmier en général, métier infirmier en libéral

Bilan : points + et+ lié à l'activité infirmière en libéral, satisfactions et insatisfactions.

Entretiens réalisés en 2004

	lieu entretien	Année de naissance	Etat civil	Région et caractéristiques	Type d'exercice
Michelle	Cabinet	1958	Célibataire	Nord - Urbain	Cabinet SCM puis cabinet
Odile	Au domicile	1947	Divorcée	Nord - urbain	Cabinet
Lucie	Au domicile	1952	Mariée	Nord -urbain	Cabinet
Francine	Au domicile	1947	Mariée	Nord - urbain	Cabinet
Claudine	Cabinet	1955	Vie maritale	Nord - urbain	Cabinet
Colette	Cabinet	1953	divorcée	Nord - urbain	Cabinet
Alain	en extérieur	1953	Marié	Nord - urbain	Cabinet
Anne-Marie	Au domicile	1969	Mariée	Centre - semi-rural	Cabinet
Valérie	Cabinet	1962	Mariée	Centre - semi-rural	Association
Sophie	en extérieur	1956	Mariée	Centre - semi rural	SCI
Édith	Au domicile où est son cabinet	1953	Mariée	Centre - semi rural	Cabinet avec son mari
Clotilde	Au domicile	1965	Célibataire	Centre - semi rural	Association sans contrat
Anne	Au domicile	1968	Mariée	Centre - semi rural	Association sans contrat
Hélène	cabinet	1943	Divorcée	Centre - semi rural	Association sans contrat
Josiane	Au domicile où est son cabinet	1940	Divorcée	Centre - semi rural	Cabinet avec son frère
Martine	établissement pour handicapés	1965	Mariée	Ouest	
Armelle	établissement pour handicapés	1964	Mariée	Ouest	
Catherine	Hôpital	1959	Vie maritale	Ouest - Semi rural	Remplaçante puis désormais coordinatrice dans un service de soins à domicile
Pierre	Hôpital	1955	Divorcé Et remarié	Ouest - urbain	Cabinet SCP
Sylvie	Au domicile où est le cabinet	1956	Mariée	Sud Ouest urbain	Association sans contrat
Flora	Au domicile où est le cabinet	1963	Célibataire	Sud Ouest urbain	Association sans contrat
Michel	Au domicile	1956	En couple	Sud Ouest urbain	SCM
Christine	Au domicile	1967	Mariée	Sud Ouest	Cabinet et remplaçante à mi-temps
Alice	Au domicile	1962	Divorcée	Sud Ouest	Cabinet remplacement
Sabine	Au domicile où est le cabinet	1963	Divorcée	Sud-Ouest	Association puis arrêt. Travaille à mi-temps dans un Centre d'aide par le travail et prises de sang pour un laboratoire
Adèle	Au domicile (pas de cabinet)	1960	Divorcée	Sud-Ouest	Association, cabinet seule
Marguerite	Au domicile où est le cabinet	1950	Mariée	Sud Ouest	Association

Josette	Au domicile où est le cabinet	1963	Mariée	Sud Ouest	Association
Véronique	Cabinet	1964	Mariée	Sud Ouest	Association sans contrat puis cabinet
Solange	Cabinet	1974	Mariée	Sud Ouest	Collaboratrice
Denise	Au domicile (pas de cabinet)	1956	Mariée	Franche-Comté montagne	Cabinet seule puis avec une collègue
Laure	Au domicile (pas de cabinet)	1974	Mariée	Franche-Comté montagne	Cabinet avec une autre infirmière
Viviane	Au domicile	1958		Franche-Comté montagne	Rachat de clientèle seule puis association
Karine	Au domicile	1964		Franche-Comté montagne	Association
Odette	Au domicile	1960	Mariée	Banlieue parisienne	Collaboration, puis cabinet avec 3 et 2 infirmières
Geneviève	Cabinet	1959	Mariée	Banlieue parisienne	Remplacement puis association
Aimé	Cabinet	1959	Divorcé	Banlieue parisienne	Cabinet avec un infirmier et un kinésithérapeute
Malika	Cabinet	1962	En couple	Banlieue parisienne	Cabinet seule. Entente avec une autre infirmière pour les congés
Jacqueline	Cabinet	1948	Mariée	Ouest - urbain	Collaboration cabinet de 5 infirmières
Françoise	Cabinet	1956	En couple	Ouest - semi rural	Association
Ankita	Cabinet	1957	Mariée	Ouest - rural	Collaboratrice puis cabinet avec une autre infirmière
Fabrice	Au domicile	1971	Marié	Ouest - rural	Collaboration (projet d'association)
Irène	Au domicile	1956	En couple	Ouest - rural	Association
Léa	cabinet	1948	Mariée	Ouest - rural	Installation seule, puis collaboration
Élisabeth	Au domicile où est le cabinet	1946	Mariée	Ouest - rural	Cabinet seule
Rolande	Au domicile	1940	Veuve	Ouest - rural	Association puis seule depuis 2000
Agnès	Au domicile	1955	Mariée	Ouest - rural	Association avec des collaborateurs
Claire	Au domicile	1957	Mariée	Ouest - rural	Installation directe association de fait
Thierry	cabinet	1955	Marié	Ouest - urbain	Association (trois infirmiers et un kinésithérapeute)
Gaël	Bureau Faculté UBO	1961	Marié	Ouest - semi rural	Cabinet

Questionnaire diffusé en 1999-2000

LE METIER D'INFIRMIERE LIBERALE

● Votre arrivée dans le métier...

1- Avez-vous travaillé avant votre entrée en formation d'infirmier(ière) ?

Oui Non

↳ Si oui, pouvez vous préciser de quels emplois il s'agissait (en ne retenant que les trois derniers, en dehors des éventuelles périodes de chômage)

Durée	Types d'activités professionnelles <i>(Exemple :secrétaire dans une agence de voyage)</i>

2- Avant votre entrée en formation d'infirmier(ière), ou dans le même temps, avez-vous tenté d'autres examens ou concours ouvrant sur des formations et métiers différents ?

Oui Non

↳ Si oui, merci de préciser lequel ou lesquels :
.....

3- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat (ou son équivalent) ?

↳ 19....

4- Le centre de formation où vous avez obtenu votre diplôme d'état (ou son équivalent) se trouve dans quel département ?

↳ Département :

↳ Ce centre était de statut : Public Privé

5- Pouvez-vous récapituler vos cinq dernières années d'exercice professionnel (au maximum) en tant qu'infirmier(ière) avant votre installation en libéral ?

Je me suis directement installé(e) à la fin de ma formation et je ne suis pas concerné(e)

J'ai effectivement travaillé après mon diplôme (merci de remplir le tableau)

Durée	Type d'emploi (<i>par exemple : infirmière en service de cardiologie dans un hôpital, ...</i>)

6- Qu'est ce qui, selon vous, est le plus difficile à supporter dans un travail en hôpital ?

(classer de 1 à 3 les raisons principales)

1. Les horaires
2. La faible considération du personnel infirmier par les médecins
3. Le poids de la hiérarchie administrative
4. Le revenu trop faible eu égard aux responsabilités
5. L'entente pas toujours facile avec les autres personnels (les surveillants, les aides soignantes...)
6. La faible variété des actes et gestes techniques à accomplir
7. Les relations trop superficielles avec les malades
8. Autre : précisez.....

1. 2. 3.

7- En quelle année avez-vous commencé à travailler en secteur libéral ?

↳ 19...

↳ Cela a-t-il correspondu à un événement particulier de votre vie personnelle, familiale (déménagement, rupture...)?

Oui Non

↳ Si oui lequel ?.....

8- Au moment de votre installation en libéral, avez-vous hésité entre ce choix et d'autres opportunités (devenir cadre, passer à temps partiel, changer de service...)?

Oui Non

↳ Si oui, quelle(s) était(ent) cette(ces) opportunité(s) ?.....

9- Comment avez-vous débuté ?

- Remplaçant(e) (sans feuille) pendant mois
- Collaborateur(trice) (avec ses propres feuilles)
- Installation d'un nouveau cabinet tout(e) seul(e)
- Installation d'un nouveau cabinet avec un ou plusieurs associés
- Rachat d'une part de clientèle dans un cabinet qui existait déjà
- Rachat d'une clientèle à moi-seul(e) (avec présentation par la précédente infirmière)
- Autre cas de figure (précisez lequel) :

10- Quelle est votre situation actuelle ?

- Je travaille tout(e) seul(e)
- Je travaille avec un ou plusieurs associés mais chacun garde son chiffre d'affaires
- Je travaille avec un ou plusieurs associés et le chiffre d'affaires est partagé
- Je suis collaborateur(trice) et j'ai mes feuilles
- Je suis remplaçant(e) et travaille avec les feuilles de (ou des) infirmier(s) que je remplace
- Autre cas de figure (précisez lequel) :

11- Exercez-vous dans

- Un bourg rural (moins de 2 000 habitants)
- Une petite ville (2 000 à 10 000 habitants)
- Une ville moyenne (10 000 à 50 000 habitants)
- Une grande ville (plus de 50 000 habitants), laquelle :

12- Habitez-vous dans la commune où est installé votre cabinet ?

- Oui
- Non

● Votre pratique professionnelle aujourd'hui...

13- Pour quelles raisons avez-vous choisi de travailler en libéral ? (classer de 1 à 3 les raisons principales)

1. Maîtrise des horaires de travail
2. Diversité des actes et des situations rencontrés
3. Revenus plus conséquents
4. Lassitude du cadre de travail antérieur (en hôpital, etc...)
5. Impossibilité de trouver un emploi dans un autre cadre
6. Relations différentes avec les patients
7. Choix de ses collègues de travail
8. Satisfaction de « monter sa propre affaire »
9. Autre : précisez :

1. 2. 3.

14- Avez-vous par ailleurs un autre emploi rémunéré ?

- Oui
 - Non
- ↳ Si oui lequel ? (exemple « à mi-temps dans un I.M.E., etc... »)
-

15- En moyenne, toutes activités confondues, vous travaillez par semaine

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 30 heures | <input type="checkbox"/> Entre 30 et 39 heures |
| <input type="checkbox"/> Entre 40 et 49 heures | <input type="checkbox"/> Entre 50 et 59 heures |
| <input type="checkbox"/> Entre 60 et 70 heures | <input type="checkbox"/> Plus de 70 heures |

16- pour évoquer les personnes que vous soignez, vous parlez le plus souvent de *(une seule réponse possible)*

- Patients Clients
 Malades Autre (quelle nomination) :

17- Vous est-il arrivé, au cours des 4 dernières semaines

1. D'effectuer des achats pour vos patients
2. De leur poster du courrier
3. D'effectuer des petits aménagements ou réparations à leur domicile
4. De les aider à rédiger des papiers administratifs n'ayant pas de lien avec votre activité
5. De contacter (par téléphone, etc...) leur famille
6. De leur rendre d'autres services sans lien direct avec votre activité professionnelle (auprès de services sociaux, etc...). Précisez lesquels :

.....
.....

↳ Parmi ces services, quels sont les plus fréquemment rendus ? *(classez selon la fréquence)*

1. 2. 3.

18- Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu l'occasion de refuser de nouveaux patients ?

- Oui Non

↳ Si oui pour quelles raisons ?

19- Quelles sont, selon vous, les deux principales qualités requises pour exercer en libéral ?

- ↳ 1.
↳ 2.

20- Ressentez-vous la concurrence d'autres infirmiers libéraux ?

- Oui, très clairement Oui, mais elle est plutôt faible
 Non, pas vraiment Sans opinion

21- Ressentez-vous la concurrence des centres de soins ?

- Oui Non

↳ Si oui, comment se manifeste-t-elle?

22- Ressentez vous la concurrence de services d'hospitalisation à domicile (HAD) ?

- Oui Non

↳ Si oui, comment se manifeste-t-elle?

23- Spontanément, comment qualifieriez-vous vos relations avec les médecins généralistes ?

(2 propositions maximum)

- ↳ 1.
↳ 2.

24- Comment qualifiez-vous, dans l'ensemble, vos relations avec les caisses de sécurité sociale ?

(une seule réponse possible)

- Purement administratives
 Ouvertes au dialogue
 Compréhensives vis à vis des situations particulières auxquelles on peut être confrontées
 Sourcilieuses sur les textes et les règlements

25- Avant la mise en place des quotas, vous réalisiez plus de 18 000 actes par an ?

- Oui Non Je n'étais pas encore en activité

26- L'an dernier, vous avez effectué environ combien d'actes ?

- Moins de 12 000 De 12 000 à 14 000
 De 14 000 à 16 000 De 16 000 à 18 000
 De 18 000 à 20 000 Plus de 20 000

27-Quelle était approximativement la part d'A.I.S. dans votre activité de l'année dernière ?

- Moins du tiers Entre 35 % et 45 %
 Entre 45 % et 55 % Entre 55 % et 65 %
 Entre 65 % et 75 % Plus des ¾

28- Le magazine « Rebondir » du mois de mars 1999 évoque un revenu moyen net de 13 00 francs pour un(e) infirmier(ière) libéral(e) effectuant à peu près 60 heures par semaine. Pensez-vous que cette estimation soit :

- Très supérieure à la réalité
 Plutôt supérieure à la réalité
 Proche de la réalité
 Plutôt inférieure à la réalité
 Très inférieure à la réalité

29- Etes-vous ou avez-vous été syndiqué(e) en tant qu'infirmier(ière) libéral(e) ?

- Oui Je l'ai été mais je ne le suis plus
 Non ↳ Pour quelles raisons ? :

30- Si vous l'avez été ou que vous l'êtes encore, pouvez vous signaler de quel(s) syndicat(s) il s'agissait ou il s'agit ?

↳

31- Avez-vous effectué des stages de formation complémentaire avant votre installation en libéral ?

Oui Non

↳ Si oui dans quelle(s) spécialité(s) (exemple : chimiothérapie à domicile, soins palliatifs, etc...)

.....

32- Avez-vous effectué de tels stages depuis votre installation en libéral ?

Oui Non

↳ Si oui, lequel (ou lesquels) ?

● Et l'avenir ?...

33- Envisagez-vous, dans les prochaines années, de poursuivre votre activité professionnelle autrement qu'en libéral ?

Oui Non

↳ Si oui pour quelle(s) raisons ?

34- Si vous deviez mettre fin à votre pratique en libéral tout en continuant à être infirmier(ière), vous iriez plutôt vers

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> L'hôpital | <input type="checkbox"/> Une clinique |
| <input type="checkbox"/> Un établissement pour personnes âgées | <input type="checkbox"/> La médecine scolaire |
| <input type="checkbox"/> La médecine du travail | <input type="checkbox"/> Un centre de soins |
| <input type="checkbox"/> Un centre de cure | <input type="checkbox"/> Un établissement ou un service social |
| <input type="checkbox"/> Autre (merci de préciser) : | |

35- Conseilleriez-vous aux jeunes infirmiers(ères) de s'installer en libéral ?

Oui

↳ Pour quelles raisons principales :

.....

Non

↳ Pour quelles raisons principales :

.....

36- Pour employer des termes de la météo, l'avenir de la profession d'infirmier(ière) libéral (e), il est plutôt placé sous le signe ?

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ensoleillé | <input type="checkbox"/> Peu nuageux | <input type="checkbox"/> Couvert |
| <input type="checkbox"/> Perturbations en vue | <input type="checkbox"/> Orageux | <input type="checkbox"/> Avis de grosse tempête |

● Nous voudrions mieux vous connaître....

Votre scolarité...

37- Votre scolarité secondaire (de la sixième à la terminale) s'est déroulée ?

- Entièrement dans l'enseignement public
 Majoritairement dans l'enseignement public
 Entièrement dans l'enseignement privé
 Majoritairement dans l'enseignement privé

38- Quelle classe de l'enseignement secondaire avez-vous fréquentée en dernier lieu ? (seconde, terminale, etc...)

↳

39- Avez-vous redoublé durant votre scolarité secondaire (de la sixième à la terminale) ?

- Oui, une fois Oui, deux fois Oui plus de deux fois Non

40- Quel diplôme de l'enseignement secondaire (et quelle série de bac par exemple) avez-vous obtenu ?

↳

41- Avez-vous entrepris des études supérieures avant votre entrée en formation d'infirmier ?

- Oui Non

↳ Si oui, merci de préciser lesquelles :

Votre famille...

42- Avez-vous, dans votre famille proche (en dehors de vos parents, de vos frères et sœurs), des personnes exerçant un métier dans les secteurs sanitaire ou social ?

	Degré de parenté (ex : « tante »)	Métier exercé (exemple : « assistante sociale »)
1		
2		
3		

43- Quel était le métier qu'exerçait votre père (merci d'être le plus précis possible) ?

À votre naissance ?	
Alors que vous aviez 10-11 ans ?	
Dernier métier exercé ?	

44- Votre père a t-il eu (a t-il toujours) des activités dans des associations ?

- Oui, dans une ou plusieurs associations
↳ Si oui, pouvez-vous les citer ?.....

Non, il n'en a pas eu

45- Votre père a t-il eu des responsabilités dans le cadre religieux (conseil de paroisse, etc...) ?

- Oui Non
↳ Si oui, merci de préciser quelle(s) responsabilité(s) :

46- Votre père va t-il, à des célébrations (messes...) ?

- Toutes les semaines De temps en temps, aux grandes fêtes religieuses
 1 ou 2 fois par mois Uniquement pour les cérémonies
 Jamais

47- Quel était le métier qu'exerçait votre mère ?

À votre naissance ?	
Alors que vous aviez 10-11 ans ?	
Dernier métier exercé ?	

48- Votre mère a t-elle eu (a t-elle toujours) des activités dans des associations ?

- Oui, dans une ou plusieurs associations
↳ Si oui, pouvez-vous les citer ?.....
 Non, elle n'en a pas eu

49- Votre mère a t-elle eu des responsabilités dans le cadre religieux (catéchèse, etc...) ?

- Oui Non
↳ Si oui, merci de préciser quelle(s) responsabilité(s) :

50- Votre mère va t-elle, à des célébrations (messes...) ?

- Toutes les semaines De temps en temps, aux grandes fêtes religieuses
 1 ou 2 fois par mois Uniquement pour les cérémonies
 Jamais

51- Combien avez-vous eu de frères et de sœurs (comptez les éventuels demi-frères, demi-sœurs) ?

- ↳
Quel est votre rang dans la fratrie ? (aîné, troisième...) :

52- Si vous avez eu un ou plusieurs frères et sœurs, pouvez vous préciser pour les uns et pour les autres (Si vous êtes plus de quatre, ne retenir que les plus âgés)

	Leur âge	Leur sexe	Le dernier diplôme obtenu	La profession actuelle ou préparée	La profession actuelle ou préparée de leur conjoint
1					
2					
3					
4					

53- Vous êtes Un homme Une femme

54- Vous êtes né(e) en : 19....

55- Vous êtes originaire de quelle région ? (exemple : Bourgogne, Alsace, ...)

↳

56- Vous êtes : Célibataire Séparé(e) Veuf(ve)
 Marié(e) Divorcé(e)

57- Si vous n'êtes pas marié(e), vous vivez :

Seul(e) En couple

58- Si vous êtes marié(e) ou si vous vivez en couple, quel est le métier qu'exerce votre conjoint(e) ou votre compagnon (compagne) ?

↳

59- Avez-vous des enfants ?

Oui Non

↳ Si oui, combien ?

↳ Pouvez-vous préciser, pour les quatre plus âgés :

	Sexe	Année de naissance	Dernier diplôme obtenu	Métier préparé ou exercé
1				
2				
3				
4				

60- Avez-vous fait partie, durant votre enfance ou votre adolescence, d'un mouvement de scoutisme ?

Oui Non

↳ Si oui, jusqu'à quel âge :

61- Avez-vous fait partie d'un mouvement de jeunesse, comme un patronage laïque, un chantier de jeunesse ou la JOC, la JAC, le MEJ, etc. ?

Oui Non

↳ Si oui, pouvez vous préciser lequel ou lesquels ?.....

62- Avez-vous été inscrit(e) à des activités de secourisme avant votre formation d'infirmier ?

Oui Non

63- Pouvez-vous nous dire quelle est votre religion ?

Catholique Protestante
 Juive Musulmane
 Autre Je suis athée

64- Si vous avez une religion, allez-vous à des célébrations (messe, ...) ?

Toutes les semaines De temps en temps, aux grandes fêtes religieuses
 1 ou 2 fois par mois Uniquement pour les cérémonies
 Jamais

65- Avez-vous le sentiment d'avoir vécu durant votre enfance ou durant votre adolescence un événement particulièrement marquant, sinon douloureux (décès d'un parent, maladie frappant un proche ...) ?

Oui Non, pas particulièrement

↳ Si oui, pouvez vous préciser en quelques mots quels ont été ces événements ?

.....

66- A votre sens, ces événements ont-ils eu une influence sur le choix de votre métier d'infirmier ?

Non pas particulièrement
 Oui assurément
 Oui dans un certaine mesure

↳ Si oui, pouvez vous l'expliquer en quelques mots ?.....

Nous vous remercions de votre collaboration.