

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

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Le métier d'infirmière libérale
Tome 1

Alain Vilbrod - Florence Douguet
Avec la collaboration de Sonia Lefevre 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-IRESO-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

Introduction	5
Première partie - Repères historiques et premières données de cadrage	11
11. L'histoire longue d'un métier encore mal configuré	11
12. Des effectifs qui augmentent mais des professionnelles qui vieillissent.....	21
Deuxième partie - Les trajectoires des infirmières libérales	33
21. Les contextes familiaux.....	33
211. Des origines sociales assez singulières.....	33
Les origines sociales des infirmières.....	35
Les origines sociales des infirmières libérales.....	41
212. La socialisation familiale.....	46
L'influence de parents exerçant eux-mêmes une profession de santé	46
« Le goût de l'indépendance »	47
Un rapport particulier au temps et à l'espace.....	51
Quand on a des parents fonctionnaires.....	52
L'influence de la fratrie.....	55
La parentèle en renfort	60
Époux et belles familles : un troisième cercle possiblement efficace.....	63
Les valeurs transmises	68
Devenir infirmière : la trame des représentations de mémoire	73
Conclusion	79
22. Les parcours scolaires et de formation	81
221. Les trajectoires scolaires.....	81
Des ambitions souvent mesurées, parfois contrariées.....	86
Une scolarité courte débouchant sur des classes spéciales de préparation au concours d'entrée en IFSI.....	87
L'indétermination des titulaires d'un bac A.....	89
Le bac B, une filière refuge.....	91
La filière D, une voie royale pour devenir infirmière libérale ?	93
La filière F 8, une pépinière ?	95
Des autres voies projetées aux études supérieures effectivement entreprises.....	96
222. La formation en école d'infirmières	99
Une socialisation professionnelle parfois déjà entamée en amont.....	100
L'inscription en IFSI.....	102
Durée et rythme de la formation	104
L'école d'infirmières, une institution totale ?.....	106
Des formatrices fort peu évoquées, des médecins « <i>pour qui souvent, on était transparente</i> »	107
Des mises en situation éprouvantes	110
Le ferment de la révolte ?	115
Le libéral, un non-lieu.....	117
Des stages matriciels.....	120
Conclusion	121

23. Les modes d'entrée dans le métier	121
231. Les premiers postes en hôpital ou en clinique	123
232. La critique des conditions de travail	133
233. L'arrivée dans l'exercice libéral	147
Du temps où s'installer directement était encore possible au « sas » d'un travail en centre de soins infirmiers	147
Le libéral, faute de mieux	151
La recherche d'une conciliation entre travail et vie de famille... ..	155
Gagner en revenus.....	156
Les premiers contacts avec le monde du libéral.....	157
Les premières tournées.....	160
Conclusion	162
24. Les modes d'exercice	163
241. Cadre juridique et modes d'entrée dans la pratique libérale.....	164
Le démarrage de l'activité libérale.....	167
242. Le fonctionnement du cabinet.....	176
Des modes d'organisation variés, mais sources de continuité des soins.....	177
La délicate question des congés et des remplacements.....	180
Les relations entre collègues : entre solidarités et tensions au travail.....	181
Les contraintes ressenties du travail administratif	184
Pour conclure : quelques styles de fonctionnement des cabinets infirmiers	189
243. L'utilisation du cabinet infirmier.....	190

Introduction

Fort peu d'études se sont attardées sur le métier d'infirmière libérale. Ce fait est *a priori* plutôt étonnant, compte tenu de la place particulière qu'occupent, au sein des interventions médicales à domicile, les quelques 55 000 professionnel(le)s en exercice en France aujourd'hui¹.

Bien des explications à une telle carence peuvent être avancées, au-delà du « tropisme médical » qui tend à aboutir à une profusion d'études portant sur les médecins mais à de relatifs silences sur certaines professions sanitaires moins en vue.

À l'inverse des infirmières hospitalières, objet de nombreuses recherches, la grande dispersion des lieux d'exercice peut expliquer le constat indéniable que les investigations quantitatives approfondies portant sur ce métier à part entière ont fait jusqu'alors défaut. Il en va également de même pour ce qui concerne les recherches plus qualitatives. Ici, leur accaparement attendu, leurs réticences présumées à exposer par le menu tel ou tel aspect de leur pratique ou à être l'objet d'observations directes au fil de leurs tournées ont pu décourager plus d'un. Le fait enfin que ces infirmières travaillent dans un cadre qui n'a pas vraiment d'équivalent dans les autres pays de la Communauté européenne a pu jouer aussi. Ainsi donc, s'il existe quelques ouvrages donnant la part belle aux témoignages et des livres plus axés sur les problèmes d'installation d'un cabinet, de gestion, etc., le bilan des publications en sciences sociales est, quant à lui, quasi inexistant.

Point n'est besoin pourtant de longue réflexion pour relever en quoi cette profession connaît de profondes mutations et se trouve désormais à la croisée des chemins.

Les études portant sur les médecins généralistes ont révélé, « en creux » en quelque sorte, combien une part croissante d'entre eux interpellait sinon contestait le rôle des infirmières libérales. Cette remise en cause de leur champ de compétences a pu, ici et là, se traduire par des empiètements dans ce qui faisait leur spécificité mais surtout par des revendications des médecins à être, et eux seuls, les garants de la cohérence des interventions des différents professionnels du soin à domicile. La Démarche de soins infirmiers (DSI), récemment mise en place, a exacerbé assurément les tensions entre les différentes catégories de professionnels, sans compter qu'elle a été au cœur de vives polémiques entre les syndicats du secteur, révélant par la même combien les conceptions du métier peuvent diverger parmi des professionnelles loin d'être soudées.

Par ailleurs, plusieurs procédures judiciaires, diligentées par des syndicats d'infirmières libérales, pour exercice illégal de la médecine, ont aussi mis en lumière la question de leurs prérogatives. Elles ont souvent porté sur les pratiques d'aides ménagères et d'aides-soignantes qui, en matière de soins, outrepassaient, selon ces syndicats, leurs compétences. Sur un autre registre, la plupart des institutions accueillant des personnes âgées doivent désormais disposer de leur propre personnel infirmier, là où très souvent auparavant

¹. Les femmes représentent, selon environ 86 % de ces professionnels exerçant en libéral. (Données de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), Le secteur libéral des professions de santé en 2003, « *Carnets statistiques* », n° 111, 2005, p. 104.) Le féminin l'emporte donc. Si, entorse assumée à la grammaire, nous opterons ici pour l'utilisation générique du féminin, nous veillerons à effectuer des distinctions entre infirmières et infirmiers quand cela sera nécessaire.

les infirmiers libéraux disposaient là d'une part de leur clientèle. Enfin le développement des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui voient notamment des aides soignantes salariées intervenir pour le compte de services mis en place par des Centres communaux d'action sociale (CCAS), des associations intercommunales, etc. ne va pas non plus sans inquiéter des infirmières libérales qui voient ainsi peu à peu se réduire le domaine de leurs interventions.

À l'heure où, nous le verrons, la part des dits AIS (actes de soins infirmiers : soins d'hygiène associés à la toilette, appelés aussi soins de « *nursing* ») va croissante dans l'activité des infirmiers et infirmières libéraux, au détriment des Actes médico-infirmiers (AMI) réputés plus « techniques », les frontières qui se disputent, les périmètres qui se réaménagent, sont autant d'indices d'une profession qui est sur la sellette, qui peine à définir et à faire reconnaître l'espace de travail qu'elle a en propre. De fait, la définition du soin infirmier n'est pas une donnée intrinsèque ; on le voit bien avec les enjeux de la renégociation régulière de la nomenclature des actes qu'elles sont autorisées à accomplir et qui donnent lieu à remboursement par la Sécurité sociale. On peut comprendre alors en quoi, au fil des dernières années, des revendications portant sur leur perte de statut, sur la diminution de leur revenu (évoquée mais non avérée, de fait) ont été au centre de bien des contestations ; ces professionnelles exprimant finalement leur sentiment d'être flouées et sacrifiées sur l'autel du déficit de la Sécurité sociale.

Se pose alors une question d'importance : quelle est la teneur réelle de leur travail ? Il faut bien constater que, pour l'heure, une part de ce qu'elles entreprennent est largement méconnue. Les actes codés, répertoriés par la dite « Nomenclature générale des actes professionnels » (NGAP) ne paraissent déjà rendre compte que très partiellement de tout ce qui est réalisé par ces professionnelles, tant notamment nombre de biais se logent dans le codage des actions entreprises. De plus les prestations effectuées ne se réduisent pas, on s'en doute, à la mise en œuvre normée de protocoles indépassables. Chacun en convient volontiers mais pour autant bien des versants de leurs pratiques effectives demeurent fort peu explorés. Métier empreint d'une technicité avérée, c'est aussi un exercice qui met en jeu à chaque fois une relation singulière, c'est un métier relationnel ou d'ailleurs le dire et le faire ne peuvent être dissociés. Ainsi, en deçà et au-delà des procédures, les infirmières libérales jouent sur les valeurs, cherchent à impulser du sens. Tout cela requiert, sans doute aucun, des aptitudes techniques mais aussi des compétences au maniement de symboles. Infirmière libérale, c'est un métier sans faux-semblants, un métier où l'on s'implique, où l'on donne de soi, où l'on est en permanence renvoyé à soi. Enfin, pour en revenir au registre des pratiques, on sait bien que ces infirmières libérales, sont amenées, quelquefois bon gré mal gré, à outrepasser leur rôle, à gérer les liens avec les familles, avec d'autres professionnels, à « dépanner » de mille et une façons une part de leur clientèle, âgée, dépendante pour laquelle cette femme de métier est peut-être la personne qu'elle côtoie le plus régulièrement. Pour autant, là encore, on ne peut que souligner la relative méconnaissance de tout ce qu'elles peuvent mettre en œuvre.

Sur l'étendue de leurs activités, plutôt mal connues car perçues, on l'a compris, à travers un prisme déformant, celui des actes répertoriés ; sur la part de symboles, de valeurs impulsées, d'engagement personnel, quasi jamais restituée, les infirmières sont pourtant assez prolixes pour peu qu'on les écoute. Elles ont à dire assurément sur leurs représentations du métier (et de son avenir...), sur leurs conditions de travail, sur ce qu'elles donnent, sur ce qu'elles reçoivent, sur ce que cela leur apporte aussi. On mesure alors tout ce qui peut

renvoyer au malaise qu'une large part d'entre elles ne manque pas de manifester. Entre accaparement à la tâche et sentiment de ne pas être reconnues à la juste valeur de tout ce qu'elles entreprennent, se donne ainsi souvent à entendre une certaine désillusion dans l'exercice d'une profession, libérale certes, mais de fait largement administrée.

Tels sont du moins les premiers constats que nous avons effectués, quand, en 2000, nous avons entamé une première recherche, empirique d'abord, de plus en plus resserrée ensuite, auprès d'infirmières libérales. Pour être une initiative personnelle de l'un d'entre nous, l'investigation diligentée s'inscrivait dans le droit fil de recherches menées précédemment sur les éléments fondateurs de l'identité professionnelle au sein des métiers de l'intervention sociale. Choisir de se tourner vers le métier d'infirmière libérale allait dans le sens d'une volonté d'ouverture de la recherche mais aussi d'un intérêt pour un métier en pleine mutation. Nous avons pu également mesurer, au fil de tournées à domicile réalisées avec quelques professionnelles, au cours d'une phase exploratoire, combien leurs tâches effectives dérogeaient aux représentations communes, combien aussi la plupart d'entre elles s'interrogeaient sur l'évolution de leur métier.

Ainsi, avant que la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé et de la Protection sociale nous sollicite, nous avons donc déjà réalisé une première campagne d'entretiens avec l'aide d'étudiants en sociologie de l'Université de Bretagne Occidentale. Plus de 100 infirmières et infirmiers libéraux avaient alors été interrogés. Ces entretiens avaient porté sur leur itinéraire biographique, sur leurs motivations pour leur mode actuel d'exercice, sur les circonstances de leur arrivée dans la pratique libérale, sur toutes leurs activités déployées, « cotées » ou non, sur leurs interactions avec les autres professionnels du soin ou les aidants familiaux, leurs représentations du métier et de son avenir aussi...

Parallèlement nous avons réalisé une enquête par questionnaires auprès de 1 004 infirmières et infirmiers libéraux. Ici l'échantillon avait été conçu sur la base des données statistiques disponibles auprès des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et de la Drees (avec des variables tels que le genre, l'âge, la répartition géographique dans l'hexagone, l'ancienneté dans l'exercice libéral, etc.). Les thèmes abordés étaient similaires à ceux de la première enquête, les limites inhérentes à un tel mode d'investigation étant compensées par le nombre significatif de professionnelles – un millier – ayant répondu à notre sollicitation. Complétant utilement les données statistiques disponibles, que nous mobiliserons aussi, nous serons amenés assurément à y faire référence.

Par la suite, dans le cadre cette fois de la présente recherche, nous avons réalisé une seconde campagne d'entretiens, bien plus approfondis que les premiers. Au total nous nous sommes entretenus alors avec quelques 50 infirmières libérales travaillant aussi bien dans de grandes agglomérations que dans des régions très rurales, et ce aux quatre coins de l'hexagone.

L'étude que nous présentons se décline en cinq parties complémentaires :

La première partie a pour objectif de dresser en quelque sorte le décor, de faire un point sur un certain nombre de données de cadrage. Sans longueur excessive, il nous paraît nécessaire d'exposer quelques repères d'une histoire matricielle, celle des infirmières

hospitalières, et de repérer aussi quand et pour quelles raisons, peu à peu des infirmières attachées à aller au domicile des patients se sont détachées de la profession première dont elles étaient issues. Toujours en termes de données de cadrage, nous exposerons un premier point sur l'état des connaissances démographiques portant sur ces professionnelles. Nous ne pourrons alors que souligner que l'on manque encore parfois de précision dans la connaissance des contours même de ce métier.

La seconde partie portera sur les trajectoires des unes et des autres, informées sur la base de quatre points qui chacun feront l'objet d'un chapitre à part entière. En premier lieu nous aborderons les contextes familiaux et leur éventuelle influence sur le choix non seulement du métier d'infirmière mais aussi sur l'option retenue de l'exercer un jour en libéral, avec une question pendante : en quoi devenir infirmière libérale serait en quelque sorte une affaire de famille ? En second lieu nous nous intéresserons à l'impact du cursus scolaire secondaire puis du passage dans un Institut de formation aux soins infirmiers (IFSI), avec notamment ces étapes on ne peut plus structurantes que sont les stages, souvent déterminants pour la suite. Ensuite nous passerons en revue les différents modes d'entrée et la trajectoire professionnelle dans le métier d'infirmière, débutant en règle générale par un emploi dans un hôpital, au sein de services qui peuvent être très différents à bien des égards les uns des autres, puis à un moment donné de la carrière, le pas franchi d'exercer en libéral, pour des raisons qui toutes méritent l'on s'y arrête. Enfin nous étudierons tout ce qui a trait à la trajectoire professionnelle dans l'exercice libéral, incluant non seulement les différents modes possibles d'exercice du métier (seule puis en association, etc.) mais aussi la mobilité géographique et d'autres variables d'importance encore.

La troisième partie de notre étude aura trait aux pratiques professionnelles des infirmières libérales. Notre recherche explorera alors le métier d'infirmière libérale sous trois angles. D'une part, il va s'agir de rendre compte des différentes dimensions de l'activité de ces professionnelles, d'autre part de mettre au jour la teneur des relations qu'elles sont susceptibles d'entretenir avec les différents partenaires de leur intervention : les patients et leurs familles en premier lieu, cela va de soi, mais aussi les médecins et les autres auxiliaires médicaux, leurs collègues comprises, les institutions accueillant les personnes âgées, qui sont bien l'essentiel de leur clientèle, les Caisses d'assurance maladie enfin qui sont les organismes qui les chapeautent, les contrôlent, les rémunèrent sur la base des soins effectués et des informations que chacune leur fait parvenir. Enfin nous nous arrêterons sur leurs conditions de travail. Ici, un certain nombre de choix s'imposait. Nous n'avons retenu alors que quatre entrées qui pour autant nous paraissent finalement rendre compte de tout ce que peut représenter le fait d'ainsi exercer en libéral. Nous nous arrêterons ainsi d'abord sur la question des déplacements, qui caractérise en propre un métier où ces infirmières passent beaucoup de temps en voiture, plus sans nul doute qu'à leur cabinet par exemple. Ensuite nous aborderons la question toujours délicate puisqu'au cœur de bien des revendications, des revenus. Dans un troisième temps nous nous pencherons sur les enjeux de la formation continue et enfin nous ferons un tour d'horizon de l'action des syndicats professionnels qui tous cherchent à capter les suffrages et à mobiliser ces infirmières libérales.

Au fil de la quatrième partie, nous aborderons les représentations du métier. Les infirmières que nous avons rencontrées ont exprimé leurs perceptions au regard des avantages

et des inconvénients liés à l'exercice du métier en libéral, en faisant référence notamment à leur expérience hospitalière antérieure. De ce point de vue, si l'exercice en libéral offre la possibilité de « gérer personnellement son planning » ou encore d'échapper à la contrainte hiérarchique hospitalière et à la faible reconnaissance des personnels non médicaux, il peut aussi conduire à exprimer un sentiment de solitude et à déplorer l'absence d'une camaraderie et d'une solidarité propre au travail en équipe. De plus, nombre d'entre elles relèvent la perte de technicité inhérente à leur métier, du fait d'une pratique dans laquelle prédominent les actes de *nursing*. Quand il s'agit alors de prendre position sur la question des conseils à donner aux jeunes infirmiers aspirant à s'installer en libéral, les réponses sont plutôt négatives. Les points positifs les plus souvent retenus ; meilleure approche du patient, indépendance, liberté pour gérer son travail, ne viennent pas contrebalancer les points négatifs. L'incertitude dans l'avenir, du fait notamment des restrictions budgétaires, ... le dispute à la difficulté, au jour le jour, de gérer son temps, de résister à l'accaparement. Finalement les infirmières libérales qui affichent le plus leur satisfaction sont celles qui ont opté pour le statut de remplaçante, ce qui ne va pas sans poser question...

La cinquième partie enfin sera spécialement consacrée à la « vie à côté », étudiée à partir des résonances d'un métier auquel les unes et les autres paraissent bien s'adonner avec passion, mais en ayant alors parfois toutes les peines du monde à « décrocher ». Ce faisant nous n'aborderons là que quelques lignes de force, tant il y aurait assurément à dire. L'activité qui est la leur implique un engagement à la fois de l'esprit et du corps. Côtayer la maladie, la souffrance, la mort ne laisse pas insensible. C'est affaire de santé psychique sans nul doute, mais aussi de santé proprement physique, si tant est que l'on puisse délier les deux. Porter, soulever, se baisser, ... bien des contraintes inhérentes au métier ont des répercussions que nous voudrions *a minima* rapporter. La vie privée est aussi largement influencée par un métier auquel les infirmières donnent généralement beaucoup, en temps, en disponibilité, en énergie. Cela n'empêche pas ces femmes d'avoir souvent une vie de famille. Cela pour autant ne se fait pas sans tiraillements. Il y a des grossesses menées dans des conditions à faire frémir parfois, des enfants dont elles se sont souvent dit, après coup, qu'elles n'en ont pas assez profités tant le métier s'est révélé plus accaparant qu'elles le pensaient souvent au départ. Et puis, malgré tout pourrait-on dire, il y a des femmes qui aspirent à ne pas délaisser pour autant d'autres engagements, plus personnels – vie associative, loisirs, etc. – ou menés en couple, ce couple qui, si elles n'y prennent garde, peut pâtir d'une vie professionnelle intense.

Le métier d'infirmière libérale n'a jamais été véritablement exploré, pour l'heure, sous l'angle de la sociologie. De fait, l'état des lieux que nous allons exposer présentement vient combler une lacune finalement assez étonnante, tant il y a des domaines à explorer et, potentiellement des découvertes à réaliser. Ce faisant, nous allons nous efforcer de ne laisser dans l'ombre aucune des dimensions essentielles de ce métier bien particulier, de l'action singulière de ces infirmières libérales dont nous nous sommes efforcés de saisir les multiples facettes, y compris en allant voir ce qui a trait à toute cette vie à côté qui apparaît largement influencée par un exercice professionnel des plus prenants, des plus passionnants aussi.

Première partie

Repères historiques et premières données de cadrage

11. L'histoire longue d'un métier encore mal configuré

Le métier d'infirmière libérale, au sens strict du terme, n'émerge qu'à la fin de la Seconde guerre mondiale, et ses effectifs seront durant les années 1950-1960 encore très réduits. Pour autant son histoire s'inscrit à plein dans une généalogie qu'il n'est pas inutile de rappeler à grands traits. Les figures emblématiques qui ont marqué l'émergence de la profession infirmière dans son entier, les courants qui ont exalté chacun à leur manière les vertus soignantes pour ainsi dire innées de ces femmes s'adonnant à leur métier cœur et âme, la domination d'un corps médical préférant à tout prendre des saintes laïques en blouses blanches aux religieuses à cornettes... Ce sont tous ces héritages que les infirmières libérales d'aujourd'hui doivent bel et bien endosser et qui éclairent d'ailleurs les tensions, les dilemmes qui continuent à traverser une profession mal affranchie des tutelles passées.

Une image rémanente perdure, quand bien même son évocation sert à renvoyer à mille lieues de l'exercice présent tout l'encens qu'elle exhale : celle de ces sublimes religieuses s'adonnant aux miséreux et aux malades, autant d'objets idylliques pour toutes celles à la recherche d'une expiation à parfaire, d'un paradis à gagner. « Ni nonnes, ni bonnes » criaient haut et fort des infirmières au comble du mécontentement dans les manifestations des années 1980, jurant en rajoutant « ni connes » qu'on ne les leur raconterait plus, ces histoires de bonnes sœurs à jamais révolues. Le fait est que cet héritage a durablement marqué les esprits ; sans doute parce qu'il n'est pas si lointain finalement. On l'oublie trop souvent, l'âge d'or des vocations c'est le XIX^{ème}², et si depuis plusieurs siècles déjà quelques ordres religieux, les augustiniennes en particulier, se sont fait spécialité d'assistance, les religieuses continuent à être très présentes dans les hôpitaux et les hospices qui se développent tout au long des années 1850-1880. Si à leurs côtés il y a bien des servantes, des filles de salle sans formation aucune, elles mènent leur monde et ne s'en laissent pas conter. De la cuisine au cellier, de la lingerie aux immenses dortoirs où les malades sont alités, ces religieuses s'affairent à la tâche. Elles sont omniprésentes dans les salles et les pavillons même si elles délèguent volontiers les soins proprement dit à un personnel subalterne – féminin cela va sans dire – aux ordres.

Guérissait-on dans ces hôpitaux ? La réponse ne peut qu'être très mitigée et n'était pas si loin le temps où il valait mieux ne pas avoir affaire aux chirurgiens et autres hommes de l'art aventureux de la saignée. Les médecins n'y font véritablement leur entrée qu'à l'avènement de la III^{ème} République et doivent d'ailleurs batailler ferme pour obtenir un monopole que leur disputent jusqu'en 1892 les officiers de santé. Les progrès médicaux, fulgurants à l'échelle ne serait-ce que des décennies passées, ne tardent pas à mettre sur le devant de la scène des personnages férus de science, Pasteur entre autres, se targuant de lutter contre l'obscurantisme qui hante encore les anciens Hôtel Dieu. Ces médecins attendent de leurs assistantes un minimum de connaissances, dans les règles élémentaires de l'asepsie par exemple, et s'accommodent mal de devoir en passer par des religieuses, dont la hiérarchie est

² Entre 1808 et 1880, le nombre de religieuses et congréganistes est multiplié par 10 ; il passe de moins de 13 000 à plus de 130 000 ; leur domaine de prédilection étant l'enseignement et le soin. À l'aube du XX^{ème} siècle on estime qu'environ 200 congrégations religieuses s'adonnent au soin des malades.

ailleurs et qui s'avèrent souvent rétives à exécuter sans broncher les ordres qu'ils entendent donner. À la fin du XIX^{ème}, l'heure est à la lutte contre les fléaux sociaux qui ont pour noms tuberculose, alcoolisme, syphilis et les médecins se hissent sans conteste au premier rang d'une mission civilisatrice entre hygiénisme et prophylaxie. Aux escarmouches succède bientôt une guerre ouverte, au nom d'un positivisme éclairé : la sécularisation des hôpitaux est en route et elle va passer immanquablement par une lutte contre les sœurs en cornettes, soupçonnées de prosélytisme et synonymes d'un autre âge, celui que Véronique Leroux-Hugon³ nomme le « soignage sacerdotale ».

Peu à peu ces religieuses par trop indépendantes vont être éloignées du soin et reléguées dans des occupations ancillaires⁴. À l'inverse, la laïcisation en ordre de marche est le véritable point de départ du métier d'infirmière. Les médecins en effet requièrent à leur service un personnel bien disposé, tout dévoué, qui comprend vite et s'exécute sans sourciller. Ils vont donc veiller à former ce personnel – les premières écoles s'ouvrent dans les années 1870-1880 et sont dûment habilitées en 1901 – qui va devoir apprendre à la fois à se cantonner à certaines tâches et à les réaliser à la perfection. Plus ce personnel va s'investir, plus il sera nombreux aussi, plus le médecin va asseoir son pouvoir et renforcer son aura. La question de la latitude laissée à l'infirmière n'est donc pas encore véritablement de mise à cette époque. On sait louer ses qualités morales indépassables, mais aussi son habileté manuelle, pure expression de la nature féminine accomplie, mais il ne s'agirait pas qu'elle veuille outrepasser son rôle : au médecin de prescrire, à elle d'administrer.

Durant les années 1880-1900, des notables républicains convaincus, francs-maçons souvent, brétaillent ainsi contre les Filles de la charité et autres ordres religieux qui avaient fait de l'hôpital leur fond de commerce. Des savants reconnus comme Bourneville les relaient et se font les ardents défenseurs de ce nouveau corps de métier, les infirmières, dépeintes comme autant de saintes laïques, auxiliaires vertueuses au service de l'intelligence. « Bonnes, courageuses et dévouées », elles se doivent d'avoir la vocation. Le terme n'effraie d'ailleurs nullement les médecins de l'époque, quitte à en appeler ainsi à des qualités de cœur aux relents d'église. L'essentiel est bien pour eux de disposer d'un personnel dûment formé, s'en tenant à ce que l'on attend de lui et toujours prêt à payer de sa personne.

« Soyez les auxiliaires intelligentes et dévouées du médecin, – tenez dans la propreté la plus parfaite le malade, son lit et sa chambre, – soyez probes, discrètes, décentes, sobres, actives, patientes, douces, bonnes, sans familiarité, – ne sortez jamais de votre rôle, – en temps de guerre ou d'épidémie, que votre patriotisme et la charité vous inspirent le dévouement... »⁵.

À l'époque, en France, le malade tend à disparaître derrière sa pathologie. Ce qu'il peut ressentir, son confort, son environnement, sa participation à sa guérison sont autant de non-lieux, dans le cadre de l'hôpital du moins. Ce qui importe c'est sa maladie, les organes

³ Véronique Leroux-Hugon, *Des Saintes laïques. Les infirmières de la Troisième république*, Paris, Éditions Sciences en situation, 1992, p. 29.

⁴ Ce qui, en termes de repli, est vrai des hôpitaux (mais très inégalement en province) ne l'est pas nécessairement des soins ambulatoires. Bien des congrégations vont continuer à occuper durablement ce terrain et les infirmières libérales qui ont commencé à travailler dans les années 1960, voire dans les années 1970, ont régulièrement pris la suite de ces sœurs qui pouvaient aller au domicile.

⁵ Inscription portée sur le brevet délivré aux premières diplômées de l'École de gardes-malades et d'ambulancières de Paris, en 1877. Cité par V. Leroux-Hugon, *ibid.* p. 61

qui sont atteints et la façon dont on va opérer ; ni plus, ni moins. Il n'en va pas tout à fait de même en Angleterre, et il faut croire, comme le souligne justement François Dubet⁶, que l'éthique protestante atténuée l'opposition entre l'âme et le corps, a moins besoin de recourir aux dispositions sacrificielles du personnel féminin qui assiste les médecins. Le fait est que ce sont bien des femmes protestantes qui vont être de ces premières figures emblématiques qui vont affirmer le rôle particulier, l'espace propre à l'infirmière – la nurse Outre-manche – arraché au modèle charitable. Florence Nightingale, d'autres encore, vont ainsi se préoccuper de tout ce qui peut être favorable, dans l'environnement du malade, à sa guérison. C'est affaire d'hygiène certes, mais également de calme, d'éclairage, d'attention portée à ce que la personne souffrante, et aussi ses proches, peuvent exprimer. Le modèle de la nurse anglaise, exerçant un métier à part entière, convenablement rémunérée, capable d'initiative, va faire école. En France, l'une de ses admiratrices, le docteur Anna Hamilton, elle aussi d'origine protestante, va diffuser largement cette conception de l'infirmière soignante bâtie sur des principes mettant à distance la façon dont, dans les hôpitaux parisiens en particulier, on forme un personnel finalement peu considéré. Peu à peu dégagé de la stricte obéissance attendue de la servante ou de l'auxiliaire médicale, se voient posés les premiers jalons de ce que l'on appellera bientôt « le rôle propre » de l'infirmière. La compassion n'est pas absente, loin s'en faut, mais ce sont désormais plutôt des valeurs humanistes qui prévalent. On se préoccupe alors de prévention, on étudie l'homme sain avant de se pencher sur ses pathologies, on recherche les causes de son infection et on veille au confort d'un malade, y compris en termes de respect, d'intimité, etc. – ce qui pour le moins est nouveau –. De nouvelles écoles s'ouvrent, initiées par ces pionnières qui n'entendent nullement former un personnel docile mais des femmes instruites, efficaces, gagnées à la cause des techniques nouvelles mais étendant leur regard à l'environnement.

On ne soulignera sans doute jamais assez toute l'influence des pratiques qui ont cours en Angleterre mais aussi aux États-Unis dans la promotion du métier d'infirmière, dont le nom même était encore négativement connoté en France avant la Première guerre mondiale tant il était synonyme de domesticité, d'asservissement et de tâches rebutantes. Toutes celles qui durant les années 1920 – Léonie Chaptal en tête – vont verser leur écot à la reconnaissance des compétences particulières des infirmières hospitalières sont redevables des avancées anglaises et américaines. Les années 1914-1918 assurément sont déterminantes, mais dès avant l'exposition en première ligne de ces femmes dont on ne cessera ensuite de louer le courage, les mentalités ont évolué et les initiatrices ont gagné plus d'un à leur cause. Pour autant on sait le choc ressenti par les infirmières de la Croix rouge américaine constatant l'inadéquation des structures de santé publique et l'impréparation de leurs homologues françaises. Peut-on parler pour autant d'affranchissement de la tutelle médicale ? Assurément non. « *Soigner les malades*, écrit Léonie Chaptal dans un texte emblématique, *est donc une profession classée qui doit être, comme toute autre, garantie dans son exercice. Prévenir les maladies est également dans les attributions de l'infirmière moderne. Il y va de l'avenir de la vie française* »⁷. À la suite, le décret de 1922 reconnaît certes pour la première fois, au travers d'un diplôme national, le Brevet de capacité professionnelle, la profession infirmière, mais la formation est toujours dispensée par des médecins fort peu préoccupés de santé publique et de prévention, sans compter qu'il n'est nullement fait obligation d'avoir obtenu ce titre pour exercer dans les hôpitaux et les cliniques. Les médecins apprécient sans nul doute de disposer ainsi d'un personnel dûment formé, mais ne sont pas prêts à lâcher une once de leur pouvoir.

⁶ François Dubet, *Le Déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, 2002, p. 200.

⁷ Cité par René Magnon, *Léonie Chaptal, la cause des infirmières*, Paris, Lamarre, 1991, p. 46.

Avant que d'évoquer, à grandes enjambées nécessairement, quelques étapes de la lutte jamais éteinte des infirmières pour faire valoir leur autonomie, il est important de rappeler tout ce qui a pu aussi se jouer, en dehors de l'hôpital, dans l'entre deux guerres. Les infirmières libérales d'aujourd'hui sont peut-être plus héritières qu'elles ne le pensent d'un métier qui, en tant que tel, a disparu peu avant la Seconde guerre mondiale, mais qui n'est pas sans rappeler les tâches qui peuvent aujourd'hui être les leurs. Il s'agit bien entendu encore et toujours du métier d'infirmière, mais dans une version particulière, assez largement dégagée de l'hôpital : ce que l'on appellera le métier d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale.

Ces dites infirmières visiteuses doivent beaucoup aux initiatives de médecins hygiénistes qui vont entreprendre avec méthode une lutte sans merci contre ce que l'on nommera désormais « les fléaux sociaux », au premier rang duquel la tuberculose. Pionnier en la matière, dès 1901, dans la région lilloise, le Docteur Calmette entreprend une vaste campagne de soins mais aussi de prévention. Pour ce faire il a besoin d'un personnel tout dévoué à la tâche qui va être missionné pour aller au domicile s'enquérir des conditions de vie, des précautions prises autour des malades et aussi pour dispenser toutes sortes de conseils susceptibles de participer à éradiquer une maladie qui effectivement fait des ravages. Au départ il s'agit d'ailleurs des dits « moniteurs d'hygiène », des hommes donc, mais très vite on fait le constat que des femmes sont plus efficaces, plus persuasives, mieux reçues aussi dans une action qui s'adresse en premier lieu aux mères de famille. Sans formation particulière au départ, il va leur revenir de convaincre les malades et leur entourage de se rendre dans les tous premiers dispensaires qui s'inaugurent alors. Très vite le succès de telles initiatives fait tache d'huile. En 1905 Léonie Chaptal – déjà elle – inaugure à Paris la première « maison-école d'infirmières privées » qui va former spécialement des « infirmières visiteuses de la tuberculose » aptes à aller au domicile, à trouver les bons arguments pour convaincre les uns de se soigner vigoureusement, les autres de se prémunir contre les risques de contagion. Peu à peu donc, entre soins préventifs et soins curatifs, un nouveau métier se développe. Au demeurant les effectifs sont fort modestes. Certes quelques autres écoles vont s'ouvrir mais en 1914 il n'y a pas au total plus de 500 infirmières ainsi spécialement formées pour relayer l'action des médecins hygiénistes. On sent pourtant que les pouvoirs publics sont de plus en plus sensibles à tout ce qui est mis en œuvre dans les dispensaires à partir desquels ces professionnelles rayonnent. En 1913 le ministre Léon Bourgeois va jusqu'à proposer une loi obligeant la création dans chaque département d'un dispensaire antituberculeux (ce ne sera chose faite, sous la pression des événements, qu'en 1916). Et puis la guerre éclate.

Elle va aussi avoir une influence considérable sur le développement du métier d'infirmière visiteuse. En effet que ce soit au front ou dans les régions dévastées du Nord et de l'Est de la France, la maladie se répand comme traînée de poudre. Le risque est grand aussi que la contamination gagne tout le pays, colportée par les permissionnaires ou les blessés. Pour autant l'élément le plus déterminant dans l'expansion de la profession sera indubitablement l'arrivée en France de fondations américaines – la Fondation Rockefeller en particulier – qui accompagnent leurs troupes dès lors que les États-Unis entrent en guerre en 1917. Sans nul doute leur intention est bien d'éviter que les soldats ayant contracté la maladie reviennent au pays sans être soignés et à leur tour répandent la tuberculose Outre-atlantique. Il n'empêche. La manne financière dont elles sont dotées, leur capacité à intervenir très efficacement sur le terrain, les relations qu'elles savent très vite nouer avec les pionnières parisiennes, tout concourt au développement très rapide du métier d'infirmière visiteuse que toutes promotionnent. Création de dispensaires et de services de prévention hygiénique sur un

modèle déjà éprouvé aussi en Amérique, subventions aux écoles qui se créent, attribution de bourses aux futures infirmières visiteuses ; les résultats de leur action ne se font pas attendre. Les régions sinistrées, une fois libérées, sont quadrillées et peu à peu c'est à l'échelle de tout le pays que ces professionnelles tendent à imposer leur spécialité. Quand, au tout début des années 1920, les fondations américaines quittent la France, il n'existe pas moins de trente écoles d'infirmières visiteuses.

Ce métier d'infirmière visiteuse bénéficie donc d'une visibilité avérée au cours des années 1920. La lutte contre les fléaux sociaux bat alors son plein et généralement les médecins apprécient grandement d'être ainsi relayés dans leur action prophylactique par ces femmes toutes dévouées à la cause. Combinant heureusement les bases du savoir médical et des connaissances sociales suffisantes, elles apprennent à bien appréhender les diverses situations auxquelles elles sont confrontées. Devenir infirmière visiteuse c'est alors ni plus ni moins se spécialiser après un cursus de base. En 1922 le décret qui officialise la formation d'infirmière prévoit de fait une première année en commun avec les infirmières hospitalières puis une seconde qui leur sera propre. Le métier attire ; de sorte qu'à la fin des années 1920 il n'y a pas moins d'une trentaine de centres de formation qui ainsi proposent dans l'hexagone cette spécialisation de visiteuse dans le domaine de l'hygiène sociale. « Complément indispensable du médecin » comme on dit volontiers d'elles à l'époque, il faut bien comprendre que si le corps médical les apprécie tant, c'est qu'elles lui permettent de pénétrer dans des familles, dans des milieux jusqu'alors plutôt rétifs, pour des raisons financières le plus souvent, à faire appel au médecin. L'extension du pouvoir médical – et plus largement la médicalisation de bien des problèmes sociaux⁸ –, sa pénétration dans les quartiers paupérisés des grandes villes mais aussi dans cette France encore largement rurale de l'entre-deux guerres doivent beaucoup à ces femmes qui ne comptent ni leur temps ni leur énergie.

Pourquoi se fait-il alors que ce métier ait disparu ou plutôt se soit transformé ? Dans une France des années 1920 et 1930, l'hospitalocentrisme est encore très puissant. Ces femmes qui vont au peuple mais qui sont d'une origine sociale plus aisée que les autres infirmières – et cela compte – militent pour l'hygiène sociale là où les médecins dans leur grande majorité sont bien éloignés de telles préoccupations. De plus ces infirmières visiteuses qui n'ont pas toutes leur langue dans leur poche n'entendent pas nécessairement demeurer sous la coupe de ces hommes férus de science médicale et rétifs à penser collaboration pour ainsi dire d'égal à égal. Le docteur Calmette lui-même, pourtant à l'origine de ce métier, voit d'un bien mauvais œil les vellétés d'indépendance de celles qu'il a pourtant contribué à former mais qui semblent lui échapper :

« Nous redoutons par dessus tout que vous commettiez comme il arrive trop souvent, l'erreur de sortir de votre rôle de collaboratrice des médecins, et de vous croire assez instruites des choses de la médecine pour donner des conseils d'ordre médical. En agissant ainsi, vous ferez le plus grand tort à vous-mêmes et à toute la corporation des visiteuses d'hygiène. N'oubliez jamais que vous ne devez, en aucune circonstance, poser ou discuter un diagnostic, ni formuler la moindre critique sur un traitement prescrit. Il appartient au

⁸ « La médicalisation, rappelle Didier Fassin, est une construction sociale. Elle consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes. Elle est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical ». Didier Fassin, « Les politiques de la médicalisation », dans P. Aïach et D. Delanoë, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998, p. 5.

médecin seul d'indiquer ce que vous avez à faire, et ce n'est que lorsque vous ne pouvez pas recourir à lui, ou en attendant sa venue, qu'il vous est permis de prendre une initiative dont vous lui rendrez compte aussitôt que vous le pourrez »⁹.

En creux se profilent justement toutes les libertés que les unes et les autres sont tentées voire sont amenées à prendre. On pressent en quoi l'ordre médical peut être bousculé dès lors que les rapports ne sont plus réglés par la domination. Tant que ces infirmières visiteuses relayaient les prescriptions médicales, tant qu'elles se cantonnaient à la lutte contre la tuberculose ou aux choses de la puériculture, cela convenait. Par contre il en allait tout autrement dès lors qu'elles aspiraient à voler de leurs propres ailes. Rajoutant à cela que dans les campagnes ces jeunes femmes étaient pour le moins fraîchement accueillies par des médecins souvent âgés et qui n'entendaient nullement qu'on leur donne la leçon, et surtout pas des femmes férues de nouveauté et n'ayant, par dessus le marché, pas froid aux yeux. Au-delà du fait qu'elles étaient susceptibles d'enfoncer un coin dans la médecine libérale en entraînant les femmes et leurs enfants vers les dispensaires, les syndicats de médecins dénonçaient régulièrement (de manière fallacieuse) ces visiteuses, comme s'affranchissant du sacro-saint secret médical qui règle le colloque singulier entre le patient qui s'exécute et son médecin de famille qui ordonne. Yvonne Knibielher parle de « rendez-vous manqué » entre l'hygiène sociale et le métier d'infirmière. Le fait est que ces infirmières visiteuses vont de plus en plus se tourner vers le travail social et ne plus trop se mêler de médical. À cela il y a plusieurs raisons.

Les visites au domicile de ces infirmières visiteuses s'inscrivaient dans un véritable combat – et les métaphores guerrières étaient effectivement d'usage – contre des maladies particulières qui vont être mieux maîtrisées durant les années 1930. La syphilis par exemple, dont le traitement ne nécessitait pas une hospitalisation, était de ces fléaux ramenés notamment du front par les poilus (10 000 enfants meurent chaque année au sortir de la guerre des suites d'une syphilis héréditaire). Cette maladie fait moins parler d'elle dès le début des années 1930. Plus largement les progrès médicaux, avec l'arrivée progressive des antibiotiques notamment, pousse à l'obsolescence de l'hygiénisme pastorien. Il ne s'agit pas non plus d'être dupe : ces femmes ont été missionnées (instrumentalisées ?) pour médicaliser les classes populaires¹⁰. Elles n'étaient pas les dernières d'ailleurs à les trouver vraiment mal dégrossies ; à la mesure de l'ethnocentrisme d'une part d'entre elles, « de bonne extraction », se vivant véritablement en terre de mission. Dans les écoles, les médecins férus de puériculture et de phtisiologie leur avaient appris comment nouer une relation inspirant la confiance et la confiance « *pour leur faire dire tout ce que l'on a à connaître* », pour allier « *amitié suffisante et enquête pénétrante* ». Il s'agissait bien de contrôle social au nom du progrès (social, sanitaire... et moral) et de la science. Ce travail de terrain a indubitablement porté ses fruits, y compris dans la lutte contre la tant redoutée mortalité infantile. Sur le versant médical donc, elles devenaient moins indispensables, sans compter que la force de rappel d'une médecine essentiellement curative allait de pair avec la résistance des institutions hospitalières et de leurs grands patrons à d'autres formes de soins, plus préventives.

⁹ Cité par Yvonne Knibielher, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984, p. 160.

¹⁰ Voir Yvonne Knibielher, « Le lutte antituberculose et la médicalisation des classes populaires, 1870-1930 », *Annales de Bretagne*, n° 3, 1979, pp. 321-336.

Une autre raison, majeure, tient au fait que ces infirmières visiteuses ont tôt fait de réaliser en quoi les causes des maladies qu'elles étaient amenées à dépister, voire à traiter, s'avéraient avant tout sociales. Ainsi se tournaient-elles naturellement vers les enseignements, les connaissances indispensables pour que les familles miséreuses qu'elles côtoyaient, tant en ville qu'à la campagne, puissent entreprendre des démarches, fassent valoir leurs droits. Durant les années 1930 d'ailleurs, les assurances sociales deviennent obligatoires, les allocations familiales s'institutionnalisent et il y a là grain à moudre pour ces infirmières qui non seulement se doivent alors de posséder de solides connaissances médicales mais aussi juridiques, etc. Le métier d'assistante sociale, qui se développe aussi au fil des années 1920-1930 n'est finalement pas très éloigné de tout ce que ces visiteuses entreprennent. On doit au maire de Suresnes, Henri Sellier, d'avoir le premier mis en place un véritable quadrillage à la fois social et sanitaire de sa ville, en faisant appel quasi indistinctement à des infirmières visiteuses et à des assistantes sociales. Quand il devient, sous le Front populaire, ministre de la Santé, il ne tarde pas à légiférer en matière de coordination des services sociaux et de santé à l'échelle de chaque département et aussi à préparer la fusion des deux formations. Le temps que les textes soient préparés, Marc Rucard a pris le portefeuille ministériel, mais peu importe, un décret d'importance est signé en février 1938 : désormais il n'y aura plus de formations *stricto sensu* d'infirmières visiteuses. Ce décret est capital puisqu'il instaure le diplôme d'état d'infirmière hospitalière et un autre diplôme d'état pour ce qui concerne le métier d'assistante sociale¹¹. Les infirmières visiteuses voient leurs titres reconnus pour exercer uniquement cette dernière profession. Certes, et on l'oublie souvent, jusqu'en 1970, les assistantes sociales seront toutes des infirmières ayant effectué une spécialisation en cours d'études, mais à la veille de la Seconde guerre mondiale donc, la séparation durable du social et du sanitaire s'est effectuée. Les infirmières visiteuses, qui dispensaient bien des soins, qui avaient bel et bien une action sanitaire préventive, vont se tourner de plus en plus vers l'action sociale. Bientôt ce ne seront plus les mêmes ministères, les mêmes tutelles, les mêmes enjeux. Ce métier du domicile va peu à peu rompre ses amarres avec la médecine. Les infirmières, quant à elles, vont retourner dans le giron de l'hôpital dont une part d'entre elles s'était extraite, non sans s'attirer quelque foudre.

Faut-il suivre René Magnon quand il écrit que « *cette scission est à la base de l'incompréhension totale de ce que sont les soins aux malades donnés par des infirmiers et des infirmières* »¹² ? Le fait est que cette séparation a obéré toute une réflexion sur ce que sont « les soins infirmiers » et a évacué à bon compte les débats qui déjà se profilaient avant guerre sur les spécificités du travail des infirmières à domicile. Les assistantes sociales, dès la toute fin des années 1930 et encore très largement au cours des deux décennies suivantes, vont construire leur identité professionnelle contre le médecin de famille, dénoncé pour son outrecuidance et la sûreté de son bon droit et dans le même temps jaloué de par le statut et les conditions de vie qui sont les siennes¹³. Sur les quelques 9 000 assistantes sociales en activité à la veille de la Seconde guerre mondiale, 8 000 sont d'anciennes infirmières visiteuses, et dans les années 1950 elles représentent encore la grande majorité de ce corps

¹¹ Lors de la fusion entre les deux métiers, le terme d'assistante sociale fut préféré à celui d'infirmière visiteuse, non sans quelques grincements de dents du côté de responsables d'écoles, puisqu'il était synonyme d'une action très large incluant bien les préoccupations d'ordre sanitaire, prophylactique, qui étaient d'ailleurs clairement mises en avant dans la formation.

¹² René Magnon, *Les Infirmières : identité, spécificités et soins infirmiers*, Paris, Masson, 2001, p. 36.

¹³ Voir Alain Vilbrod, « Terres de mission et territoires arpentés : les assistantes sociales dans les années 1950 au travail », dans l'ouvrage collectif *Regards étonnés, de l'altérité à la construction de l'identité*, Brest, CRBC, 2003, pp. 119-130.

professionnel. Il n'empêche ; c'est bien là que se fonde le hiatus entre intervention à domicile et soins mesurés à la seule aune de l'hôpital et de ses médecins férus de techniques curatives, hiatus auquel les infirmières libérales d'aujourd'hui n'ont pas fini de se confronter.

Le métier d'infirmière va par la suite avoir toutes les peines du monde à se dégager de la tutelle médicale. Le régime de Vichy s'est attaché à dessiner « *la cartographie des espaces féminins légitimes* »¹⁴ et à cantonner le travail de femmes aux seules tâches où ne peut que s'accomplir l'éternel féminin – le soin étant naturellement l'une d'elles – Dans le même temps, soucieux de promouvoir les organisations corporatistes et les ordres professionnels, il va donner pour la première fois une définition de la profession infirmière. « *Est considéré comme relevant de la profession d'infirmier ou d'infirmière au sens de la présente loi, tout emploi dont le titulaire donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation des soins prescrits ou conseillés par un médecin* »¹⁵. Il s'agit là pour autant d'un pas en avant puisque désormais, en hôpital, on ne pourra qu'embaucher des infirmières diplômées d'État. En 1946 ce texte est repris dans ses grandes lignes, notamment en réaffirmant la subordination au corps médical dont l'Ordre est confirmé.

L'année suivante est capitale puisqu'elle marque la naissance officielle du métier d'infirmière libérale. Depuis quelques mois déjà il fallait, pour exercer, s'être fait enregistrer à la préfecture et posséder une carte professionnelle¹⁶ ; désormais l'activité libérale pour pouvoir dispenser des soins à domicile est codifiée et les actes que peuvent réaliser contre remboursement par la Sécurité sociale les dits « *auxiliaires médicaux* » sont énumérés¹⁷. Quelle était la nature de ces actes ? Assurément il y a un écart entre ce qui était dûment répertorié et ce que ces premières infirmières établies à leur compte vont être amenées à réaliser. Officiellement elles ne pouvaient que « *poser des ventouses, faire des soins corporels et des intramusculaires, des massages simples, des pansements simples* ». Pour autant, source de bien des ambiguïtés par la suite, le même arrêté développait déjà une longue liste d'autres soins possibles, à la condition expresse que les médecins prescripteurs les jugent compétentes pour les accomplir (soins qu'en fait les médecins délèguent faute de temps ou d'intérêt). Ainsi au domicile vont-elles effectuer des intraveineuses, des perfusions, des prises de sang mais aussi mesurer le pouls, la tension, etc. souvent sous leur propre responsabilité. Ce que note alors Danièle Sénotier pour les infirmières hospitalières vaut assurément aussi pour celles – au demeurant encore peu nombreuses – qui ont opté pour un exercice libéral :

« Les différents textes de lois sont relativement précis en ce qui concerne les tâches que l'infirmière effectue couramment, et ils le sont beaucoup moins en ce qui concerne les gestes que l'infirmière est amenée à prendre en charge, étant donné ses compétences et sa connaissance du malade, sans avoir forcément recours à la hiérarchie médicale, celle-ci n'étant pas toujours présente. Ces textes reflètent le flou qui règne dans la pratique,

¹⁴ Voir Francine Muel-Dreyfus, *Vichy et l'éternel féminin*, Paris, Le Seuil, 1996, p. 123 et suivantes.

¹⁵ Loi du 15 juillet 1943, parue au *J.O.* le 28 août 1943. Un article 7 prévoyait la création d'une Union nationale reconnue d'utilité publique qui devait « assurer la défense des intérêts de la profession » et avoir « la garde de son honneur et de sa discipline ».

¹⁶ Loi du 8 avril 1946, qui au passage abroge l'article 7 de la loi de 1943.

¹⁷ Arrêté du 31 décembre 1947 paru au *J.O.* le 9 janvier 1948.

l'infirmière, face aux urgences, devant prendre des décisions qui comportent des risques, responsabilités qui ne lui sont pas reconnues »¹⁸.

Sans doute ici les gestes d'urgence sont-ils moins prégnants qu'à l'hôpital ; par contre les soins préventifs, qui eux aussi nécessitent des postures, des compétences particulières, etc. sont complètement passés sous silence. Il en va de même de tous les aspects relationnels, des diverses formes de soutien, d'assistance, etc. Restera des années 1950-1960 l'image de la piqueuse qui enchaîne les visites, ne fait que passer et se cantonne donc à exécuter prestement la prescription du médecin, sans véritablement se préoccuper du soin dans tout ce qu'il requiert d'attention et d'accompagnement des personnes. Ce n'est qu'une image assurément, mais rien ne vient véritablement la bousculer. Dans le même temps, dans le cadre de l'hôpital les médecins sont tout à leur affaire et bénéficient des énormes investissements que l'expansion économique rend possible. Les progrès en matière de diagnostic, de thérapeutiques font un bond en avant et confortent la toute puissance du corps médical. Il faut attendre la fin des années 1970 et le début des années 1980 pour que se profilent de véritables changements dans la condition faite aux infirmières. Prises entre des médecins qui se sont spécialisés à l'heure d'une hyper technicité des soins et des aides soignantes embauchées en grand nombre pour assurer l'intendance, elles vont être celles qui vont devoir faire la jonction, être à la fois des techniciennes avérées et les garantes de la cohérence et de la continuité des soins. Déjà en 1961 une réforme des contenus de leur formation avait été entreprise : elle situait les infirmières en tant que personnes qui assurent « *la responsabilité des soins d'hygiène et de confort...* » « *Elles ont en outre à effectuer avec une technicité précise les soins et examens parfois complexes nécessités par l'état du malade* ». « *L'enseignement doit permettre à l'infirmière de comprendre la valeur et la raison des gestes qu'elle accomplit et de les situer dans l'ensemble de la thérapeutique, de participer intelligemment à la surveillance du malade pour dépister les complications..., de décider et d'effectuer certains soins d'urgence avant l'arrivée de médecin* »¹⁹... « Responsabilité », « participation », « décision »... quelques premiers pas sont donc franchis dans la reconnaissance de leurs compétences, de leur latitude à juger et à entreprendre. Par la suite, si ici et là elles prennent la parole, écrivent dans des revues, etc. ; si peu à peu, dans la formation, sont intégrés des enseignements en sciences humaines, la polyvalence attendue d'elles ne va pas véritablement de pair avec un changement de statut. Ce n'est qu'à la fin des années 1970 que l'on va vraiment parler du rôle propre de l'infirmière. La loi du 1^{er} juin 1978 stipule ainsi : « *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 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 ».

Rôle propre... la grande affaire qui, on s'en doute, aura bientôt des répercussions pour toutes celles qui exercent en libéral. Il n'est pas certain que ce rôle propre, qui lentement se dessine, soit le fruit de revendications abouties de la part d'infirmières ne supportant plus l'assujettissement dont elles sont encore et toujours l'objet et il n'est sûr non plus qu'elles touchent là les dividendes de pouvoir enfin compter sur des médecins gagnés à leur cause.

¹⁸ Danièle Sénotier, « Cent ans d'évolution de la profession » dans l'ouvrage collectif *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Paris, Lamarre, 1992, p. 40.

¹⁹ Arrêté du 17 juillet 1961, cité par Catherine Duboys-Fresnay et Georgette Perrin, *Le Métier d'infirmière en France*, Paris, PUF, 1996, p. 41.

Depuis quelques années déjà l'hôpital se rationalise, des gestionnaires avertis prennent les commandes et cherchent comment faire contrepoids au pouvoir médical²⁰. Les Trente glorieuses marquent le pas et désormais on compte, on émet des priorités, on resserre les budgets. La fonction infirmière qui se profile est à saisir dans un tel contexte. Des directions autonomes²¹, relevant de l'administration hospitalière et non plus directement des médecins, se mettent en place (elles sont officialisées en 1991, à côté donc des directions médicales), des cadres infirmiers apparaissent. La valorisation du métier, la reconnaissance de sa capacité de jugement, de son initiative, l'espace d'autonomie qui tend à lui être reconnu, tout cela s'inscrit à plein dans cette rationalisation. La parcellisation des tâches, le fractionnement de la prise en charge du malade nécessite un liant : l'infirmière hospitalière va désormais être celle qui va avoir cette mission. Si elle sera toujours écartelée, force est pourtant de constater que son rôle social tend non seulement à être reconnu mais promotionné. L'un des décrets d'application de cette loi, en 1981, précise un peu plus encore ce rôle propre : « *Relèvent du rôle propre de l'infirmière les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie qui visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes* »²². Des suites opératoires à la gestion de la perte d'autonomie, et ce au moment où le vieillissement de la population se fait grandement sentir, on attend que ce soit sur ce terrain-là que les infirmières se positionnent. En 1984, d'autres décrets viennent réaffirmer cette latitude : « *Les soins infirmiers sont de nature technique, relationnelle et éducative, leur réalisation tient compte des données physiques, psychologiques, socio-économiques et culturelles de la personne soignée. (...) L'infirmier a l'initiative de ces soins et en organise la mise en œuvre* »²³. C'est à ce moment-là que l'on va concevoir le dit « dossier de soins infirmiers » qui parachève en quelque sorte le rôle pivot qui leur est conféré.

Sur le papier, incontestablement, il y a donc des avancées significatives. Dans les faits on observe bien les décalages entre ce nouveau rôle affirmé de « prise en charge globale », et la quasi impossibilité d'assumer de telles responsabilités, compte tenu de leur charge de travail et de la domination d'un corps médical pour qui bien souvent tout cela n'était que des mots. Il ne faut pas chercher ailleurs les raisons du mouvement revendicatif de grande ampleur des infirmières, à la fin des années 1980. À la suite on parlera ici et là d'un droit de prescription reconnu aux infirmières mais ce ne sera que déclarations d'intention. Le corps médical veille au grain et les professions paramédicales ne se voient accorder qu'une autonomie toute relative. Fabienne Midy le souligne à raison, le paradoxe est que ce droit de délivrer des médicaments, qui fait figure de serpent de mer, va pour la première fois être accordé à des infirmières... par le ministère de l'Éducation nationale – il s'agit de la dite « pilule du lendemain »²⁴ –. Ailleurs il faut croire qu'il y a encore bien des bastions.

« Soins de nature relationnelle et éducative », « rôle propre », « dossier de soins infirmiers », « diagnostic infirmier »... Ces avancées dans la reconnaissance de l'autonomie

²⁰ François-Xavier Schweyer, *Le Corps des directeurs d'hôpital. Entre logique professionnelle et régulation d'Etat*, Rapport de recherche MiRe, Drees, 1999.

²¹ François-Xavier Schweyer, « L'infirmière qui devient directeur : profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics » in *La Compétence en question*, P. Merle (dir.), Rennes, PUR, 1993, pp. 127-148.

²² Décret du 12 mai 1981.

²³ Décret du 17 juillet 1984.

²⁴ Fabienne Midy, *Les infirmières : image d'une profession*, document de travail, 2002, p. 10.

de l'infirmière, aussi timides et controversées soient-elles²⁵, n'ont pas manqué de rejaillir sur le travail des infirmières libérales. À plus d'un titre elles ne sont pas extérieures à ce qui a pu se passer dans le cadre hospitalier, cadre qu'elles connaissent d'autant mieux que c'est bien là qu'elles ont toutes fait leurs premières armes, ne serait-ce que lors des stages de formation. On entendra parler abondamment de ce rôle propre, des compétences relationnelles requises, mais fort peu reconnues dans le même temps, etc. quand parole sera donnée à ces infirmières libérales que nous avons rencontrées et qui assurément ont long à dire sur la médecine hospitalière. Ici, en termes de repères, il ne s'agissait uniquement que de signaler quelques bribes d'une histoire dans laquelle bon gré mal gré elles s'inscrivent, de poser quelques jalons qui prendront, à n'en pas douter, encore plus de relief au fil des pages qui vont suivre.

L'histoire proprement dite du métier d'infirmière libérale reste à faire. Dans un de ses ouvrages²⁶, Yvonne Knibiehler, l'espace de quelques pages, s'y attarde un peu, évoquant à juste raison les soins à domicile qu'assuraient avant guerre déjà des dames charitables, des gardes malades souvent bien mal rétribuées puis, dans les années 1930, quelques infirmières diplômées, payées on ne sait pas trop comment pour faire des pansements ou poser des ventouses. On entrevoit, dans les récits de mémoire qu'elle livre, l'avènement de la Sécurité sociale, les premières piqûres d'antibiotique – streptomycine et pénicilline –, les tournées dans d'inusables 2CV, etc. Mais mémoire n'est pas histoire. Tout est donc encore en friche sur ce terrain-là.

12. Des effectifs qui augmentent mais des professionnelles qui vieillissent...

Nous aurons régulièrement l'occasion de revenir de manière thématique sur des données statistiques, qu'il s'agisse de celles disponibles dans différentes sources telles que celles de la Drees ou la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ou de celles extraites de notre propre étude réalisée auprès d'un millier d'infirmières libérales. Pour l'heure nous voudrions simplement exposer ici, en termes de cadrage, quelques premiers repères portant sur les effectifs, la part des hommes exerçant ce métier et enfin sur la répartition par classes d'âges de ces professionnel(le)s.

La question de l'évolution des effectifs des infirmières libérales est toujours plus ou moins d'actualité dans un contexte où l'évocation de la surcharge de travail le dispute aux difficultés de trouver des remplaçantes, sans oublier les conséquences des situations de pénurie de personnels paramédicaux ressenties dans certaines zones géographiques.

La connaissance statistique sur ces professionnelles, pour autant, est contrastée. D'un côté leur immatriculation obligatoire auprès des Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) des départements où elles vont exercer, leur enregistrement auprès des caisses d'assurance maladie qui vont procéder à leur rémunération, leur affiliation nécessaire à une caisse de retraite unique, la CARPIMKO²⁷, permet d'obtenir des données régulièrement mises à jour. D'un autre côté on connaît mal les flux. Combien d'infirmières

²⁵ France Lert, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? », *Sciences sociales et Santé*, n° 3, 1996, pp. 103-115.

²⁶ Yvonne Knibiehler, *Cornettes et blouses blanches*, op. cit. pp. 190-198.

²⁷ Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes et orthoptistes.

franchissent chaque année le pas du libéral et quel âge ont-elles ? Combien cessent, définitivement ou non, leur activité ou reprennent un emploi salarié ? Combien changent de département d'exercice ? Force est de constater qu'ici on demeure plutôt dans le flou. Ce n'est finalement que quand des problèmes majeurs interviennent – de pénurie essentiellement – que des études sont diligentées à l'échelle régionale parfois²⁸, un peu plus souvent à des échelles très locales²⁹. Pour autant on manque indubitablement de données d'ensemble sur les flux, malgré les nombreuses études démographiques diligentées par les Observatoires régionaux de santé, à partir d'une méthodologie commune, au cours de ces dernières années³⁰.

Du côté des effectifs en activité, on dira du « stock », on dispose de quatre sources principales. Cependant le périmètre de chacune d'entre elles n'est pas exactement le même et les chiffres varient donc assez sensiblement.

Le fichier du système national inter-régimes (SNIR) de la CnamTs recense annuellement l'ensemble des professionnels libéraux (dont les infirmières) actifs au 31 décembre de l'année considérée et ayant délivré en leur nom des feuilles de soins et ainsi perçu au moins un franc (ou depuis 2002 un euro...). Précision d'importance, sont donc soustraites de ces effectifs les infirmières libérales qui ont déclaré avoir cessé leurs activités dans l'année. Ainsi échappent à ce recensement, comme aux autres d'ailleurs, toutes celles qui ont soit changé d'activité soit fait valoir leurs droits à la retraite. De plus les remplaçantes ne sont pas comptabilisées puisqu'elles ne disposent pas de leurs propres feuilles de soins. Le SNIR sous-évalue donc *de facto* les effectifs d'infirmières libérales en activité.

Le répertoire Adeli (Automatisation des listes) renvoie à l'inscription obligatoire de toutes les infirmières – remplaçantes incluses – lors de leur installation dans un département. Cette procédure est bien respectée par les infirmières libérales (moins bien par les salariées). Pour autant les changements d'adresse, les changements de département d'exercice mais surtout les cessations d'activité ne sont pas toujours bien signalés. Le répertoire Adeli tend ainsi de fait à surévaluer le nombre d'infirmières libérales.

La CARPIMKO recense tous les professionnels exerçant en France à titre libéral, même accessoirement ou sous forme de remplacement. Sont aussi inclus des cotisants volontaires et des professionnels exerçant à l'étranger, sans qu'on puisse vraiment en connaître le nombre exact, d'où une surévaluation qui vaut notamment pour les infirmières libérales.

²⁸ À titre d'exemples on peut citer l'étude de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France (URCAMIF) : *Activités des infirmiers libéraux en Ile-de-France*, Paris, 2003, celle de l'Observatoire régional de la santé (ORS) d'Alsace, « *Répartition géographique des infirmiers et orthophonistes libéraux à l'horizon 2010* », 2003, ou encore celle de l'URCAM Rhône-Alpes, « *Rapprochement offre et besoins en Rhône-Alpes : ciblage des zones à besoins élevés et/ou offre libérale faible* », Lyon, 2004.

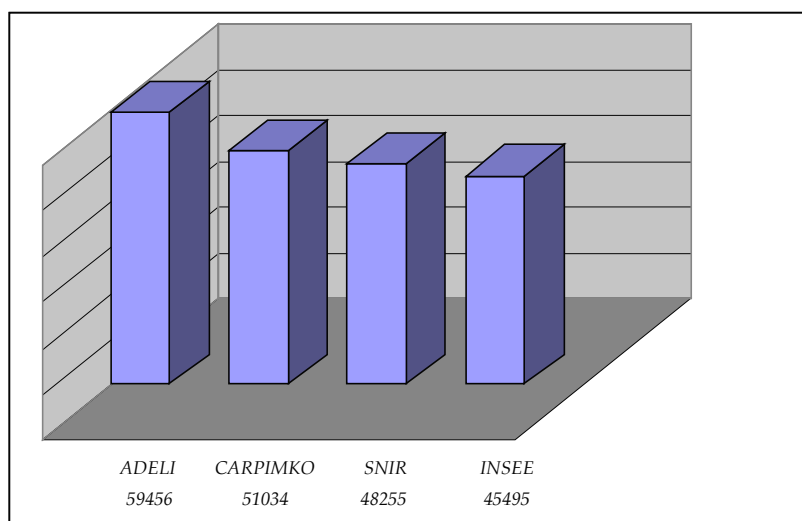
²⁹ Un exemple d'étude qualitative portant sur les trajectoires et les projets de 23 infirmières libérales : ORS de Franche-Comté, *Démographie des professions de santé et accès aux soins, l'exemple de la zone d'emploi de Morteau*, 2003.

³⁰ À titre d'exemples, citons ORS de Bourgogne, « *Démographie des professions de santé. Analyse de la situation régionale à partir d'une méthodologie commune* », 2004 ; ORS Nord - Pas-de-Calais, « *Atlas des professions de santé* », 2005 ; ORS Limousin, « *Les professionnels de santé non médecins* », 2003.

L'enquête emploi, diligentée chaque année par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), constitue enfin la dernière source de référence, jusqu'en 2002. Il s'agissait d'une enquête par sondage au 1/300^e. Même redressées par les données du recensement ou par des coefficients d'extrapolation, là encore les données souffrent de relatives imprécisions dus à des aléas d'échantillonnage dès lors qu'on descend à un niveau assez fin. Tantôt les chiffres avancés en ce qui concerne les infirmières libérales apparaissent surévalués, tantôt, à l'inverse, ils semblent minorer le poids de ces professionnelles.

Si on retient l'année 2003 (1^{er} janvier), on aboutit, sur la base de ces quatre sources, à des données qui certes vont dans le même sens, mais qui cependant ne sont donc pas exemptes d'écarts significatifs.

Les effectifs d'infirmières libérales en 2003 selon 4 sources de données
(France métropolitaine)



Compte tenu de tels écarts (que l'on retrouve aussi pour d'autres professions de santé) une mission d'harmonisation des données a été confiée en 2003 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) à la Direction de l'hospitalisation et de soins (DHOS). Le principe suivant a été proposé pour les infirmières libérales :

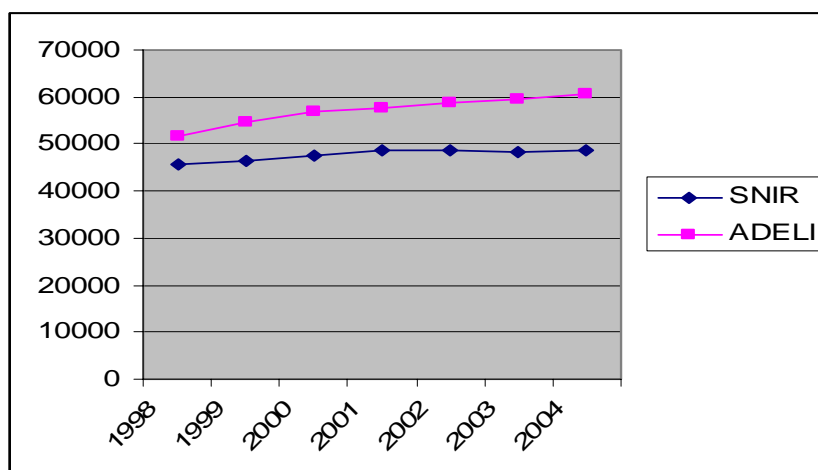
« On cale les effectifs des libéraux (hors remplaçants) sur ceux de la Cnamts pour chaque département. On rajoute aux effectifs de la Cnamts la moyenne des cinq années des remplaçants, en maintenant la structure par département et par âge des effectifs de la Cnamts. Pour les années à venir, on rajoutera simplement les remplaçants de chaque département à son effectif de la Cnamts »³¹.

S'il n'est pas certain que ce principe soit *in fine* retenu, ce faisant, on obtient un chiffre sans doute assez proche de la réalité, à savoir 54 014 professionnelles en activité en 2003.

³¹ DHOS, *Rapport sur l'état des lieux et harmonisation des sources statistiques relatives aux infirmiers*, 2004, p. 43.

Si on porte attention à l'évolution des effectifs au cours des dernières années, les écarts entre les différentes sources demeurent bien évidemment, mais il y a concordance quant à souligner l'augmentation assez lente mais régulière des effectifs entre le fichier SNIR et le répertoire Adeli.

Évolution des effectifs d'infirmières libérales entre 1998 à 2003

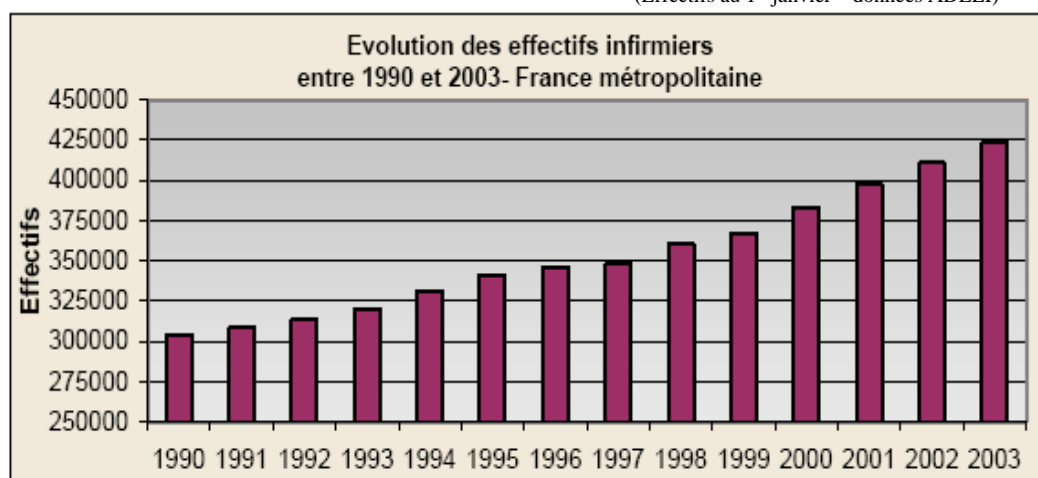


Le taux de croissance annuel entre 2000 et 2004 varie entre 1,57 % pour Adeli et 0,50 % pour le SNIR. Une large part de tels écarts tient à la prise en compte des remplaçantes que seul Adeli comptabilise (en minorant le chiffre très probablement puisque une part de celles qui conservent par ailleurs un emploi à temps partiel, en clinique par exemple, ne se déclarent pas nécessairement à Adeli en tant que libérales). Selon Adeli, les remplaçantes sont au nombre, à peu près stable depuis cinq ans au moins, de 5 700.

Dans tous les cas l'augmentation des effectifs ne fait guère de doute. Sur la période 1993-2003, cette augmentation est de 12,8 % pour le SNIR, de 34,7 % pour Adeli. En fait probablement d'environ 20 % à 22 %.

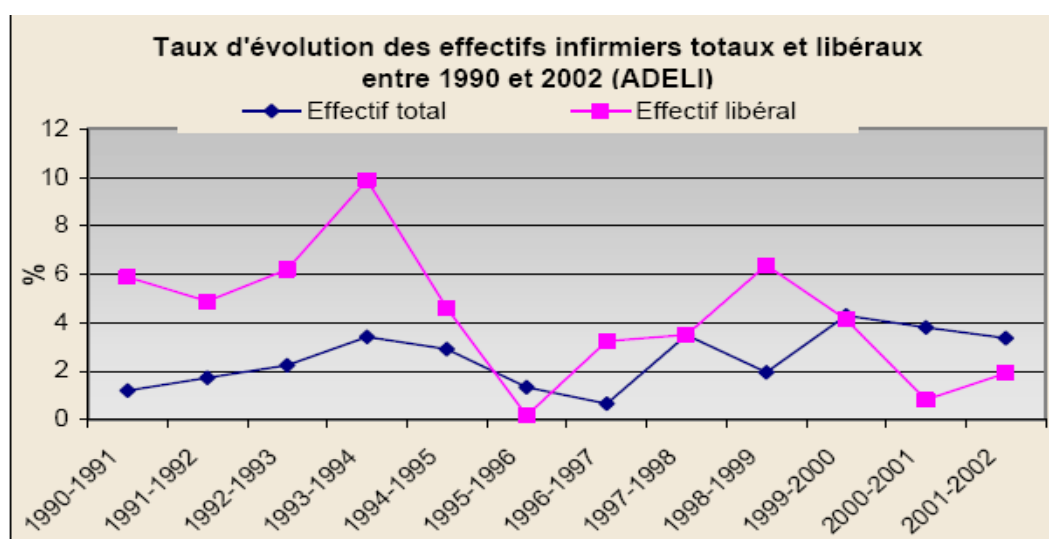
Une telle progression s'inscrit dans un contexte où les infirmières diplômées d'État (IDE) dans leur ensemble voient leur effectif croître sans discontinuer (les infirmières étaient au total environ 150 000 en 1971 contre 423 400 en 2003).

(Effectifs au 1^{er} janvier – données ADELI)



Source Eco-Santé 2003

D'année en année, le taux d'évolution des infirmières libérales est plus contrasté que celui des salariées. C'est affaire d'effectifs moindres, plus sujets à variation statistique ; de sensibilité peut être aussi au contexte politique (plans récurrents d'économie de l'Assurance maladie, etc.) voire d'effet immédiat de la mesure prise en 1993 instituant « l'obligation de pouvoir justifier de trois ans d'expérience professionnelle acquise dans un établissement ou une structure au sein d'un service organisé sous la responsabilité d'un infirmier cadre ou d'un médecin » avant de pouvoir s'installer en libéral.



Source : Rapport DHOS 2004, p. 16

Quel que soit le cadre de travail, on a de toute façon bien affaire là à une profession qui recrute (en 1968 les infirmières libérales « et assimilées » étaient au nombre de 15 780³² et en 1977, de 19 500³³).

³² Chiffre cité par Geneviève Latreille, *La Naissance des métiers en France 1950-1975*, Lyon, PUL, 1980, p. 115.

³³ CNAMTS, *Le secteur libéral des professions de santé en 1992*, *Carnets statistiques*, n° 76, p. 13.

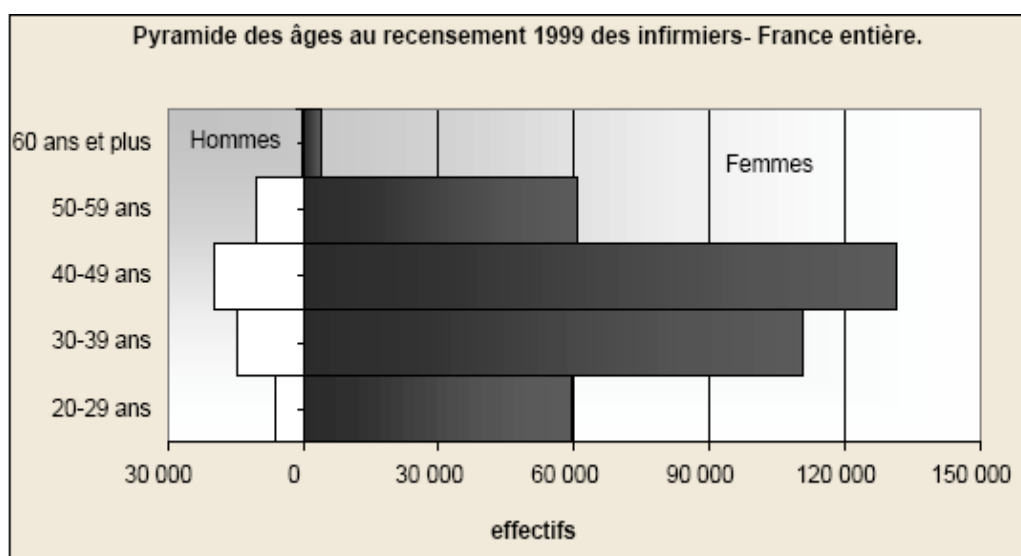
La part des infirmières libérales, par rapport à l'ensemble des infirmières DE, qui était de 11,2 % en 1988 et de 12,5 % en 1992, représentait environ 15 % en 1999. Depuis cette date, on observe de ce point de vue, année après année, un léger tassement.

Proportion d'infirmières libérales par rapport au total des infirmières DE (en %)

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
14,91	14,88	14,45	14,25	14,03	13,87	13,85

Source : ADELI

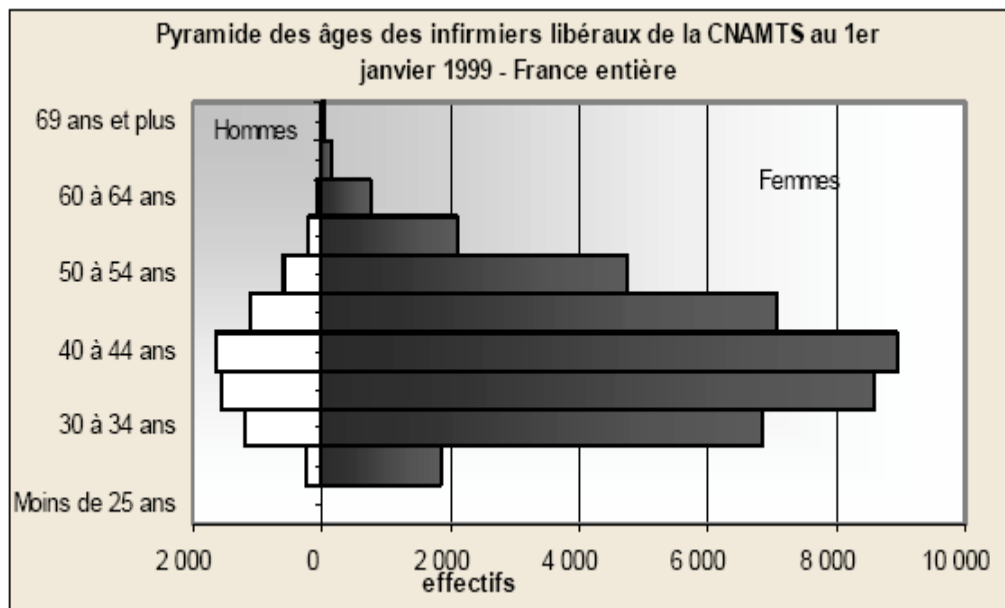
Dans tous les cas, l'affaire est entendue, le métier d'infirmière se conjugue au féminin. C'est vrai pour la profession dans son entier.



Source : recensement INSEE 1999 dans DHOS 2004, p. 11

C'est aussi vrai pour ce qui concerne l'exercice libéral.

Pyramide des âges des infirmiers libéraux



Les données Adeli signalent 6 % d'hommes parmi les salariés en 1993³⁴. En 2003 ils pesaient pour 12,8 % des effectifs. Les chiffres les plus récents paraissent indiquer un très léger repli (12,6 % en 2005).

On évoque régulièrement la présence plus forte des hommes dans l'exercice libéral. Ce n'est pas faux mais les écarts ne sont pas importants : ils représentaient, selon les données Adeli, 12,8 % des effectifs libéraux en 2001, 13,5 % en 2003 et 14,5 % en 2005. La tendance est donc inverse par rapport aux salariés, mais là aussi le féminin l'emporte toujours haut la main.

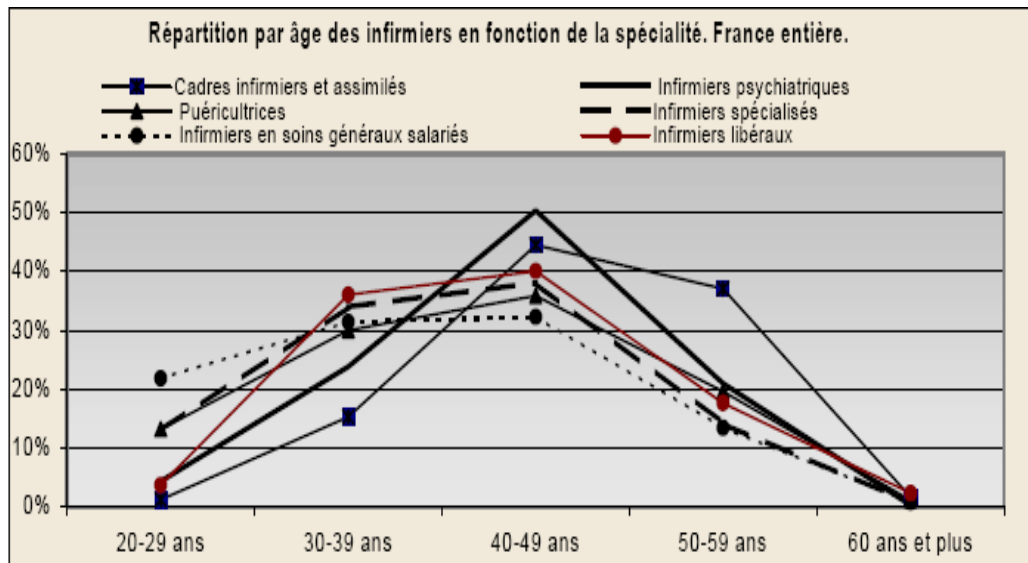
La question de l'âge des infirmières libérales est un sujet extrêmement sensible. Se profilent en effet bien des débats liés au vieillissement tendanciel de la profession et au non remplacement des générations qui partent ou vont partir à la retraite³⁵. Par ailleurs on connaît l'ensemble des représentations, à considérer pourtant avec précaution³⁶, sur la faible durée de vie professionnelle des infirmières en règle générale et sur celles qui exercent en libéral en particulier.

³⁴ Source : SESI, La population infirmière au 1^{er} janvier 1993, *Documents statistiques*, n° 252, 1996, p. 8. Nous émettons quelques réserves sur la fiabilité de ces données. Françoise Acker note déjà, mais sans plus de précisions, un taux de 6,7% d'hommes parmi le personnel hospitalier public en 1975 (le champ n'étant cependant pas tout à fait le même, puisqu'Adeli recense l'ensemble des infirmiers en activité). Françoise Acker, « Les infirmières, une profession en crise ? » dans *La Crise des professions de santé*, ss. dir. Jean de Kervasdoué, Paris, Dunod, 2003, p. 288.

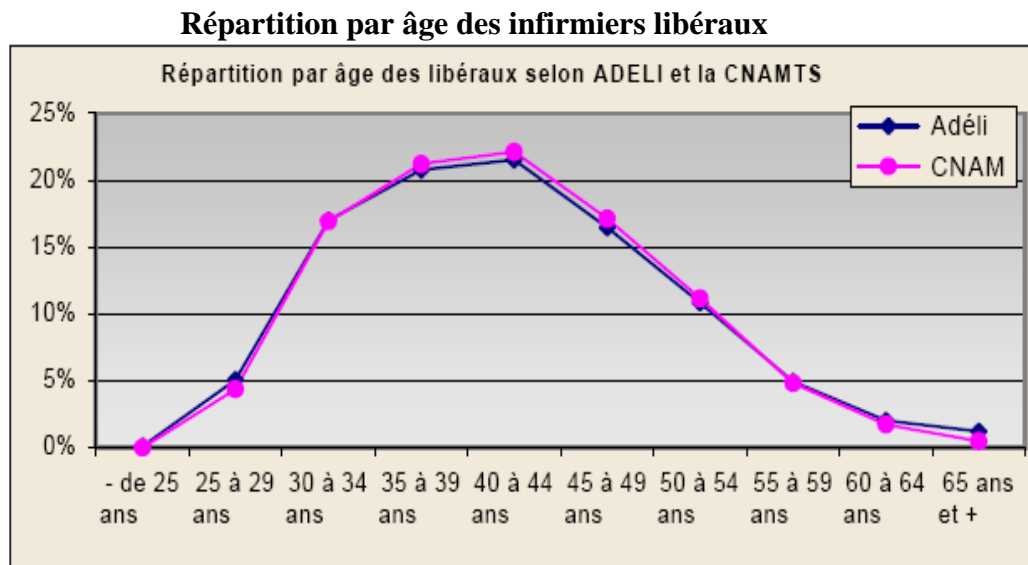
³⁵ L'âge moyen des infirmières DE est passé de 34 ans en 1983 à 42 ans en 2003. Voir le rapport de la Drees, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004*, Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005, p. 201.

³⁶ Les données exposées dans le rapport 2004 de l'ONDPS permettent de relativiser beaucoup ces représentations. Voir ONDPS, *Analyse de trois professions. Sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, Paris, La Documentation Française, 2004, Tome 3, pp. 51-105.

Le recensement Insee de 1999 donne la tendance.

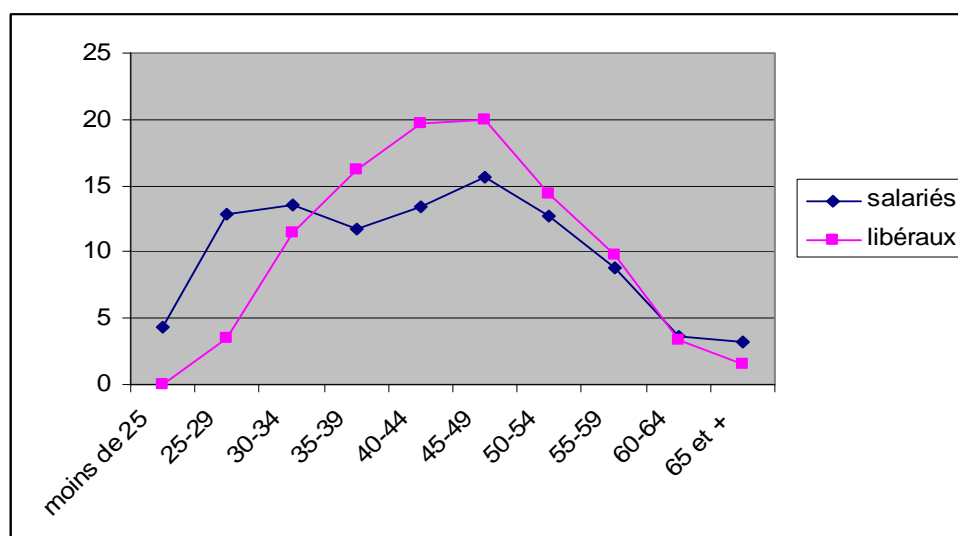


Les données du SNIR et d'Adeli, pour la même année, indiquent un mouvement similaire pour les seules infirmières libérales.



Il n'est pas inintéressant de saisir plus en détail la répartition par tranches d'âge et de comparer de telles données avec celles qui se rapportent aux infirmières salariées.

Répartition des infirmières salariées et libérales par tranches d'âge en 2005

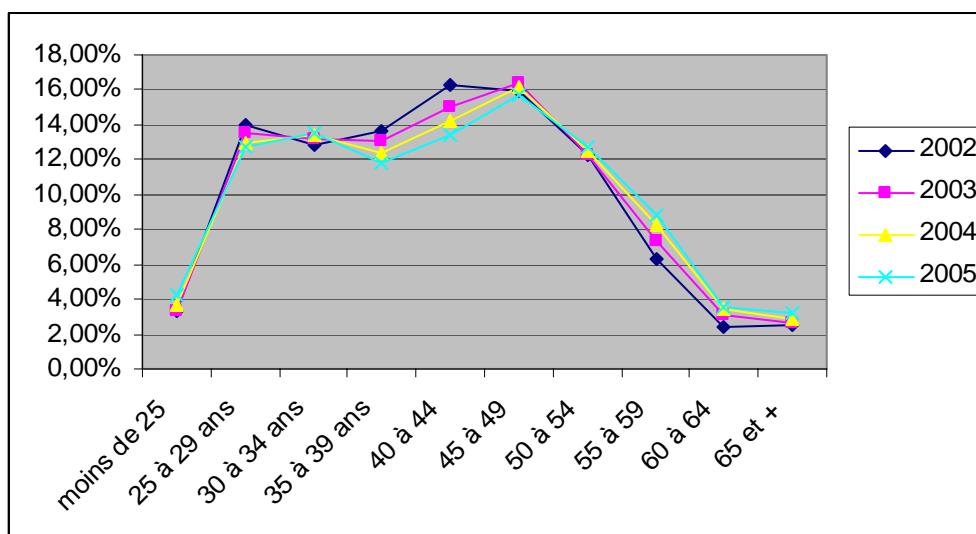


Source : ADELI

Chez ces dernières, la courbe de 2005 ressemble bien entendu à celle de 1999, avec toutefois un creux dans la classe d'âge 35-39 ans. Par contre on s'oriente vers la pratique libérale plus tardivement, notamment du fait de l'obligation d'exercice préalable en tant que salariée sous la responsabilité d'un cadre infirmier et/ou d'un médecin. Pour autant, après 50 ans, les écarts s'estompent et la part des professionnelles de plus de 60 ans – de fait assez réduite – est même plus conséquente chez les salariées que chez les libérales : 6,82 % contre 5,17 %. L'explication toutefois tient probablement au fait que les infirmières salariées qui cessent leur activité omettent de le signaler à la Ddass de leur département, qui gère le fichier Adeli.

Si l'on observe l'évolution récente des infirmières salariées, on peut en effet noter une tendance au vieillissement, y compris dans les tranches d'âge de plus de 50 ans, qui gagnent en représentativité.

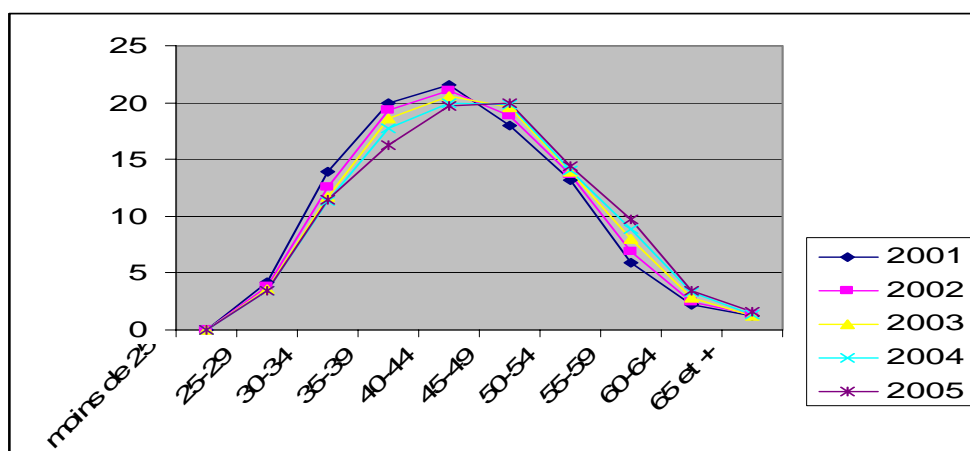
Répartition par tranches d'âge des infirmières salariées entre 2002 et 2005



Source : ADELI

Une même tendance est aussi à l'œuvre chez les infirmières libérales, avec une courbe cependant bien plus régulière, quelque soit l'année considérée.

Répartition par tranches d'âge des infirmières libérales entre 2002 et 2005



Source : ADELI

L'âge moyen des infirmières libérales est environ d'un an supérieur à celui des infirmières salariées. En 1990, selon le SNIR, il était de 37,5 ans ; en 1999 il était de 41,7 ans et en 2001 de près de 43 ans³⁷. En 2005 il avoisine les 44 ans.

L'exercice libéral demeure donc, nous l'avons vu, plutôt l'apanage des femmes. Le Centre d'étude et de recherche sur les qualifications (CEREQ), avec un financement de la Drees, a interrogé en 2001 et en 2003, dans le cadre de l'enquête « Génération 1998 », un échantillon représentatif de 1 400 infirmiers et infirmières ayant obtenu leur diplôme d'État

³⁷ Selon le SNIR, en 1998, l'âge moyen des hommes était de 40,2 ans et celui des femmes de 41,3 ans. Si l'on prend en compte les remplaçantes, que le SNIR ne comptabilise pas, on aboutit à un âge moyen sensiblement identique selon le sexe. Voir CNAMTS, *Point stat*, n° 17, 1998, p. 2.

en 1998³⁸. La part des femmes représentait 84,6 % des diplômés de cette année-là. En 2003, 4 % de l'ensemble des diplômés de 1998 avaient déjà choisi de travailler en libéral (0,9 % l'avait fait dès que c'était possible, à savoir la quatrième année d'exercice, en 2002 donc). Il s'agissait alors de 9 % des hommes et de 3 % des femmes³⁹. Retrouve t-on de telles tendances dès lors que l'on observe la répartition hommes/femmes par tranches d'âge ?

Pour interpréter correctement les données il convient de relever avant tout les effectifs totaux. En effet les proportions n'ont pas du tout la même signification selon qu'elles portent sur de faibles effectifs ou non.

Proportions d'infirmiers libéraux selon les tranches d'âge en 2005

	Moins de 25 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 ans et +
Effectifs totaux	35	2170	7177	10 204	12 336	12 487	9 034	6 138	2 133	986
Nombre d'hommes	5	456	1249	1653	1838	1786	1193	669	186	124
Proportion d'hommes	14,3	21,0	17,4	16,2	14,9	14,3	13,2	10,9	8,7	5,5

Source : ADELI

Les hommes jeunes paraissent effectivement choisir la pratique libérale en plus forte proportion que les femmes, mais très minoritaires dans les IFSI⁴⁰, ils le restent largement dans ce mode d'exercice.

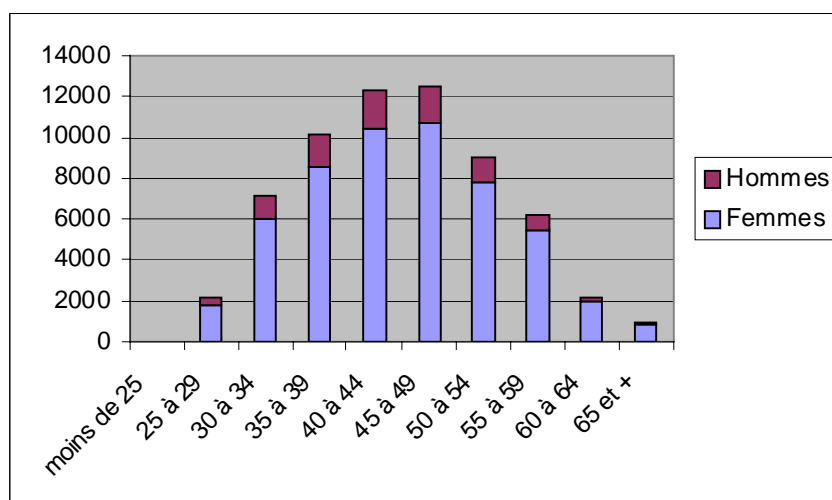
Il est difficile d'interpréter plus avant la diminution régulière de leur proportion selon les tranches d'âges. Plusieurs phénomènes peuvent se superposer en effet, sans toutefois peser de la même manière : ils étaient assurément un peu moins nombreux à opter pour le libéral il y a quelques décennies ; il est possible aussi qu'une part de ceux qui ont opté pour ce mode d'exercice l'abandonne plus précocement que les femmes. Dans tous les cas, ils demeurent bien peu nombreux dans une profession encore et pour longtemps très féminisée.

³⁸ N'ont pas été sollicitées des infirmières qui ne sortaient pas de formation initiale (celles qui avaient exercé comme aide soignante par exemple).

³⁹ Remy Marquier, Les débuts de carrière des infirmiers sortis de formation initiale en 1998, *DREES, Document de travail, série Études*, n°46, 2005, p.24.

⁴⁰ Les écoles d'infirmières changent de nomination après le mouvement social de 1988. Elles deviennent alors des instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI).

Proportions des infirmières libérales et des infirmiers libéraux par tranches d'âge en 2005



Source : ADELI

L'ensemble de ces données porte sur la France métropolitaine. La situation des Départements d'outre-mer (DOM) est très particulière. À la fois la proportion des infirmières libérales qui y exercent, par rapport à la France entière, on s'en doute, est très faible et cette même proportion, au regard des infirmières salariées de ces DOM, est conséquente. En 1999, le recensement Insee indique une proportion de 1,97 % de l'ensemble des infirmières libérales, le SNIR 2,71 %, ADELI 3,25 % et la CARPIMKO 2,8 %. Par contre elles représentaient cette même année 25 % de toutes les infirmières DE à la Réunion, 28 % à la Guadeloupe, 37 % à la Martinique et pas moins de 40 % en Guyane⁴¹.

« Neuf îles... un fort taux d'ensoleillement, une langue créole qui chante et des pratiques qui, pour les infirmiers libéraux, connaissent quelques spécificités... Iriez-vous vous y installer ? » interrogeait un article de la revue « Infirmière libérale magazine » de septembre 1999 au titre évocateur : « La Guadeloupe, paradis du libéral ? »⁴². Lors de nos entretiens nous avons effectivement entendu des infirmières qui ont exercé un temps dans les DOM – on y reviendra – mais *a priori* nous avons fait le choix de rester dans l'hexagone...

⁴¹ La densité d'infirmières libérales (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) était en 1999 de 98 en Métropole. Elle était de 138 à la Martinique, « score » qualifié de « surprenant » dans l'étude de Pierre Bazely et Christine Catteau, État de santé, offre de soins dans les départements d'Outre-mer, *Document de travail*, DREES, n° 14, 2001, p. 18.

⁴² « La Guadeloupe, paradis du libéral ? », *L'infirmière libérale magazine*, n°141, septembre 1999, pp. 18-19.

Deuxième partie

Les trajectoires des infirmières libérales

21. Les contextes familiaux

211. Des origines sociales assez singulières

Le recrutement social des infirmières est réputé assez hétérogène, même si l'on observe une tendance à ce que désormais les jeunes professionnelles soient plus issues qu'il y a dix ou quinze ans des groupes des employés et des professions intermédiaires, voire des cadres⁴³. À l'image de la fille d'agriculteur ou d'artisan allant poursuivre sa formation dans l'école d'infirmières de la ville la plus proche voire franchissant le pas d'aller dans une des nombreuses écoles de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, se substituerait donc celle d'une infirmière d'origine plus citadine (ou plutôt périurbaine), en écho tout simplement à l'évolution qu'a pu connaître la structure et la localisation des emplois de leur père depuis quelques décennies⁴⁴. Si l'on adopte un tel point de vue, ce serait donc désormais un métier qui attirerait plutôt des filles issues de ces classes moyennes dont le poids n'a cessé de progresser dans la société française. Il serait donc vain en somme de chercher à faire ressortir, de ce point de vue, de véritables particularités là où, au contraire, la profession de médecin par exemple demeure plus que jamais réservée à des garçons et à des filles – des filles surtout – issus des classes privilégiées⁴⁵ et ayant suivi avec brio un cursus scolaire secondaire dans une filière scientifique.

Au-delà de quelques spécificités, tel un recrutement un peu plus populaire pour ce qui est des hommes, on aurait affaire ni plus ni moins à un métier comme un autre. Auparavant devenir infirmière faisait partie des horizons sociaux assez délimités auxquels étaient promises des filles de modeste extraction, souvent venues de la campagne. Une honnête réussite scolaire leur permettait d'échapper à un destin tracé – épouse d'un agriculteur notamment – sans pour autant pouvoir véritablement diverger des secteurs du soin, de l'enseignement primaire ou du travail social auxquels elles étaient promises. Aujourd'hui la base sociale du recrutement serait bien plus large, bien plus diversifiée⁴⁶.

Pourquoi infirmière ? Qu'est ce qui, d'après elles, les a motivées, les a poussées à opter pour une telle profession, une fois convenu que soigner ce n'est pas rien ? Là encore si la question est souvent posée dans des termes de sens commun, il semble bien que l'on ne dispose pas de beaucoup de recherches s'attardant sur ce thème.

⁴³ Voir Rémy Marquier, Les étudiants en soins infirmiers en 2004, *Études et Résultats*, n° 458, 2006. Voir en particulier la typologie des étudiants en IFSI, qui valorise de manière inédite les origines sociales de ces étudiants.

⁴⁴ Professions intermédiaires et employés représentent aujourd'hui en France environ un actif sur deux.

⁴⁵ Voir notamment Anne-Chantal Hardy-Dubernet, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions », *Revue Française des Affaires sociales*, n° 1, 2005, pp. 25-58. Voir aussi Géraldine Labarthe et Dominique Herault, « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Études et résultats*, n° 244, 2003.

⁴⁶ Sur ce point, deux études à paraître très prochainement apporteront bien des éléments intéressants : Rémy Marquier, « Les trois premières années de carrière des infirmiers de la génération 2001, série *Document de travail*, Drees, 2006 et Daniel Sicart, L'origine sociale des professionnels de santé, *Études et résultats*, Drees, 2006.

On perçoit immédiatement alors les limites d'une étude portant spécifiquement sur les infirmières libérales. La population de référence – les infirmières hospitalières – à partir desquelles des comparaisons stimulantes pourraient être réalisées, risque fort de se dérober. Un inconvénient se dessinerait alors : comment faire la part des choses entre ce qui renvoie aux infirmières dans toute la géométrie des emplois qu'elles occupent et, en leur sein, de celles qui exercent présentement en libéral ? De fait, il nous faudra aller à pas comptés et assortir notre étude de bien des réserves, de bien des prudences. En effet si nous en savons maintenant assez long sur les origines sociales des infirmières libérales, resteront toujours plus ou moins en suspens des questions sur des caractéristiques qui leur seraient propres et sur d'autres qu'elles partageraient *de facto* avec un ensemble plus large duquel elles ne se distingueraient peut-être pas vraiment.

Ces réserves émises, il n'est pas inutile de préciser ce qui a guidé notre investigation. De fait nous nous sommes inspirés de nos recherches antérieures portant sur les déterminants sociaux du choix du métier de travailleur social, *versus* éducateur et assistante sociale en particulier⁴⁷. Nous disposions là en effet d'une approche problématisée nous incitant à aller voir dans un certain nombre de directions. Des indicateurs avaient en quelque sorte fait la preuve de leur intérêt heuristique dès lors qu'il s'agissait de rendre compte des raisons profondes du choix de telles orientations professionnelles vers des métiers qui « ont à voir », sinon qui peuvent être considérés comme assez proches des métiers intermédiaires de la santé. Une part des questions posées aux professionnelles, que nous avons sollicitées lors des entretiens ou sur la base d'un questionnaire, se rapporte donc à tout ce que nous avons déjà saisi chez les travailleurs sociaux. Nous nous sommes efforcés toutefois d'explorer d'autres déterminants possibles renvoyant eux aussi à l'amont, à ce qui précède ne serait-ce que l'entrée dans une école d'infirmière, dans un IFSI.

Au-delà de ces analyses, nous avons très directement posé la question aux unes et aux autres sur les raisons qui, à leurs yeux, les ont amenées à exercer un tel métier, sur ce qui, selon elles, a été déterminant dans leur choix d'orientation. Nous en rendrons compte aussi, en nous limitant dans un premier temps au choix du métier d'infirmière, pour aborder plus loin ce qui a trait aux circonstances de leur arrivée dans l'exercice libéral.

Quelles sont alors les voies que nous avons explorées pour rendre compte, au-delà de ces récits de mémoire, des raisons du choix du métier d'infirmière ? Nous avons poussé nos feux dans deux directions.

Nous avons d'abord été voir du côté de l'origine sociale des parents, non seulement pour caractériser un milieu mais aussi pour étudier ce qui aurait pu avoir une influence dans le choix du métier d'infirmière, voire dans l'option prise de « faire du libéral ». Trop souvent l'origine sociale est rapportée à la seule profession du père. Nous avons déjà versé notre écot à une approche beaucoup plus diversifiée pour ne pas nous y cantonner ici. La trajectoire professionnelle des pères, plus peut-être que le dernier métier qu'ils ont exercé, est intéressante à saisir. Par ailleurs, les mères, et à plus forte raison quand il s'agit de leur fille et de métiers réputés permettre que s'accomplissent des « qualités féminines naturelles », doivent aussi être prises en compte. Il ne s'agit pas non plus d'oublier les membres de la

⁴⁷ Alain Vilbrod, *Devenir éducateur, une affaire de famille*, Paris, L'Harmattan, 1995 ; Alain Vilbrod, 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, pp. 155-167.

fratrie – et pas uniquement les plus âgés – qui ont pu défricher le chemin. Et puis, il y a aussi toute l'influence possible de la parentèle. Oncles, tantes, cousins, cousines ne sont pas restés, le cas échéant, inactifs pour donner l'envie, susciter le désir de suivre leurs pas, ou bien, très prosaïquement pour donner le coup de pouce, pour « faire entrer », etc. On peut d'ailleurs agrandir encore un peu le cercle. La compagne, le compagnon, la belle-famille méritent aussi que l'on s'y attarde. Nous y avons fait allusion : nous nous sommes aperçus qu'une part significative des hommes qui s'orientent vers le travail social le font à l'instigation de leurs épouses, de leurs compagnes. C'est chose peu parlée, assez peu connue mais il n'est pas inutile pourtant d'aller y voir pour ce qui concerne les infirmières libérales, et les infirmiers.

Nous avons aussi exploré, plus brièvement, une seconde voie : les formes de la socialisation familiale. Il y a maintenant des lustres que, à la suite de travaux d'Elena Belloti⁴⁸ par exemple, on sait comment les filles sont élevées de façon différente des garçons et sont, en un sens, socialement prédestinées. C'est vrai dans le cadre de l'école – et les travaux sur ce point sont pléthore –, c'est assurément vrai dans le cadre familial tout au long de la socialisation primaire. Quelles sont les valeurs incorporées sur le mode de l'allant de soi ? Quels habitus ont été générés ? Par quels vecteurs des dispositions, des valeurs, etc. ayant cours élevé sur un terrain professionnel donné, celui des soins à autrui en l'occurrence, sont-elles passées ? En ce qui concerne les travailleurs sociaux, nous étions allés voir du côté de la religion, des activités associatives, militantes, des parents, etc. Des traditions d'accueil, ce qu'Anne Gotman⁴⁹ nomme, « le sens de l'hospitalité » ont été analysées. Là encore, sans chercher la transposition à tout crin, nous avons interrogé les unes et les autres sur les ressorts d'une éducation reçue, sur la façon dont l'environnement familial a pu avoir une influence sur le choix de l'orientation voire sur les différentes inflexions de la trajectoire professionnelle passant notamment par l'aspiration à « se mettre à son compte ».

Bien des hypothèses sont en filigrane à une telle attention portée à la famille proche voire à la famille plus éloignée. Contre l'idée d'un choix du métier dû avant tout aux circonstances de la vie, aux aléas ou au hasard⁵⁰, nous pensons qu'il est possible, au moins partiellement, de rapporter une telle orientation à des déterminants familiaux. Ce circonstanciel préside bien souvent aux représentations de l'arrivée dans l'exercice libéral, et ce d'autant plus qu'elle intervient à un âge où bien des formes de socialisation secondaire sont réputées avoir depuis longtemps recouvert tout ce que l'on peut devoir à sa famille. Nous avons voulu cependant aller y voir de plus près.

Les origines sociales des infirmières

La sociologie des professions a souvent mobilisé la profession médicale dans toutes ses dimensions et en particulier la profession infirmière. D'Eliot Freidson à Everett Hughes, les travaux américains qui portent sur les métiers de la santé font figure de classiques. À côté

⁴⁸ Elena Gianini Belloti, *Du Côté des petites filles*, Paris, Éditions des Femmes, 1973.

⁴⁹ Anne Gotman, *Le Sens de l'hospitalité*, Paris, PUF, 2001.

⁵⁰ Nous y reviendrons ; il n'est probablement pas incident qu'à l'heure où, aujourd'hui, on ouvre plus grandes les portes des instituts de formation aux soins infirmiers, les IFSI, (augmentation des places mises en concours pour pallier la baisse des effectifs infirmiers), on observe aussi un taux d'attrition (de départ, d'abandons durant la formation). Parce qu'on ne devient pas infirmière par hasard, ce n'est pas parce qu'il est plus aisé d'entrer en IFSI que les qualités attendues changent, et celles qui ne sont pas très motivées peuvent peut-être présentement y entrer plus facilement mais constatent vite que ce métier n'est pas fait pour elles... Voir à ce sujet les remarques de Rémy Marquier, *Les étudiants en soins infirmiers*, *op. cit.* p. 7.

des métiers de l'enseignement voire du travail social, les professions de santé sont alors réputées avoir fait l'objet de nombreuses études permettant notamment de bien cerner ce qu'il en est de leur recrutement. Pourtant, dès lors qu'on s'y attelle, la recherche d'études portant sur les origines sociales des infirmières entraîne un constat fort différent. Peu d'éléments permettaient, jusqu'à il y a peu⁵¹, d'appréhender ce qu'il en est des profils sociaux des infirmières⁵², et encore aujourd'hui il est délicat de mesurer l'évolution de ces profils au cours des décennies. À notre connaissance, aucune étude approfondie n'a mobilisé un tel thème, aucun article scientifique ne s'est donné pour objet principal l'analyse des origines sociales des infirmières. Des données existent pourtant, même si elles ne sont pas exemptes d'un certain nombre de biais. Bien des IFSI possèdent encore par exemple les dossiers de dizaines de promotions qu'ils ont formées, y compris ceux des écoles d'infirmières dont ils ont pris souvent la suite. Il faut croire que les ressorts de telles études ne sont pas vraiment perçus. Aujourd'hui encore les dossiers que ces IFSI demandent aux étudiantes de compléter comportent souvent des informations sur les professions des parents mais ces variables, jusqu'à tout récemment, n'étaient pas traitées et n'entraient pas vraiment dans ce que les Directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) collectaient et transmettaient ensuite à la Drees. On ne disposait alors que de données agrégées qui pouvaient vite toucher à leurs limites. Ici et là, au détour de quelques études récentes, il était toujours possible de glaner quelques informations, mais finalement l'ensemble continuait à représenter fort peu.

Un terme revient fréquemment pour qualifier le recrutement social des infirmières : l'hétérogénéité. Assurément il n'y a jamais eu d'univocité dans les profils sociaux de ces femmes tournées vers le soin. Pour autant, tout peut-être affaire de proportion, mais de cela pas grand-chose ne filtre. Dès avant la Seconde guerre mondiale, il semble bien, à en croire Yvonne Knibielher⁵³, qu'il existait un fort clivage entre les infirmières des écoles privées et des écoles de l'Assistance publique. Dans les premières, il fallait régulièrement, avant les années 1920, être parrainé et on avait affaire à des filles issues de milieux très aisés même si, dans certaines écoles catholiques ou protestantes, on pouvait croiser des filles de condition un peu plus modeste. Bon gré mal gré, les parents acceptaient de voir ainsi leur fille déroger au destin d'épouse, quitte à rester célibataire, d'où l'expression « vocation sans voile » qui a fait florès. À un mariage sans inclination, il existait auparavant le recours d'entrer dans un ordre religieux ; désormais une autre issue consistait à se consacrer à un tel métier. Ce pouvait être aussi le signe d'un revers de fortune : « *Mon père m'avait dit : tu ne veux pas te marier, entendu. Mais prends tes dispositions pour gagner ta vie car tout le monde sera obligé de la gagner d'ici peu. Mes parents ont laissé quelques biens, mais qui ne m'auraient pas suffi pour vivre* »⁵⁴. Du côté des élèves de l'Assistance publique, le recrutement était souvent plus diversifié et on trouvait des filles d'agriculteurs, d'artisans mais aussi de fonctionnaires – assez peu de filles d'ouvriers –. Quand les unes et les autres se côtoyaient dans les hôpitaux, des clivages, des oppositions, des querelles ne manquaient pas, semble-t-il, de se faire jour, révélant hostilité latente et préjugés de classe. Sans que l'on croise beaucoup de filles de

⁵¹ Cf. les études de Rémy Marquier, précédemment citées.

⁵² Dans son ouvrage « Les métiers de l'hôpital », l'auteur, Christian Chevandier, ne pouvait qu'émettre un tel constat : « *Aucune donnée statistique globale ne permet une étude de l'origine sociale du personnel hospitalier. Mais de nombreuses approches monographiques ont été effectuées, dans des universités ou divers instituts de formation. Ce cette littérature « grise » émerge une trajectoire de mobilité sociale ascendante, souvent liée à une mobilité géographique, permettant de conclure à une origine souvent populaire, les filles de paysans étant toujours nombreuses* ». Christian Chevandier, *Les Métiers de l'hôpital*, op. cit., p. 97.

⁵³ Yvonne Knibielher, *Cornettes et blouses blanches*, op. cit., pp. 199-234.

⁵⁴ *Ibid.* p. 214-215

prolétaires, celles qui étaient originaires de milieux plus modestes étaient issues de ce « petit personnel » qui s'était vu proposer une formation et une promotion leur permettant ainsi de « sortir du rang ». Hétérogénéité donc assurément, sans que l'on sache faire la part de ce que chaque milieu pouvait représenter.

Présentement tout porte à dire que cette hétérogénéité est toujours de mise. Il ne s'agit certes plus d'oppositions aussi tangibles, mais la diversité présiderait toujours au recrutement des infirmières. À en croire Brigitte Bon-Saliba, « *l'exigence du baccalauréat comme titre d'admission a entraîné une diminution des élèves issus des couches les plus populaires. Au clivage fille de la bourgeoisie/fille du peuple, se substitue la distinction sociale par le niveau d'études bacheliers/non-bacheliers, bacs généraux/bacs techniques, et par le statut économique : scolarité financée par la famille, bourse ou contrat avec un hôpital ou bien formation professionnelle rémunérée* »⁵⁵.

De quelles données statistiques significatives disposons-nous pour étayer de telles affirmations ? Il n'est pas inutile de s'y arrêter puisqu'elles ne sont finalement qu'au nombre de trois. La première étude est celle de Jacqueline Gottely, parue en 1981 mais portant sur des informations de 1975⁵⁶. Ensuite nous ne disposons que de données très agrégées issues des Enquêtes emploi de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) de 1989 et 2001, respectivement mobilisées par Isabelle Féroni⁵⁷ et par Geneviève Picot⁵⁸. Ce sont à ces sources que quelques publications récentes se réfèrent⁵⁹. Pour autant que l'on va les exposer, il convient de souligner qu'elles paraissent mériter d'être considérées avec prudence. Les écarts importants sont parfois si importants entre les sources qu'on voudrait en savoir bien plus sur les catégories retenues et sur ce que l'on y a inclus. Ici et là on se réfère aux données des Enquêtes-emploi, mais elles s'appuient sur des échantillons parfois très réduits (en ce qui concerne par exemple les hommes dans la profession d'infirmier). Prudence donc.

L'étude de Jacqueline Gottely tend à servir de référence pour mesurer l'évolution depuis une vingtaine d'années, même si elle ne porte que sur les infirmières hospitalières. Ainsi par exemple, Isabelle Féroni a mis en perspective les chiffres de 1975 et ceux issus de l'enquête Emploi de 1989 de l'Insee, en ne retenant que celles ayant plus de 40 ans⁶⁰.

⁵⁵ Brigitte Bon-Saliba, « Le temps de la reconnaissance », dans J. Saliba, B. Bon-Saliba et B. Ouvry-Vial, *Les Infirmières*, Paris, Syros, 1993, p. 108.

⁵⁶ Jacqueline Gottely, « Démographie d'une profession de santé : les infirmières hospitalières », *Économie et Santé*, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, 1981.

⁵⁷ Isabelle Féroni, *Les Infirmières hospitalières. La construction d'un groupe professionnel*, thèse de Sociologie, Université de Nice-Sophia Antipolis, 1994, pp. 183-199.

⁵⁸ Geneviève Picot, *Le Rapport social entre médecins et infirmières à l'hôpital public*, thèse de Sociologie, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2002, pp. 101-106.

⁵⁹ Citons par exemple Françoise Acker, « Les infirmières : une profession en crise » dans J. de Kervasdoué, *La crise des professions de santé, op. cit.*, p. 290 ou encore ONDPS, *Analyse de trois professions*, rapport 2004, tome 3, p. 82.

⁶⁰ Sources : J. Gottely, *Ibid* et Enquête emploi INSEE 1989. il convient de considérer ces chiffres avec quelque prudence puisque les définitions des PCS ont évolué entre temps.

Origine sociale des infirmiers et des infirmières (en %)

	1975 (infirmières hospitalières, toutes générations)	1989 (infirmières actives de plus de 40 ans)
Agriculteurs	15,9	14,2
Industriels, gros commerçants Artisans, petits commerçants	16,0	16,4
Cadres supérieurs	24,3	11,2
Employés	14,0	16,7
Ouvriers	15,1	28,7
Techniciens, contremaîtres, autres (cadres moyens)	13,8	12,8

Sources : J. Gottely/ I. Féroni

Sur la base de ces chiffres, Isabelle Féroni conclut : « *On observe donc que les seules différences entre les poids des différentes catégories portent sur les cadres supérieurs et les ouvriers. Ceci va tout à fait dans le sens du constat fait par l'auteur du plus grand abandon de l'exercice professionnel par les femmes d'origine élevée et maintien des femmes d'origine populaire. La profession se prolétarise* »⁶¹.

Sans doute est-il un peu audacieux d'évoquer une « prolétarianisation » dès lors que seules 30 % environ des infirmières ont un père ouvrier (au moment où ils représentent encore près de 40 % de la population active). Cependant, indubitablement la baisse du recrutement chez les filles de cadres supérieurs est inversement proportionnelle à la hausse de celui des filles d'ouvriers.

Une étude par tranches d'âge est aussi intéressante.

Origine sociale et répartition par tranches d'âge des infirmières et infirmiers (en %)

	Inférieur à 30 ans	Entre 30 et 40 ans	40 ans et plus	Tous âges confondus
Agriculteurs	8,5	13,2	14,2	12,8
Artisans	9,3	12,2	16,4	11,5
Cadres	11,3	11,1	11,2	13,3 ⁶²
Professions intermédiaires	24,3	19,2	12,8	17,7
Employés	14,7	14,3	16,7	14,4
Ouvriers	31,8	30,0	28,7	30,3

Source : Enquête emploi 1989/I. Féroni

⁶¹ Isabelle Féroni, *op. cit.*, p. 193.

⁶² Ce taux de 13,3 %, qui figure dans la thèse d'Isabelle Féroni, est à prendre avec précaution tant il ne peut pas correspondre à la moyenne des taux précédents. Il est possible que cette catégorie « cadres » ait été diversement définie par l'auteur (« cadres et professions intellectuelles supérieures » p. 189 ; « cadres et professions libérales » p. 190 et « cadres supérieurs » p. 193).

Pointe alors la montée en puissance des infirmières issues des dites « professions intermédiaires ».

Sur la base des données que mobilise Geneviève Picot⁶³, on peut mettre en perspective le recrutement social des infirmiers (qui représentent environ 12 % de l'ensemble de la profession) et des infirmières entre 1989 et 2001.

Origine sociale des infirmières et des infirmiers en 1989 et en 2001

	Femmes 1989	Femmes 2001	Hommes 1989	Hommes 2001
Agriculteurs	12,8	11,6	7,6	6,8
Artisans et commerçants	11,5	12	14,4	9,7
Cadres et professions intellectuelles	13,3	13,7	9,8	14
Professions intermédiaires	17,7	20	16,6	15,4
Employés	14,4	16,3	16,8	22,4
Ouvriers	30,3	26,4	34,9	31,7

Source : Enquête-emploi 2001/ G. Picot

L'augmentation des infirmières issues des professions intermédiaires se confirme (mais pas chez les hommes) ; celle des filles et des fils d'employés aussi alors que les enfants d'ouvriers cèdent le pas tout en demeurant le groupe le plus représenté.

Si l'on se réfère au recensement général de 1990 et aux données de l'Enquête emploi 2004 intégrant les retraités selon leurs activités passées, il apparaît très clairement que les infirmières issues des professions que l'on dira « traditionnelles » sont largement surreprésentées. Les agriculteurs exploitants pesaient pour 4,6 % de la population active en 1990, pour seulement 3,9 % désormais. Le poids des artisans, commerçants et celui des chefs d'entreprise était alors respectivement de 8,9 % en 1990 puis de 7,2 % en 2004. Certes les professions des parents renvoient en partie à une période où ces deux catégories étaient plus importantes, mais les infirmières de moins de 30 ans ont une large part de leurs pères encore actifs, et là où les pères de ces deux catégories pèsent pour le quart des ascendants des jeunes infirmières, c'est le cas de 11 % de la population active masculine. Plus que la prolétarianisation évoquée par Isabelle Feroni, il s'agit là du fait le plus saillant. Les ouvriers représentaient, en 1990, 43,2 % des actifs ; aujourd'hui 33,2 % retraités compris. La diminution des infirmières issues de cette catégorie tend à suivre celle de leur poids dans la structure des Catégories socio-professionnelles (CSP). Les infirmières dont le père est (ou était) employé sont surreprésentées. En 1990, les employés pesaient pour 10,9 % de la population active masculine (contre environ 14,5 % des pères d'infirmières) et en 2004 pour 10,5 (contre 16,5 % des pères d'infirmières). Les enfants de cadres et de professions intellectuelles correspondent peu ou prou au poids de ces catégories dans la population active.

⁶³ Geneviève Picot, *op. cit.*, p. 105.

Reste que ces données sont très agrégées et mériteraient sans nul doute bien des précisions. On ne dispose pourtant que de fort peu d'autres sources. Deux autres études quantitatives peuvent être rapportées mais ont une portée limitée. Le comité d'entente des IFSI de la région Midi-Pyrénées a diligenté en 1991 une étude intégrant la variable de la profession du père, auprès de près de 2800 élèves infirmières⁶⁴. Tout récemment, le CEREQ a réalisé, à la demande de la DREES, une extension de son enquête « Génération 1998 » portant sur les infirmières issues de formation initiale ayant obtenu leur DE en 1998⁶⁵. Là aussi, une répartition par professions et Catégories socioprofessionnelles (PCS) du père dans le premier cas, du chef de famille dans le second, est proposée :

Étude CEEIEC 1992	
Agriculteur	7,2
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	11,8
Professions libérales, cadres supérieurs	15
Professions intermédiaires	18,1
Employé	19,3
Ouvrier	11,2
Retraité	14,7
S.P.	2,7

Étude CEREQ 1998	
Agriculteur	5,4
Artisan, commerçant	10,2
Cadre	14,3
Professions intermédiaires	9,7
Employé	26,2
Ouvrier	15,4
Chômeur	2,3
Retraité	13,5
Au foyer	2,9

Les catégories usitées peuvent susciter quelques réserves, celle de « retraité » en particulier qui n'est pas exploitable, faute de connaître l'ancien métier exercé. D'autres résultats sont pour le moins étonnants. D'après le CEREQ, 15,4 % des sortants des IFSI de 1998 ont un père ouvrier or, dans l'enquête emploi de 2001, c'est quasi le double des infirmières de moins de 30 ans qui ont un père appartenant à cette catégorie. Dans cette même enquête, l'écart entre les employés et les professions intermédiaires paraît aussi assez étonnant⁶⁶.

Ces études rapportées, on a semble-t-il fait état des données disponibles. Ce n'est qu'au détour de telle ou telle recherche plus qualitative que l'on peut se faire une idée de la composition sociale des échantillons retenus. Ainsi en va-t-il par exemple des 40 professions des pères signalées par Micheline Wenner⁶⁷, dans un ouvrage sur lequel nous reviendrons, ou encore de la vingtaine évoquée récemment par Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller⁶⁸. On trouverait encore d'autres exemples sans doute. Pour l'heure tous corroborent ce que l'on connaît.

⁶⁴ Patrick Viollet (dir) et Comité régional du Comité d'entente des écoles d'infirmières et des écoles de cadres (CEEIEC) Midi-Pyrénées. « Profils des promotions d'élèves infirmiers(ères) », *Soins*, n° 2, 1992, pp. 16-19

⁶⁵ Rémy Marquier, *Les débuts de carrière des infirmiers sortis de formation initiale en 1998*, Document de travail, Drees, n° 46, 2005, p. 8.

⁶⁶ Notons cependant que dans l'enquête du CEREQ, seules les infirmières issues de formation initiale (*i.e.* n'ayant jamais travaillé avant l'obtention du diplôme) ont été interrogées, excluant de fait les diplômé(e)s qui avaient auparavant exercé une autre profession (comme aide-soignante sans le cas d'une promotion professionnelle), et n'étant donc pas forcément issues du même milieu social.

⁶⁷ Micheline Wenner, *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* Paris, Lamarre, 1988, p. 76.

⁶⁸ Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller, *Le temps de travail dans le temps de l'emploi*, Drees, Document de travail, Série Etudes, n° 47, 2005, pp. 19-20.

Les infirmières sont bel et bien issues de milieux sociaux très divers. Pour autant cette hétérogénéité ne doit pas faire oublier que rapportée au poids respectif des PCS dans la structure sociale, ce qui est le plus marquant est bien d'une part la surreprésentation des filles d'agriculteurs, d'artisans et de commerçants, et d'autre part, celle des infirmières dont le père est ou était employé. Les autres catégories – y compris celles des professions de cadres – correspondant grosso modo à une répartition reflétant le poids de ces groupes dans la population active hexagonale. On a donc affaire à deux ensembles assez contrastés. Le premier paraît regrouper des filles plutôt issues des zones rurales, le second des enfants de ces employés peu nombreux chez les hommes (7,8 % des actifs et un peu plus de 10 % si on intègre ceux qui sont retraités). De manière plus générale l'accès à la profession d'infirmière signale, dans la grande majorité des cas, une trajectoire sociale ascendante.

Reste à rappeler que l'androcentrisme bat encore ici son plein. Bien des travaux, à commencer par ceux de Louis-André Vallet⁶⁹, ont mis l'accent sur la nécessité de prendre en compte la profession des mères, notamment pour appréhender son influence sur les trajectoires scolaires et professionnelles de leurs filles. Force est de constater que sur ce point on manque cruellement de données alors qu'il s'agit d'une question d'importance. Récemment, Dominique Merllié soulignait encore le « biais masculin »⁷⁰ de la plupart des recherches portant sur la mobilité sociale, nonobstant les difficultés que posent l'étude de la population féminine (inactivité, discontinuité de l'activité, etc.).

Les origines sociales des infirmières libérales

On ne dispose pas, à notre connaissance, d'études nous renseignant sur les origines sociales des infirmières ayant franchi le pas de l'exercice libéral. Il ne serait pas impossible d'examiner les données issues des plus récentes Enquêtes emploi de l'Insee, mais la taille de l'échantillon risquerait d'être trop réduit (sauf à « empiler » plusieurs années d'enquêtes). De ce point de vue, notre enquête portant sur un millier de professionnelles, pour toute modeste qu'elle soit, n'a pas de précédent⁷¹. Avant de pousser plus avant l'analyse il n'est pas inutile de caractériser rapidement cette population en termes de répartition par tranches d'âges et par sexe.

⁶⁹ Louis-André Vallet, « 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.

⁷⁰ Dominique Merllié, *Les Enquêtes de mobilité sociale*, Paris, PUF, 1994, pp. 165-170.

⁷¹ Sauf mention particulière, tous les tableaux qui vont suivre sont issus de notre enquête par questionnaire. Voir en annexe, les précisions sur la méthodologie, le questionnaire de cette enquête et ses modalités de diffusion, etc. Rappelons que, sauf distinction explicite, nous retenons le féminin (« infirmières libérales ») pour le groupe dans son entier, aussi bien dans le propos que dans les tableaux statistiques qui suivent.

Répartition des infirmières libérales et des infirmiers libéraux par tranches d'âge (en %)

	Moins de 30 ans	30 à 35 ans	36 à 41 ans	42 à 47 ans	48 à 53 ans	54 à 59 ans	60 à 65 ans	66 ans et plus	Total
Femmes (n = 850)	2,2	17,4	22,1	25,5	20,9	8,7	1,5	0,1	100
Hommes (n = 135)	2,7	12,6	21,5	32,6	19,3	10,4	2,5	0,0	100
ensemble	2,6	16,8	22,0	26,5	20,7	8,9	2,3	0,1	100

L'arrivée dans le secteur libéral semble plus précoce chez les femmes que chez les hommes⁷² et la carrière peut se prolonger au-delà de 60 ans.

Rappelons que nous avons sollicité les unes et les autres sur les professions de leurs pères et de leurs mères à leur naissance, dix ans plus tard et sur la dernière profession qu'ils exercent ou exerçaient.

Cantonons-nous, dans un premier temps, au dernier métier exercé par les pères.

Origine sociale des infirmières libérales et des infirmiers libéraux (en %)

	Ensemble	Pères des infirmières libérales (n = 119)	Pères des infirmiers libéraux (n = 795)
Agriculteur	17,9	19,7	5,9
Commerçant/artisan	16,1	16,5	13,4
Cadres	17,5	17,1	20,2
Profession intermédiaire	15,6	15,5	16,8
Employé	17,6	16,2	26,9
Ouvrier	15,2	15,0	16,8
total	100,0	100,0	100,0

L'hétérogénéité des horizons sociaux est frappante. Pour autant, elle ne correspond pas, de très loin s'en faut, à la répartition des PCS au niveau national. Notre échantillon, pour globalement représentatif qu'il soit, tend à surreprésenter les infirmières originaires de Bretagne. Pour autant, à l'examen, celles qui sont natives du Languedoc-Roussillon, de Picardie ou du Centre ont aussi, pour près de 20 % d'entre elles, un père agriculteur et celles issues de cinq autres régions ont, à plus de 20 %, un père qui est exploitant agricole. Il est patent que l'on a affaire à des professionnelles filles d'agriculteurs, mais aussi de commerçants ou d'artisans dans des proportions qui n'ont rien à voir avec ce que peuvent représenter ces catégories dans la population des actifs et des retraités à l'heure actuelle.

⁷² Ce constat peut paraître surprenant étant donné que, comme on l'a vu dans la partie précédente, la proportion d'hommes est plus élevée parmi les jeunes générations d'infirmiers libéraux (cf. tableau p. 32). Il faut cependant garder à l'esprit que la proportion d'hommes parmi les infirmières (libérales ou non) n'a quasiment pas cessé d'augmenter depuis quelques années. Les deux effets (infirmières libérales plus précoces et proportions d'hommes chez les libéraux plus importantes parmi les jeunes générations) ne sont donc pas incompatibles.

Certes, une part des pères sont décédés, et ont pu exercer dans ces secteurs en déclin depuis quelques décennies. Reste que, indubitablement, on a affaire là à une singularité incontestable. Les employés sont, comme en ce qui concerne les pères des infirmières dans leur ensemble, surreprésentés et les ouvriers encore plus sous-représentés (26,4 % des pères d'infirmières dans leur ensemble, 15 % ici). Les hommes sont dans le cas présent un peu plus nombreux à exercer en libéral que chez les salariés. Ces taux correspondent à ce que l'on connaît via les données Adeli ou SNIR. On ne peut que constater qu'ils viennent de milieux sociaux assez différents. Les écarts soulignés par Geneviève Picot en ce qui concerne les infirmiers dans leur ensemble sont encore plus tangibles ici. Il apparaît que ce sont surtout les filles qui sont issues du milieu agricole là où les fils d'employés sont, en proportion, aussi nombreux chez les infirmiers libéraux que chez les salariés.

Sans surprise, Isabelle Feroni relevait une évolution du recrutement social selon l'âge des infirmières. Qu'en est-il en ce qui concerne les infirmières et les infirmiers exerçant en libéral ?

Origine sociale des infirmiers libéraux et des infirmières libérales selon leur âge (en %)

	Plus de 50 ans	Entre 40 et 50 ans	Moins de 40 ans	Ensemble
Agriculteur	13,0	21,3	15,5	17,8
Commerçant/artisan	20,1		13,7	15,9
Cadre	17,4	15,4	21,3	17,6
Profession intermédiaire	14,7	14,3	18,8	15,7
Employé	17,9	19,5	14,4	17,6
Ouvrier	16,8	14,1	16,2	15,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

À l'exception des infirmières dont le père exerce ou exerçait des métiers de l'artisanat ou du commerce, l'évolution n'est jamais flagrante. Les agriculteurs ont connu en vingt ans une baisse sensible de leur proportion par rapport à la population active : ils représentaient près de 9 % de la population active en 1980, aujourd'hui ils représentent à peine 3 %. Présentement, ce milieu continue sans conteste à être un pourvoyeur conséquent d'infirmières libérales.

L'examen de la mobilité sociale des pères entre la date de la naissance des infirmières et aujourd'hui révèle des évolutions ascendantes assez prévisibles du côté des cadres (de 12,9 % à 17,5 %) et des professions intermédiaires (de 10,9 % à 15,6 %) ainsi que des évolutions descendantes sans surprise non plus du côté des employés (19,7 % à 17,6 %) et des ouvriers (18,8 % à 15,2 %). La stabilité des pères agriculteurs et artisans ou commerçants par contre est notable.

Une étude plus fine apporte son lot de précisions intéressantes. Rares sont les infirmières dont le père est ou a été chef d'entreprise (2,7 %) ou membre d'une profession libérale (2,5 %). Par contre, près de 10 % des pères ont été policiers ou militaires (ce n'est le cas que de 5 % si l'on considère le dernier métier déclaré, compte tenu de la retraite précoce ou de la reconversion de ces pères). À s'en tenir à ces chiffres, l'endorecruitment a toujours

été faible : 1,7 % des pères exercent ou ont exercé une profession sociale ou paramédicale ; les pères enseignants sont aussi peu nombreux (5 % environ). Les pères employés sont, on l'a constaté, surreprésentés. Il faut noter ici que ceux exerçant dans la fonction publique sont majoritaires alors que c'est loin d'être le cas dans la population active masculine en général.

Nous avons aussi sollicité les unes et les autres sur la profession de leur mère, donnée essentielle à saisir dès lors que l'on a affaire très majoritairement à des filles. Compte tenu de l'âge des infirmières libérales, il n'est pas étonnant que 37 % des mères n'aient pas eu d'activité professionnelle (44 % n'en avaient pas à la naissance de leur fille devenue infirmière libérale). Si l'on ne retient que les mères ayant une activité professionnelle (n = 631), on aboutit à la répartition suivante :

**Origine sociale des infirmières libérales et des infirmiers libéraux
selon la profession de leur mère (en %)**

	Infirmières libérales	Infirmiers libéraux	Ensemble (= 629)
Agricultrice	20,3	5,7	18,3
Commerçante/artisane	8,7	10,2	8,9
Cadre	6,3	12,5	7,2
Profession intermédiaire	17,2	20,5	17,6
Employée	31,4	35,2	32,0
Ouvrière	16,1	15,9	16,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0

Le groupe des employées, qui dans la population féminine pèse pour environ 37 % des actives et des retraitées est, sans surprise, fortement représenté ici. Le groupe des cadres est surreprésenté chez les infirmiers et on retrouve le même écart entre les hommes et femmes en ce qui concerne une origine agricole. On n'a donc pas affaire à des épouses d'agriculteurs exerçant une activité professionnelle en dehors de l'exploitation (c'est ici le cas de seulement 6 % des épouses d'agriculteurs). Une analyse plus précise autorise au moins deux observations d'importance : près de 7 % des mères exercent ou ont exercé le métier d'institutrice (contre 2 % dans la population active féminine) et près de 9 % émargent (ou émergeaient) à une profession intermédiaire de la santé ou du travail social. Il y a donc un endorecrutement prévisible par les mères, renvoyant à ce que, dans leur temps, Alain Darbel et Dominique Schnapper nommait « un héritage administratif »⁷³. Il n'est pas massif, loin s'en faut, mais pas incident non plus bien entendu. Les infirmiers libéraux dont les mères sont ou ont été institutrices sont en proportion deux fois plus nombreux que les infirmières libérales. Du côté des employées, le secteur de l'entreprise et du commerce est assez nettement surreprésenté.

⁷³ Alain Darbel et Dominique Schnapper, « La probabilité d'entrée dans la fonction publique », *Économie et Statistique*, n° 4, 1969, pp. 43-50.

Il est difficile, sur la base de cette enquête, de pousser beaucoup plus avant l'analyse⁷⁴. Pour autant, bien des informations permettent de caractériser un métier qui, du point de vue de l'origine sociale, paraît accentuer certains traits déjà présents au sein du groupe des infirmières dans leur ensemble.

Nous disposons d'informations bien plus précises sur les professions exercées par les parents de quelques 103 infirmières libérales et 27 infirmiers libéraux (mais nous continuerons à parler au féminin) avec lesquelles nous nous sommes entretenus. Avant d'exposer dans le détail ce que nous pouvons apprendre de ces entretiens, il peut être intéressant de caractériser de manière globale les milieux d'où sont issus ces professionnelles. Les informations portent ici en l'occurrence sur 115 pères et 77 mères :

Profession des pères et des mères des infirmières libérales

	Profession du père	Profession de la mère
Agriculteurs / agricultrices	31 27%	29 37,6%
Commerçant(e)s / artisan(e)s	17 14,8%	7 9,1%
Cadres	10 8,7%	0 0%
Professions intermédiaires	20 17,4%	14 18,2%
Employé(e)s	24 20,9%	20 26%
Ouvriers / ouvrières	13 11,2%	7 9,1%

Il ne s'agit ici que d'un premier repérage et il convient bien entendu de considérer les pourcentages avec précaution, compte tenu du faible effectif. Pour autant la proportion d'agriculteurs et d'agricultrices – quasi toutes leurs épouses – est frappante. Certes là encore nous avons réalisé la majorité de nos entretiens en Bretagne, mais parmi celles qui sont originaires ou qui travaillent dans d'autres régions, les enfants d'agriculteurs représentent encore 23 % des professionnelles interrogées⁷⁵. De plus, il faut se défier de certains clichés :

⁷⁴ Nous avons sollicité les infirmières libérales sur les métiers exercés par leurs enfants. Compte tenu de leur âge, la plupart sont encore scolarisés, d'où la nécessité de considérer les chiffres et les taux avec prudence. Toutefois on peut relever, sur la base de quelque 340 réponses concernant ceux et celles qui sont déjà insérés, que les agriculteurs, artisans et commerçants ne pèsent que pour environ 8 %. Un peu plus de 21 % sont cadres, mais au total 3 % seulement exercent une profession libérale du niveau « cadre et profession intellectuelle supérieure ». Les métiers des filles et des garçons sont toutefois très largement ceux du secteur privé à deux exceptions notables près : Plus de 15 % des filles et 11 % des garçons sont instituteurs(trices) ou professeurs dans le secondaire et surtout 27 % des filles et 10 % des garçons exercent une profession intermédiaire de la santé, infirmière et infirmier la plupart du temps. On a donc les indices d'une très forte endoreproduction (il faudrait y rajouter plusieurs ASH ou auxiliaires de puériculture) qui touche particulièrement les aîné(e)s et les enfants des infirmiers encore plus que de ceux des infirmières. Une telle observation ne doit pas surprendre, compte tenu de la part conséquente qui parmi eux est mariée à une infirmière. Quand les deux parents exercent le même métier, les chances des enfants de l'exercer aussi sont bien plus fortes.

⁷⁵ En 2003, 38,4 % des infirmières libérales exercent dans une commune de moins de 10 000 habitants dont 22,8 % dans une commune rurale. Environ 36,4 % d'entre elles exercent dans une agglomération de plus de 200 000 habitants. On s'en doute, la répartition est tout autre en ce qui concerne les infirmières hospitalières. 10,8 % exercent dans une commune de moins de 10 000 habitants dont seulement 2,9 % dans une commune rurale. Par contre 50,2 % exercent dans une agglomération de plus de 200 000 habitants. Daniel Sicart, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2003, *Document de travail*, Drees, n° 52, 2003, p. 28.

près de 72 % de la population bretonne vit dans un espace à dominante urbaine et la population agricole ne représente aujourd'hui qu'à peine 6,5 % à 7 % de la population active, après avoir enregistré une baisse de 38 % de son effectif total entre les recensements de 1990 et de 1999.

Ces entretiens, qui portaient en partie sur la biographie des professionnelles sollicitées, sont extrêmement riches de sens. Ce n'est pas une surprise, ils permettent de mesurer les limites d'une investigation quantitative, quand bien même soient intégrés aux questionnaires nombre d'items portant sur la famille, la parentèle, etc.

L'analyse que nous allons proposer va présentement décliner en quelques neuf points l'influence d'un héritage familial qui, tout réapproprié qu'il soit, peut se lire à bien des égards dans les origines sociales de ces infirmières libérales.

212. La socialisation familiale

L'influence de parents exerçant eux-mêmes une profession de santé

Nous l'avons signalé, assez peu d'infirmières libérales choisissent un métier que déjà avant eux leur mère (ou leur père) exerce ou exerçait. Au fil des entretiens, à sept reprises nous avons croisé toutefois des mères infirmières. Ce n'est donc pas rare même s'il s'agit là d'une minorité. Parmi elles, seulement à deux reprises nous a été évoquée une mère infirmière libérale. Dans l'un des deux cas le père était médecin de campagne et son épouse travaillait à ses côtés. Le strict endorecrutement existe donc mais il ne semble pas fréquent. À y regarder de plus près, l'influence des métiers du soin apparaît toutefois plus importante qu'on pourrait le penser à première vue. La mère de l'une a été Agent de service hospitalier (ASH) avant d'interrompre assez jeune sa carrière, une autre était psychologue scolaire. La mère de Karine devient ASH alors que sa fille est en formation d'infirmière, celle de Rolande, quant à elle, était secrétaire médicale.

« Que ma mère me dise qu'elle aurait aimé être infirmière, peut-être que c'est rentré en moi, c'est vrai ! Et je dois dire que quand j'ai fait mes études d'infirmière, elle était vraiment heureuse, c'est marrant ! »

Karine

« Ma mère a été un petit peu secrétaire médicale, elle a fait une petite formation, mais pas très longtemps (...). Elle disait qu'elle s'était orientée vers le secrétariat médical mais qu'elle aurait aimé faire ce métier-là, d'infirmière ».

Rolande

Nous l'avons aussi remarqué dans le travail social, on peut croiser des enfants dont les parents ont été personnels de maintenance, d'entretien, etc. dans des institutions ou des services hospitaliers où ils ont croisé en permanence, entre déférence et admiration, des professionnels qui ont pu représenter l'avenir promotionnel de leurs propres enfants.

« J'ai suivi totalement la démarche pour être infirmière (...) Mon papa, il avait une grande fierté vis-à-vis de sa fille (...) Ils travaillaient dans un centre hospitalier, mais lui était plutôt

dans la maçonnerie c'est-à-dire l'entretien, et maman à la lingerie ; justement le centre hospitalier de L ».

Anne-Marie

C'est dans cet hôpital, « justement » nous dira t-elle, que cette infirmière travaillera durablement. Depuis de nombreuses années elle est membre du conseil d'administration de cet établissement. Grande fierté du père effectivement...

Nous ne l'avons pas véritablement exploré ; sans doute serait-il intéressant d'aller voir aussi du côté du cursus des parents. On nous a évoqué un père professeur de sciences (marié à une professeur de français). Il a interrompu des études de médecine. Le prolongement de ses propres ambitions professionnelles n'est pas toujours couronné de succès :

« Ma mère ne voulait pas que je fasse infirmière, je ne sais pas pourquoi. Elle voulait que je fasse médecin ou quelque chose... mais pour elle infirmière c'était... non c'était pas bien. Et bon, je ne sais pas pourquoi, et j'ai toujours, ...non j'ai passé le concours et je n'ai pas demandé à qui que ce soit l'aval de faire ce que j'avais envie de faire ».

Emma

Nous ne l'avons pas non plus approfondi ; l'influence des grands-parents, avec le dit « saut de génération », peut aussi se rappeler et l'évocation se fait ici non sans émotion :

« Mon grand-père était infirmier militaire. (...) J'étais assez proche de lui, il est décédé quand j'avais dix ans mais j'étais proche de lui, je ne sais pas, c'est peut-être l'image qui m'est restée ».

Gaël

On peut assurément croiser ici et là des infirmières libérales qui, après leur mère, franchissent le pas du libéral voire parfois qui s'installent avec elles. À quelques reprises celles que nous avons interrogées nous ont évoqués tel ou tel de leurs enfants qui eux aussi sont infirmières ou infirmiers et exercent de la sorte. Cela toutefois paraît plutôt rare (mais il est possible qu'une part de leurs filles, pour l'heure à travailler en hôpital, les rejoindront en libéral dans les années à venir). Probablement donc que globalement on sous-estime de telles influences mais elles restent incidentes, si on les compare par exemple à d'autres secteurs de la fonction publique ou même d'entreprises privées⁷⁶. Demeure entière toutefois la question d'éventuelles spécificités de l'exercice libéral, là où les infirmières hospitalières transmettraient peut-être mieux, bon gré mal gré, leur métier *stricto sensu* à leurs enfants, qui comme elles, demeureraient dans la fonction publique.

« Le goût de l'indépendance »

L'investigation quantitative était déjà assez explicite, mais en la matière les entretiens lui apportent une toute autre ampleur : en matière de profession indépendante les infirmières libérales, pour nombre d'entre elles, ne font que prolonger un mode d'exercice professionnel qui paraît souvent bien enraciné dans la famille. Fréquemment, on a bel et bien affaire à une

⁷⁶ Des secteurs comme la police, l'armée mais aussi récemment le travail social connaissent un fort endorecrutement, autrefois explicitement encouragé (points supplémentaires aux examens, etc.). Aujourd'hui il passe par des voies plus subtiles mais toujours efficaces (accès à des emplois de remplacement l'été, etc.). Voir sur ce point 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.

forme d'acculturation. Se mettre à son compte, être à son compte, travailler pour soi, tout cela s'effectue sans rupture de sens dans les schèmes de pensée, dans la vision du monde qu'ont les unes et les autres. De fait, tout semble se passer comme si, à l'issue d'un processus d'identification sur le long terme, un puissant moteur les entraînait vers l'exercice libéral comme issue naturelle, compte tenu de leur *situs* d'origine.

« Il y a une infirmière qui m'a téléphoné. Donc elles étaient associées à quatre et elle souhaitait quitter P. pour aller exercer ailleurs et donc, bon... Le moment a dû être propice. Bon, comme j'avais déjà ça en tête, et puis bon, je ne sais pas, ce quelque chose qui m'attirait au fond de moi, dans...enfin dans ce genre... »

Aude
Parents et mari agriculteurs

Si déjà on fait le compte des pères exerçant une profession indépendante, sur 115 pères, c'est le cas de 65 d'entre eux ; plus de la moitié. Ils sont, on l'a vu, agriculteurs bien sûr, mais aussi artisans, commerçants, parfois chefs d'entreprise, parfois pêcheurs, etc. Il en va de même d'ailleurs des mères (36 sur 77). Bien des assertions renvoyant aux spécificités d'un travail indépendant reviennent alors régulièrement.

La liberté d'entreprendre, sans tutelle, sans « patrons au-dessus », sans entraves est au cœur de nombre de propos entendus. L'indépendance est alors le maître mot :

« Moi, mes parents étaient commerçants, cela me donne peut-être... la liberté déjà. (...) Et beaucoup de concessions à faire, comme dans le commerce. Sûr que, d'un côté cela m'a aidé d'avoir vu toujours mes parents se mettre à la disposition de leurs clients, cela a dû faire pencher la balance pour que je passe au libéral ».

Andrée

« Racheter le truc pour être indépendant et rien devoir à personne ».

Odette

« Écoutez, moi le commerce, je trouvais cela quand même plus... Le dimanche matin quand on était ouvert pour les fleurs, le 1^{er} mai c'était très agréable. Vous avez un contact avec la clientèle. Cela m'aide pour la gestion financière aussi. Ma mère me disait que l'argent qui rentrait ce n'était pas celui qu'on gagnait, il fallait le ressortir. Parce qu'au début quand vous travaillez vous avez l'impression que... en fait il faut faire attention à ce qui rentre et à ce qui sort ».

Claudine

« Mon père aussi il travaille en libéral. (...) De toute façon je suis rentré à l'école dans le but, un jour, d'être infirmière libérale ».

Adeline
père entrepreneur

« *Le sens d'être chez soi, du libéral, d'être à domicile, ça prend tout son sens quand on a soi-même vécu, connu cette... ce bonheur dans la famille. (...) Alors là, la motivation, je l'ai trouvé dans mon passé, sans problème* ».

Sylvain
père opticien
mère commerçante (au magasin de son mari)

S'installer, reprendre une clientèle, « poser sa plaque », tout cela requiert d'aller de l'avant et on sait évoquer en quoi les fruits que l'on récolte ne sont qu'à la mesure des efforts consentis. On a vu ses parents se démenier à la tâche et, puisque « l'on a rien sans rien », on a pris là de précieuses leçons, y compris en termes de prise de risque et de bénéfices légitimes dès lors que l'affaire est prospère. Il apparaît alors normal que, à l'image des autres secteurs indépendants, l'offre détermine la demande. On peut parler alors d'une transmission familiale de tout ce qui est associé à l'indépendance plus que de la transmission du métier lui-même, de la continuité d'un esprit de lignée⁷⁷ qui n'est pas figé, qui, tout au contraire, combine, de façon dynamique, invariants et changements.

« *Je ne sais pas ce que c'est qu'une vocation. Qu'est-ce que c'est qu'une vocation ? Parce que, ce que j'aime beaucoup, c'est le contact humain, parce que je travaillais... Je suis fille de commerçants, et ce que j'aimais beaucoup, c'était le contact humain. Je ne pense pas que ce soit une vocation d'être commerçant. Bon, c'est le plaisir de rencontrer l'autre* ».

Brigitte

Faut-il s'étonner de croiser tant d'infirmières libérales issues de professions indépendantes ? De fait on manque d'études récentes portant sur le devenir des enfants issus des dites « professions traditionnelles »⁷⁸. Les travaux qui ont fait date remontent souvent aux années 1980. Daniel Bertaux et Isabelle Bertaux-Wiame⁷⁹, mais aussi François Gresle⁸⁰ avaient alors exploré la transmission et la mobilité sociale des enfants de commerçants. Bernard Zarca⁸¹, de son côté, s'était penché sur le devenir des fils et des filles d'artisans. Quelques heureuses synthèses, celles de Claude Thélot et de François de Singly⁸² en particulier, ne permettaient cependant pas d'aller vraiment regarder dans le détail du côté du

⁷⁷ Voir Claudine Attias-Donfut, Nicole Lapierre et Martine Ségalen, *Le Nouvel esprit de famille*, Paris, Odile Jacob, 2002, pp. 12-13.

⁷⁸ Il convient, à notre sens, de considérer avec prudence le qualificatif « secteurs traditionnels » souvent accolé aux professions de commerçants, d'artisans et autres indépendants prestataires de services. Hormis dans l'agriculture, le renouvellement est important dans ces secteurs et en ce sens le « vivier » d'infirmières libérales pas prêt de s'épuiser : au rythme de 3 % par an en moyenne, ce renouvellement est d'un tiers tous les 12 ans. Voir sur ce point Marc-Antoine Estrade, Nathalie Missègue, « Se mettre à son compte et rester indépendant », *Économie et statistique*, n° 337-338, 2000, p. 163.

⁷⁹ Daniel Bertaux et Isabelle Bertaux-Wiame, « Le patrimoine et sa lignée : transmissions et mobilité sociale sur cinq générations, *Life stories/Récits de vie*, n° 4, 1998 ; Isabelle Bertaux-Wiame, « L'installation dans la boulangerie artisanale », *Sociologie du travail*, n° 1, 1982, pp. 8-23.

⁸⁰ François Gresle, *L'Univers de la boutique*, Lille, PUL, 1987.

⁸¹ Bernard Zarca, *Les Artisans, gens de métier, gens de parole*, Paris, L'Harmattan, 1987.

⁸² Claude Thélot, *Tel père, tel fils ?* Paris, Dunod, 1982 ; Claude Thélot, François de Singly, *Gens du privé, gens du public*, Paris, Dunod, 1989.

devenir des filles. Les travaux les plus récents n'ont pas vraiment changé la donne. On sait globalement que le statut d'indépendant est largement hérité⁸³, que la volonté « d'être son propre patron » passe par tout ce qui est transmis sur le tas, notamment au fil des coups de main donnés pendant les vacances scolaires, mais on peine à quitter les généralités sur une telle reproduction culturelle tant les données statistiques disponibles apparaissent très agrégées. Pour autant un fait est avéré, et il corrobore d'ailleurs notre propre observation : « *La probabilité de s'installer, entre 1988 et 1993, est un peu plus élevée pour les enfants d'indépendants (6 %) que pour les enfants de salariés (4 %). Cette différence semble peu élevée sur une période de cinq ans, mais parmi l'ensemble des personnes qui se sont installées au moins une fois, plus de la moitié ont un père ou un beau-père indépendant* »⁸⁴.

Les stratégies de reconversion des enfants de petits entrepreneurs, d'artisans, de commerçants, amenés à devoir transformer la structure de leur capital sont modélisées⁸⁵. Exception faite de quelques travaux très ciblés⁸⁶, il demeure pour autant bien des lacunes, y compris sur le devenir des filles d'agriculteurs par exemple⁸⁷.

Assurément, il n'est pas banal que plus de la moitié des infirmières libérales aient été socialisées dans un milieu où on était à son compte, où on était indépendant. La force de rappel de tout ce qui ici, en terme d'habitus – principe générateur et organisateur des pratiques et des représentations –, a été incorporé au fil des expériences de jeunesse est assez exemplaire. De manière précoce et insensible, dilué dans le quotidien, les unes et les autres se sont imprégnées de tout un ensemble de valeurs, de conceptions qui bientôt passera pour aller de soi⁸⁸ (« *Tout le monde veut être indépendant* », « *tout le monde aspire à...* », etc.).

⁸³ Michel Gollac, Pierre Laulhé, « Les composantes de l'hérité sociale : un capital économique et culturel à transmettre, *Économie et statistique*, n° 199-200, 1987, pp. 95-105. L'analyse de l'enquête « Emploi 2001 », produite par l'Insee, fait ressortir une part de 9,6 % d'actifs qui, dans leur ensemble, sont à leur compte ou aide familiale. C'est le cas de 22,9 % des enfants dont le père est agriculteur, 16,7 % de ceux qui ont un père artisan, commerçant et chef d'entreprise mais de seulement 5,5 % des enfants d'ouvriers. Voir Sibylle Gollac, « 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, p. 47.

⁸⁴ Marc-Antoine Estrade, Nathalie Missègue, *op. cit.* p. 171.

⁸⁵ Voir notamment la typologie des stratégies que propose Jean-Manuel de Queiroz dans *L'École et ses sociologies*, Paris, Nathan, 1995, pp 66-70.

⁸⁶ Citons par exemple une étude sur les entrepreneurs de travaux forestiers (Dominique Jacques-Jouvvenot et Florent Schepens, « *Être à sa place : socio-anthropologie de la reproduction professionnelle* » (<http://www.printemps.uvsq.fr>) ou sur les commissaires-priseurs (Alain Quemin, *Les Commissaires-priseurs. Analyse d'une profession et de son rôle dans la vente aux enchères*, Paris, thèse de doctorat de Sociologie, EHESS, 1994).

⁸⁷ Un thème à notre connaissance jamais exploré renverrait à l'influence de tout ce qui a trait aux rapports aux animaux dans le cadre d'une enfance et d'une adolescence passées à la ferme. Soigner, panser, assister au vêlage... la planète mammifère qui a environné les femmes a laissé des souvenirs, peut être même des vocations. On peut d'ailleurs noter, dans la fratrie des infirmières, quelques vétérinaires. On dira que l'on est à mille lieux du soin aux hommes. Rien n'est moins sûr... « *Il paraît que depuis mes deux ans, je me trimbale avec ma sacoche, il fallait que je soigne. Tout ce que je pouvais trouver comme animal blessé, je le ramenais à la maison. (...) Je crois que si j'avais pu faire vétérinaire, j'aurais fait vétérinaire. Oui, si j'avais eu les compétences pour le faire, je le ferais plus que ce que je fais. J'étais plus portée à ce milieu animal qu'aux gens, mais bon, les gens ça ne me déplaît pas du tout.* » Georgette, parents agriculteurs.

⁸⁸ Sur la thème de la transmission générationnelle des systèmes de valeurs, voir les travaux pionniers d'Annick Percheron, en particulier : « Âges, filiation, génération », *Congrès de l'Association française des sciences politiques*, Paris, 1981 et Annick Percheron, « 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.

« Par une action d'inculcation de valeurs autrement forte qu'elle eût pu l'être dans une famille de salariés, et d'autant plus forte qu'elle fut, pour sa plus large part, inconsciente, le père et la mère, selon des modalités propres à chaque sexe mais complémentaires, transmettent à leur enfant progressivement, mais dès l'enfance, le goût de l'indépendance, et c'est aussi en ce sens qu'on peut dire de celui-ci qu'il est un héritier »⁸⁹.

On pressent le prolongement de telles observations qui semblent bien valoir pour les infirmières libérales, dès lors notamment que l'on découvrira que ce métier indépendant s'avère en fait très largement encadré, dominé et ses marges d'autonomie finalement assez réduites, contrairement aux aspirations et aux espérances de ces professionnelles pour lesquelles l'indépendance n'est pas un vain mot.

Un rapport particulier au temps et à l'espace

Comme la plupart des professions indépendantes, l'exercice du métier d'infirmière libérale requiert une « torsion » des normes temporelles et, concomitamment, une mobilité dans l'espace.

La pression temporelle recouvre bien des facettes. On se lève très tôt, on peut rentrer très tard, être dérangé dans ses projets, être amené à effectuer des pauses à contretemps, etc. Dans les interstices des temporalités professionnelles, on bricole, on aménage la réalisation d'autres tâches, familiales, domestiques notamment. On jongle en permanence avec le temps, on peut être amené à le minuter, à le planifier rigoureusement... et à d'autres moments, on joue en quelque sorte relâche. Une telle variabilité, un tel travail sous tension, appellent des qualités d'organisation sans nul doute, régulièrement évoquées par les unes et les autres en termes de goût pour tout ce qui n'est pas synonyme de routine et de prévisibilité. Ce métier va aussi de pair avec un certain type de rapport à l'espace. On se déplace en permanence, on passe beaucoup de temps sur la route, on va de l'avant, quitte à s'égarer, à se perdre, à découvrir, à calculer les détours avantageux, les raccourcis opportuns. Toutes ces qualités requises sont d'autant mieux intégrées que, sur le mode du « cela va de soi », se rappelle ce que l'on a eu sous les yeux, ce qui s'est construit peu à peu avec la force de l'évidence, ce à quoi aussi on s'est identifié.

« Mon père était représentant de commerce en confiserie. Il allait dans les épiceries et il présentait sa panoplie de confiseries. (...) Et donc moi, effectivement, depuis mes 17 ans, j'ai fait des tournées avec mon père et ça m'a donné le goût des relations car il avait de très bonnes relations avec ses clientes ou clients. Le soir, à table, on parlait généralement de ce qu'il avait fait dans sa journée ».

Nathalie

« Ce qui m'a emballée ? La liberté, on est... il faut reconnaître que j'ai été élevée à la campagne, je suis une fille de la nature, donc, bon je ne dirais pas qu'on se promène sur les routes, ce n'est pas le mot, mais on n'est pas enfermé dans les pièces, donc déjà ça, ça m'a plu ».

Anne
(parents agriculteurs)

⁸⁹ Bernard Zarca, « L'héritage de l'indépendance professionnelle selon les lignées, le sexe et le rang dans la fratrie », *Population*, n°2, 1993, p. 278-279.

Ce rapport particulier au temps et à l'espace, labile, multi facettes, jamais routinier n'est pas le propre, loin s'en faut, des professions indépendantes. Ici il est frappant de constater que la plus grande partie des pères salariés ont aussi exercé dans des métiers qui appelaient à la fois un temps de travail qui se jouait des régularités et une mobilité avérée. Là encore il y a bien une donne culturelle qui n'est pas du tout fortuite. Sur les 62 pères qui ont été salariés à un moment donné de leur carrière (et éventuellement indépendant à un autre) pour lesquels nous disposons d'informations suffisantes sur ce point, 35 ont occupé un emploi qui n'était pas à horaires fixes. Probablement d'ailleurs sont-ils encore plus nombreux que ce que notre évaluation permet de repérer, compte tenu de certains emplois occupés (responsable de chantier, agent commercial, etc.). Qui plus est, souvent, ces emplois nécessitaient également une forte mobilité. Représentants de commerce, militaires ou policiers, dockers, facteurs, chauffeurs routier, conducteurs de train... on n'en finirait pas de relever la liste assez édifiante des professions exercées par tous ces pères qui, bon gré mal gré se sont donnés en modèle.

« Quand il m'a entendu parler avec mes frères et mes sœurs de la façon dont je travaillais et tout ça, il a commencé à dire que lui c'est aussi ce qu'il faisait en tant que facteur quand il allait dans les campagnes et tout ça. C'était du genre, Hébert, tu penseras à mettre la grand-mère sur le pot quand tu passeras à la maison ! »

Rolande

« Le fait qu'on soit en libéral on fait des trajets en voiture. Il y en a qui n'aiment pas ça, mais moi je trouve ça très agréable, plutôt d'être enfermée tout le temps, et du fait qu'on soit libéral on peut choisir un certain travail ».

Ankita

(père directeur de l'agence française d'une compagnie aérienne étrangère)

« *Se retrouver lâché dans la nature* » – l'expression a été souvent entendue – par une collègue dont on prend au pied levé le relais sans connaître sa clientèle ; planifier une tournée et faire face aux aléas qui font que jamais elle ne se déroule comme on l'avait prévue... toutes ces qualités s'apprennent bien évidemment. Pour autant force est de constater que la plus grande partie des infirmières libérales sont issues de milieux sociaux où déjà avant elles, leurs parents devaient faire montre des mêmes aptitudes, des mêmes capacités. Une fois encore donc, on perçoit le poids d'un héritage culturel qui ainsi se prolonge en elles.

Quand on a des parents fonctionnaires...

Les filles (et les fils) de fonctionnaires qui sont infirmiers ou infirmières paraissent ne pas se diriger en grand nombre vers l'exercice libéral. En dehors des quelques enfants d'infirmières déjà signalés, deux ensembles se détachent assez nettement : les filles et les fils de militaires et de policiers et ceux d'enseignants.

Nous l'avons déjà signalé, 10 % des pères des infirmières libérales que nous avons interrogées ont été militaires ; sous-officiers le plus souvent. Si l'on rajoute ceux qui ont été policiers, on passe à environ 12 à 13 % (contre 2 à 3 % des actifs), soit le même taux que chez les pères des travailleurs sociaux. Comment interpréter une telle sur représentativité ? La sociologie militaire nous permet de connaître assez bien les milieux d'origine de ces hommes

engagés dans de tels métiers d'ordre. Au-delà d'un fort endorecrutement, il s'agit souvent de fils d'agriculteurs, de commerçants et d'artisans. Ils peuvent aussi être issus du prolétariat ouvrier – rarement des professions intermédiaires – dans la génération des hommes de plus de 50 ans, mais en moindre proportion. L'armée était l'une des voies possibles pour « s'en sortir », pour « forcer le destin », pour tenter une échappée vers d'autres horizons sociaux. Certes une telle option était marquée au coin par des incertitudes, par la perte d'une certaine identité aussi, ne serait-ce que de par l'obligation de « s'expatrier », d'accepter des mutations, mais les sombres perspectives professionnelles entrevues si l'on restait dans sa condition les amenaient à mettre sous le boisseau toutes tergiversations. Ce que nous avons observé précédemment semble ici aussi de mise : les pères ont poussé à ce que leurs filles (pas nécessairement leurs fils) aillent vers des métiers « abrités » afin que ne soient pas en quelque sorte dilapidés les efforts consentis pour se sortir de leur condition. Les métiers du travail social et de la santé ont été ainsi très prisés.

« Mon père était commissaire de police. (...) Les filles, il fallait qu'elles soient infirmières ou assistantes sociales, c'était comme ça. Elles n'allaient pas trop à la fac et elles faisaient des études courtes. Donc ma sœur est infirmière, une autre est dans le médical, une autre est hôtesse de l'air ».

Sylviane
Sa mère ne travaillait pas
elle a un frère médecin, un autre avocat.
elle a deux fils ; l'un est infirmier libéral, l'autre orthoptiste.

On aurait affaire alors à un phénomène assez particulier : ces filles auraient été dirigées vers des métiers synonymes de sécurité de l'emploi et de compatibilité avec toutes les qualités féminines que l'on ne manquait pas de projeter en elles, y compris celles attendues des mères qu'on espérait bien qu'elles soient un jour – au besoin en interrompant facilement un temps leur activité professionnelle –. Reste que, avec un saut d'une génération, se rappellerait un héritage rémanent. On sait que les enfants de non indépendants ont plus de chance d'accéder à l'indépendance professionnelle si l'un des grands parents – plutôt le grand père paternel, pour les garçons du moins⁹⁰ – était par exemple artisan ou commerçant. Quand nous avons pu collecter des informations sur les grands parents, il s'avère régulièrement que les pères d'infirmières libérales engagés dans des métiers d'ordre étaient issus effectivement de professions traditionnelles.

Demeure ouverte la question des qualités qui ont pu passer de ces pères en uniformes aux enfants, en matière d'ordonnancement, de contrôle social, etc. puisque l'on conviendra que ce métier d'infirmière requiert des valeurs portées, des convictions établies propres à ces entrepreneurs de morale qu'a pu dépeindre Howard S. Becker⁹¹.

En dehors des professions de santé, des militaires et des policiers, quand les pères sont fonctionnaires, une fois sur deux ils sont enseignants, le plus souvent dans le primaire. La proportion est de 2/3 en ce qui concerne les mères (et bien entendu il peut s'agir de couple puisque l'homogamie est forte dans ce milieu). Le spectre des métiers du public est donc très étroit. Autant qu'on puisse le savoir, les grands parents émargeaient aussi à des métiers « traditionnels ». Comment en arrive t-on à la profession d'infirmière libérale (ou d'infirmier

⁹⁰ Bernard Zarca, « L'héritage... », *op.cit.* p. 276.

⁹¹ Howard S. Becker, *Outsiders*, Paris, A.M. Métailié, 1985.

car ici on croise aussi nombre d'hommes) quand on a eu un père et/ou une mère instituteur/trice ou professeur ? Régulièrement le projet professionnel s'est infléchi et on aspirait soi-même au départ à être enseignant :

« *Il fallait que je sois enseignante* ».

Josiane

« *Je voulais être prof d'anglais et donc je voulais venir en métropole pas du tout dans l'optique de rester longtemps* ».

Aimé

« *Je suis instit de choix au départ, en région parisienne, et je suis tombée enceinte. Ensuite j'ai eu un poste de remplacement et le concours est devenu obligatoire, j'ai eu la flemme...* »

Camille

Deux hommes dont les parents étaient enseignants ont tenté de devenir médecin et ont échoué dans leurs études.

C'est donc à la suite d'événements interférents que, souvent, l'on s'est finalement dirigé vers des études d'infirmières. Des accidents, des conflits avec la famille sont mis en scène. Au-delà de ces avatars, toujours possibles de fait, il apparaît que la scolarité n'a pas été à la hauteur des espoirs parentaux, alors que régulièrement des frères – moins fréquemment des sœurs – sont eux parvenus à faire carrière dans l'enseignement (à chaque fois notamment que les deux parents étaient enseignants⁹²). Faut-il s'étonner qu'une fois sur deux – lucidité de l'amour aidant – ces infirmières libérales, ces infirmiers libéraux « *nés dans un monde d'enseignants* »⁹³ ont épousé un(e) enseignant(e) ou un(e) éducateur(trice) ? ...

Consciemment ou non, des parents se sont donnés en modèle et ont fait passer tout un ensemble indissociable de compétences, de savoir-faire, de goûts. Des liens affectifs forts se sont noués au fil de la vie commune. Au-delà d'une entraide explicite sous bien des formes, implicitement les enfants ont puisé des ressources dans ce qu'ils ont eu sous les yeux des années durant. Des mécanismes subtils d'identification ont fait leur œuvre et finalement a perduré ce que l'on pourrait nommer un « esprit de famille ». Sans nul doute y a-t-il eu transmission puis transformation, mais on peut mesurer ici la diversité des voies prises par l'endossement et la continuité de l'héritage, notamment à travers cette aspiration à être soi-même indépendante. Cette perpétuation de l'indépendance professionnelle peut donc passer par les filles – ce qui, semble-t-il, n'a été que très rarement étudié⁹⁴ –, et l'exemple de ces infirmières libérales est, de ce point de vue, assez édifiant.

⁹² Cette observation va dans le sens des constats de Sophie Devineau et d'Alain Léger, « Effet du statut professionnel du père, de la mère et du couple sur le devenir des enfants selon le sexe : le cas des enseignants », *Education et stratification*, n° 27, 2001, p. 13.

⁹³ Entretien avec Marthe. Père principal de collège, mère psychologue scolaire, tante infirmière psychiatrique, époux enseignant dans le supérieur. Elle a tenté, l'an passé, le concours pour devenir infirmière scolaire.

⁹⁴ Il est symptomatique par exemple que, dans son article sur l'héritage de l'indépendance professionnelle, Bernard Zarca ne mobilise uniquement que les fils – héritiers de cœur et de raison – ; comme si, dans un tel processus dynamique, les filles ne pouvaient être que hors jeu. Bernard Zarca, « L'Héritage de l'indépendance professionnelle : un ou plusieurs élus au sein de la fratrie ? », *Population*, n° 4, 1993, pp. 1015-1042.

Rappelons, pour conclure sur ce point, que les infirmières libérales, bien plus que leurs homologues salariées, ont une forte latitude pour revenir au pays, pour se rapprocher de leur région d'origine, peut-être même de leur commune. Bien des illustrations seraient possibles, à partir des entretiens réalisés, de ce retour à proximité des parents⁹⁵. Il a pu d'ailleurs – on y reviendra – constituer un atout pour se faire connaître, pour fidéliser une clientèle. Peut-être même a-t-il été encouragé par des parents devenus âgés. Assurément donc les infirmières libérales sont redevables à bien des égards à leur famille.

« Après 8 ou 9 mois à la maison (suite au départ en retraite à mi-temps d'un hôpital) j'ai appris que Mireille cherchait une remplaçante. (...) J'ai fait une tournée avec elle. On m'observait, mais j'étais très bien accueillie. Il a suffi qu'elle ait dit aussi que j'étais la fille de Jeanne et de Lucien ».

Jeanne

L'influence de la fratrie

Comme pour tout ce qui a trait aux liens de parenté, les relations entretenues par des frères et des sœurs ne sont en rien les fruits d'une donnée hasardeuse de la nature. La famille est bien une « *catégorie réalisée* »⁹⁶ et les liens affectifs qui, pour un peu, passeraient pour évidence, ne vont pas nécessairement de soi. Ils sont une construction permanente et largement ce que les intéressés décident d'en faire. Ici les échanges seront épisodiques, là au contraire les contacts seront nombreux et, de fait, il existe une faible normativité en la matière. Pour autant l'attention portée aux destins des fratries se révèle très souvent riche d'enseignements. Aujourd'hui encore, malgré ce que laisseraient penser des représentations hâtives sur le repli domestique et sur des relations qui seraient alors limitées essentiellement aux parents et à leurs enfants, les liens de germanité demeurent la plupart de temps une réalité de la dynamique fraternelle et familiale. Une longue vie commune marque assurément de son empreinte la façon dont chacun des membres d'une fratrie se réalisera et négociera ni plus ni moins son identité propre. Sans nul doute, ces relations peuvent être marquées au coin par des rivalités, des malentendus, un sentiment de jalousie chez ceux qui s'estiment lésés, etc. mais il y a bien aussi des complicités, de la coopération, du soutien à maintes occasions. Ainsi, les travaux sur la solidarité familiale ont rappelé en quoi, sur le versant de l'insertion sociale et professionnelle notamment, les frères et les sœurs ne sont pas inactifs, en quoi le dit « piston »

⁹⁵ Rappelons que l'enquête « Biographie et entourage », diligentée en 2000 et 2001 par l'INED, a montré qu'aujourd'hui encore près de la moitié des enquêtés vivent dans la même commune ou dans la commune limitrophe d'au moins un de leurs enfants. Cette proximité, qui s'observe aussi en région parisienne, vaut un peu plus pour les filles que pour les garçons et ne se rencontre jamais autant que chez des parents artisans, commerçants ou agriculteurs. Voir à ce sujet Catherine Bonvalet et Eva Lelièvre, « Les liens de famille », *Espaces et sociétés*, n° 199, 2005. Par ailleurs, au sein de la dite « génération pivot » qui doit faire face à une double dépendance, celle de la génération de leurs parents et celles de leurs enfants -y compris devenus adultes-, en moyenne la moitié de ses membres a un contact en face à face, en dehors des situations de cohabitation, au moins une fois par semaine avec un des ses enfants adultes. Voir sur ce point Jim Ogg et Sylvie Renaut, Le soutien familial intergénérationnel dans l'Europe élargie, *Retraite et société*, n° 46, 2005, p. 38. Cette étude va dans le sens de ce que l'on connaît depuis, notamment, l'enquête « Contacts entre personnes » diligentée par l'INSEE en 1988. Voir sur ce point François Héran, « La sociabilité, une pratique culturelle », *Économie et Statistique*, n° 235, 1990, pp. 31-42. Voir aussi Delphine Chauffaut, « Les relations entre les générations : de la contrainte au plaisir ? », *Consumation et modes de vie*, CREDOC, n° 164, 2003.

⁹⁶ Voir Pierre Bourdieu, « La famille comme catégorie réalisée », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n°100, 1993, pp. 32-36.

par exemple n'a pas perdu de sa vigueur⁹⁷, notamment quand il s'agit de pénétrer sur le marché du travail pour un premier emploi.

Observer le devenir des membres d'une même fratrie – en l'occurrence ici les professions exercées par les frères et les sœurs des infirmières libérales – peut nous en apprendre long sur ce qui a pu les pousser vers un tel métier.

Nous disposons désormais de travaux éprouvés sur les mécanismes assez subtils qui président à tout ce que des parents adressent à leurs différents enfants en matière de trajectoire professionnelle. Asseoir et reproduire leur position sociale, prolonger leur ascension, poursuivre des rêves inachevés, ... une répartition tend à s'effectuer et chaque enfant est en quelque sorte porteur d'une des dimensions de ce projet parental qui peut avoir bien des facettes (notamment parce que le couple est bien formé de deux entités, de deux histoires lignagères). Dans tous les cas, « *la place des germains renvoie à la place des autres, chacun étant investi différemment de cet avenir sous le double rapport du sexe et du rang de naissance* »⁹⁸. Il s'agit donc bien de « *traiter les fratries comme des ensembles configurationnels, au sein desquels, la trajectoire propre à chaque membre se définit en rapport avec celle des autres* »⁹⁹; affaire de différenciation et de complémentarité en somme.

Quels sont donc présentement ces destins sociaux des fratries dont l'un des membres, une fille la plupart du temps, à la fois s'est dirigé, et – on l'aura compris – a été orienté vers un certain type d'exercice professionnel ?

Nous disposons ici, via l'enquête par questionnaire, d'informations portant sur les métiers exercés par quelques 1 850 frères et sœurs et accessoirement par leurs conjoints et conjointes respectifs. Nous pouvons rapporter leur situation professionnelle à celle de leurs parents bien entendu mais aussi à leur rang dans la fratrie, rang qui peut ne pas être incident, on s'en doute. Ce thème a aussi fait l'objet d'une attention particulière au fil des entretiens, en partie biographiques, que nous avons menés auprès des infirmières libérales.

Assurément la diversité est de mise. Elle rappelle en quoi la différenciation des parcours socioprofessionnels est régulièrement inscrite au cœur même du processus de transmission familiale. Interviennent aussi bien entendu des phénomènes de mobilité structurelle tant, au fil des années qui peuvent séparer les âges des uns et des autres enfants, des secteurs d'emploi ont pu bouger, évoluer, etc.

⁹⁷ Voir Emmanuelle Crenner, « Famille, je vous aide », *INSEE Première*, n° 631, 1999.

⁹⁸ Martine Chaudron, « Rapports intergénérationnels et destin de la fratrie », *Dialogue*, n° 90, 1985, p. 62.

⁹⁹ Paul-André Rosental, cité par Monique Buisson, *La Fratrie, creuset des générations*, Paris, L'Harmattan, 2003, pp. 110-111.

Groupe professionnel des frères et des sœurs des infirmières libérales (en %)

	Frères	Sœurs
Agriculteurs / agricultrices	9,5	2,2
Commerçant(e)s / artisan(e)s	11,3	4,2
Cadres	24,3	18,4
Professions intermédiaires	20,7	38,9
Employé(e)s	19,0	28,8
Ouvriers / ouvrières	15,2	7,5
Total	100,0	100,0

Qu'observe t-on ?

Les frères, plus que les sœurs, paraissent connaître une trajectoire ascendante, même si 15 % d'entre eux sont ouvriers (souvent comme leurs pères, même si on trouve aussi des fils d'agriculteurs par exemple). Même rapportés aux positions des pères et des mères, les métiers exercés par les garçons sont diversifiés. Pour autant, conformément à ce que l'on sait des phénomènes de complémentarité¹⁰⁰, les écarts importants entre frères sont plutôt rares et les trajectoires plutôt équiprobables. La transmission du statut d'indépendant se révèle ainsi très fréquente. Il ne s'agit certes que de tendance mais on peut relever, en fonction du rang dans la fratrie, les secteurs qui paraissent dévolus à des aînés qui, « héritiers de cœur », sont souvent privilégiés. De fait les secteurs les plus représentés sont « ingénieurs », « cadres d'entreprise » et ensuite, selon, « commerçants », « chefs d'entreprise » voire « policiers, militaires » et « professeurs ». Les secteurs de l'agriculture et de l'artisanat sont moins courus¹⁰¹. Le rang occupé dans la fratrie ne désigne pas non plus comme secteurs privilégiés « employés fonction publique » et « professions intermédiaires de la santé et du travail social »¹⁰². Finalement 6,5 % environ des frères des infirmières libérales appartiennent à cette dernière constellation de métiers de service ; 8 % sont instituteurs ou professeurs. De ce côté-là donc il n'y a guère de forte endoreproduction.

Il n'en va pas du tout de même du côté des sœurs. D'une certaine manière il n'y a rien d'étonnant à ce que les parents adressent leurs filles vers des métiers réputés féminins. Ce qui est à souligner toutefois c'est ici l'étroit spectre des métiers qu'elles sont susceptibles d'exercer. Le quart d'entre elles exercent dans le secteur des professions intermédiaires de la santé ou du travail social (contre environ 6 % de la population active féminine). Par ailleurs,

¹⁰⁰ Voir Bernard Zarca, « 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.

¹⁰¹ Le fait que l'aîné soit désigné pour reprendre l'exploitation agricole est de moins en moins systématique. Voir à ce propos les travaux de Dominique Jacques-Jouvenot, *Choix du successeur et transmission patrimoniale*, Paris, L'Harmattan, 1997.

¹⁰² Cela est conforme à ce que l'on connaît par ailleurs. Nous avons eu, en effet, l'occasion de souligner en quoi les hommes qui se dirigent vers le travail social ont souvent eu d'autres projets, voire ont entamé des formations différentes dans un premier temps avant de se « rabattre » vers le travail social. Il ne s'agit pas fréquemment des aînés, y compris dans des fratries composées uniquement de garçons. Voir Alain Vilbrod, *Devenir éducateur...*, *op. cit.*, pp. 191-194.

près de 15 % sont institutrices ou professeurs¹⁰³ (contre un peu plus de 5 % de la population active féminine). L'enseignement paraît d'ailleurs préféré, si l'on en juge par le rang dans la fratrie de celles qui y exercent, aux métiers du social ou de la santé ou encore au métier d'employée. On a donc affaire à un assez exceptionnel resserrage des possibles¹⁰⁴ puisque, si l'on rajoute les infirmières libérales elles-mêmes, on a affaire à des fratries où pas moins de 62 % des filles exercent une profession intermédiaire de la santé ou du travail social. On pressent tout ce que ces positions professionnelles très proches les unes des autres peuvent devoir au frayage des sœurs, aux incitations à emprunter les mêmes voies, aux modèles que les plus jeunes (mais pas uniquement, puisque l'imitation peut aller dans le sens inverse aussi) ont eu sous les yeux, etc. L'investigation quantitative touche ici à ses limites, même si, compte tenu de la proportion de sœurs exerçant un métier si proche les unes des autres, on peut raisonnablement penser que tout ce que l'on connaît de l'influence de la fratrie dans le choix de l'orientation professionnelle a joué à plein.

L'entrelacement des liens, le soutien, l'encouragement, les conseils opportuns, la mutualisation des connaissances... tout cet ensemble de relations étroites au fil desquelles des infirmières, voire des infirmiers, ont suivi les pas de leurs sœurs déjà dans le métier avant eux, sont mieux rendus par les propos recueillis lors des entretiens. Sans ambages bien souvent, les unes et les autres ont donné de l'épaisseur à tout ce qui peut être entrevu à partir de l'analyse des réponses reçues au questionnaire.

Un premier repérage, qui porte sur quelques 98 fratries, indique que, dans 52 d'entre elles, on relève la présence d'au moins un frère ou une sœur qui émarge à une profession de la santé ; plus de la moitié donc. On peut noter ici et là, par ailleurs, des frères ou des sœurs qui exercent un métier du travail social ou qui sont techniciens de laboratoire, secrétaires médicales, employées de bureau dans un hôpital, etc. Quel a été leur rôle dans le choix du métier ?

« Nous avons été un peu bercés dans le domaine médical, c'est vrai, on est quand même un petit peu dans le domaine médical plus ou moins. (...) C'est un état d'esprit ».

Delphine
père ingénieur, mère institutrice
elle est la troisième d'une famille de quatre enfants ; elle a trois frères
le premier est ingénieur
le second est médecin
le dernier est infirmier libéral associé avec elle

« Ma mère est infirmière, donc j'ai toujours dit que je serai infirmière et dès que j'ai eu 18 ans je suis rentrée à l'école d'infirmière. (...) Moi je pense que c'est quand même une vocation pour moi. (...) Nous sommes 4 filles, il y a deux infirmières sur les quatre. Alors c'est

¹⁰³ Cela ne signifie pas, bien entendu, que 4 infirmières sur 10 ont au moins un frère ou une sœur qui émargent à ces professions : il se peut que l'on ait affaire à des fratries qui concentrent ces métiers et à d'autres où ils sont absents, sans compter que plus on a de frères et de sœurs, plus on a de chance d'en avoir au moins un ou une qui exerce un tel métier. Ainsi, par exemple, dans le cas où l'infirmière libérale n'a qu'une seule sœur et pas de frère, celle-ci n'appartient à la catégorie des professions intermédiaires de la santé ou du travail social que dans 15 % des cas.

¹⁰⁴ Si les proximités entre sœurs sont régulièrement observées, à un tel niveau cela semble très rare, y compris dans des secteurs réputés favorables à un tel phénomène (l'enseignement par exemple). Voir sur ce point Bernard Zarca, « 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.

pour cela que je vous parle de vocation, parce que moi je pense que c'est vraiment, au départ, c'est vraiment le goût de soigner. (...) Pour avoir une autre sœur infirmière, c'est qu'il y a quand même quelque chose de famille ».

Virginie
père agriculteur, mère infirmière

« Il faut dire que j'ai une sœur infirmière et mon autre sœur est manipulatrice en radiologie. Mais c'est surtout Françoise, qui est manipulatrice, qui m'avait dit : "eh bien, essaie l'examen de niveau !". Enfin c'est elle qui m'a poussée vers l'examen de niveau. Elle m'a dit "Ça t'ouvrira peut-être des portes". J'ai fait l'examen de niveau, j'avoue que je ne sais pas où j'allais, et en fait l'été, comme ma sœur était infirmière dans une clinique, j'ai fait des remplacements des filles de salle et puis ça m'a permis de mettre le pied un peu dans le milieu et ça c'est fait comme cela. (...) J'avoue que je ne savais pas trop en fait après la troisième, j'étais un peu perdue avec des résultats scolaires qui n'étaient pas forcément très bons. (...) Ce qui était très médical j'étais très attirée par ça, mais de là à dire que je serais infirmière non, puisque j'avais mal commencé les études. (...) Là maintenant, avec un peu de recul, je ne vois pas ce que je pourrais faire d'autre ».

Blandine
parents agriculteurs

« Après mon bac, je n'ai pas eu le concours d'entrée à l'école d'infirmières, donc j'ai travaillé en tant que fille de salle, comme on appelait ça, pendant un an et demi, et mon oncle qui est mon parrain à V. (près de Paris) m'a proposé ; il m'a dit, viens tenter le concours à Paris et si tu l'as, moi je t'héberge pendant tes études. (...) J'ai un frère et une sœur qui sont rentrés à l'hôpital de P. pendant cette période-là ; un petit peu avant moi, puisque ma soeur a cinq ans de plus que moi et mon frère... Elle a fait des études de droit d'abord, mais elle a foiré donc elle a passé le concours et elle a réussi ».

Odette
quatrième de la fratrie
parents agriculteurs
le frère aîné a repris la ferme
sa sœur et son frère sont tous deux infirmiers psychiatriques
là où elle a été « fille de salle »

« Mon père était industriel et ma mère ne travaillait pas. Ma sœur aînée, qui a 21 ans de plus que moi, s'est mariée à un médecin. Ma seconde sœur n'a pas du tout fait ça. Ma troisième a fait infirmière, mais comme elle dit "moi, je n'avais pas du tout le feu sacré comme ma sœur aînée ou comme toi". Elle aimait bien mais elle a très peu exercé. Alors elle ne voulait pas du tout épouser un médecin, elle a rencontré son mari, qui était médecin, ça devait être vraiment le seul de la soirée, une soirée de l'école d'ingénieurs de mon père. Il ne devait n'y avoir qu'un médecin dans la salle, et elle est tombée dessus. Ensuite mon frère, lui, a commencé à faire comme mon père ».

Colette
père chef d'une entreprise de 200 salariés
ex-mari ingénieur

Les configurations familiales sont uniques, mais il s'agit de versions singulières d'une partition commune (même quand, comme ci-dessus, une infirmière est issue d'un milieu bourgeois – ce qui est rare –). Ici on évoque ce qui a « bercé l'enfance », là on rapporte à une

vocation, *a priori* irréductiblement individuelle, ce qui semble avoir touché une bonne part de la fratrie, ailleurs on évoque tout ce que l'on doit, alors qu'on était mal parti, à une sœur manipulatrice dans le double sens du terme, sans oublier, dans le cas d'Odette, le destin commun d'une fratrie, une fois réglée la succession de l'exploitation agricole, dévolue – cas ordinaire – à l'aîné. De fait les exemples sont légions de ce passage de relais entre frère et sœur, de ces destins en partie commun, de cet enroulement des liens d'entraide et de solidarité. Un même univers de référence, des complicités, des portes entrouvertes... on n'en finirait pas de relever l'étendue des ressources que peut représenter la fratrie¹⁰⁵. Ici, alliée régulièrement à une aspiration à l'indépendance, le creuset fraternel semble bien avoir souvent été déterminant pour la suite des événements. À bien des égards, on est infirmière en famille et, concomitamment, indépendante par héritage culturel.

La parentèle en renfort

« Il y a un cousin qui est médecin, une cousine qui doit être aide-soignante, il y a encore une autre, une belle-sœur qui est aide soignante. C'est assez rigolo. Une autre cousine encore aide-soignante, une sœur qui est aide puéricultrice. Plus loin, des beaux-frères, un beau-frère médecin, des amis médecins aussi. Cela fait quand même pas mal de monde du milieu médical ».

Yvonne
frère infirmier en hôpital
époux architecte

Le réseau des solidarités familiales déborde largement le strict cercle des parents et des frères et sœurs. Agnès Pitrou¹⁰⁶ a sans doute été une pionnière pour souligner la vigueur de liens qui demeurent tangibles, aujourd'hui encore, dans bien des cas, entre cousins et cousines, mais aussi avec des oncles et des tantes. Ces derniers représentent ni plus ni moins un autre avenir possible inscrit dans la fratrie de ses parents, et leurs enfants, souvent de classes d'âges proches, ont pu représenter des exemples à suivre, des ressources précieuses pour se tirer d'affaire, pour bénéficier de conseils à point nommé, etc. La parentèle¹⁰⁷ a aussi une place importante dès lors que l'on aspire à saisir l'étendue de transactions familiales qui portent sur le devenir scolaire et professionnel de l'un de ses membres. Certes les relations sont, selon les cas, plus ou moins distendues ou au contraire très actives et la gamme comporte toutes sortes de variations possibles, mais là encore, le pronostic souvent prononcé d'effritement, de désagrégation, de tout cet ensemble de « liens de parenté vécue » semble être bien expéditif¹⁰⁸. Les collatéraux, fréquemment, ont représenté non seulement des pôles

¹⁰⁵ Les fratries de trois enfants et plus, ego comprise, tendent à diminuer chez les infirmières libérales nées après 1956. Cela ne dit rien toutefois de la vitalité des liens qui peuvent les rassembler, sans oublier que désormais les unes et les autres se retrouvent régulièrement incluses dans une parenté de 3 voire 4 générations, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie.

¹⁰⁶ Agnès Pitrou, *Vivre sans famille ?* Toulouse, Privat, 1978 (cet ouvrage, réédité et complété, est paru chez le même éditeur en 2002 sous un nouveau titre : *Les solidarités familiales*).

¹⁰⁷ « La parentèle est constituée de tous les parents que se reconnaît ego, avec qui il est en rapport, fait des choses ou se réunit, etc. Elle est une espèce de réseau personnel de parenté dont la configuration change selon les individus et les circonstances. La parentèle n'existe réellement que lorsqu'elle se mobilise, à l'initiative de ses membres pour se réunir, s'entraider, etc. Elle peut naturellement comprendre des affins (parenté nouée à travers le mariage) ». Jean-Hugues Déchaux, « La parenté dans les sociétés occidentales modernes : un éclairage structural », *Recherches et prévisions*, n° 72, 2003, p. 56.

¹⁰⁸ Voir Emmanuelle Crenner, « La parenté : un réseau de sociabilité actif mais concentré », *INSEE Première*, n°600, 1998.

identificatoires où les infirmières libérales ont été puiser, mais très prosaïquement, ils ont aussi pu être de bons conseils, parfois autant, sinon plus, que les frères et les sœurs. Ce fut le cas, semble-t-il, assez souvent quand cette future infirmière n'avait que des frères tournés vers d'autres métiers mais pouvait par contre s'appuyer sur des cousines engagées dans des métiers de santé et rencontrées régulièrement.

Les réponses au questionnaire apportent un premier lot d'enseignements. Quelque 32 % des infirmières libérales et 36 % des infirmiers libéraux ont indiqué qu'au moins un de leurs apparentés exerçait aussi un métier de la santé ou, plus rarement, du travail social. Dans 12 % à 14 % des cas, il s'agissait de deux membres de leur parentèle et dans environ 6 % des cas de trois. Sur 119 infirmières libérales qui, lors des entretiens, ont été explicitement interrogées sur ce point, 43 d'entre elles ont mentionné explicitement des membres du cercle familial que l'on dit périphérique, mais dont le rôle a pu être de premier plan dans le choix du métier d'infirmière. Ainsi, dans un cas comme dans un autre, environ une fois sur trois, la parentèle comprend au moins un membre qui exerce un métier qui n'est pas sans lien avec celui de l'infirmière libérale sollicitée. À 16 reprises, il s'agit de situation où déjà un ou plusieurs frères et/ou sœurs sont également dans un métier du soin. Ainsi, par exemple, peut-on relever les configurations suivantes :

- père agent commercial	- mère infirmière libérale	
- frère infirmier	- sœur aide soignante	
- sœur kinésithérapeute (et épouse d'un médecin généraliste)		
- sœur sans profession	- frère employé de banque	Félicie

- père opticien	- mère commerçante (au magasin de son mari)	
- frère artisan horloger	- frère opticien (et époux d'une infirmière)	
- frère directeur d'une entreprise d'optique	- frère opticien	Sylvain

- père agriculteur	- mère agricultrice	
- sœur Agent de service hospitalier (épouse d'un agriculteur)	- sœur institutrice	
- sœur employée administrative		Aude

- père artisan	- mère sans profession	
- frère médecin	- sœur institutrice (épouse d'un kinésithérapeute)	
- sœur sans profession (épouse d'un médecin libéral)		Francine

Dans le propos suivant, on retrouve l'appel classique à l'ineffable de la vocation, quitte à glisser un peu plus loin les influences reçues :

« Disons que c'est une vocation, en fait. Depuis que je suis toute petite, je veux être infirmière. (...) Je me rappelle, haute comme trois pommes et dire « Je serai infirmière ». Soit on m'a jeté un sort quand je suis née "bien voilà, tchiit ! Tu seras infirmière" ou alors je ne sais pas. (...) Donc dès que j'ai fini mes études et que j'ai eu mon bac, je suis rentrée à l'école. Et bien, voilà, je suis infirmière depuis, donc c'était tout tracé en fait depuis que je suis toute petite.

Depuis l'enfance, au début je disais même que je voulais être infirmière, parce que mes parents sont paysans. (...) Mes parents, ils ont donc une ferme. Mais ma tante qui est infirmière, disons, a exercé une certaine... enfin pas pression quand même, mais, enfin, m'a un peu ouvert le... ouvert la voie quoi (...). Avec ma tante qui est infirmière libérale, en fait, j'avais déjà fait une semaine de stage, en été, je devais avoir 15 ans, juste pour voir, à domicile. (...) Et quand je faisais mes stages et quand je faisais mes études après, j'avais toujours un... comment t'expliquer ça... elle me montrait en fait l'exemple quoi... Je savais à quoi me référer. C'était une référence. Jusqu'à ce que je me mette à travailler, j'avais elle en référence. (...) J'ai aussi une deuxième tante qui est, qui était aide-soignante, mais sinon c'est tout ».

Marie-Paule

Il y a ainsi des constellations familiales tournées vers les métiers de la santé en nombre assez imposant. L'infirmière libérale serait alors ni plus ni moins un des maillons d'une lignée fortement ancrée dans un secteur où le cercle familial, parentèle comprise, a pris, depuis longtemps parfois, ses marques. Il peut alors d'autant plus soutenir qu'il est en terrain de connaissance et que l'on a affaire à un secteur où, semble-t-il, on entre souvent par la petite porte.

« En Terminale F8, j'ai fait un stage au niveau du secrétariat à la clinique d'H. Ma tante était directrice administrative de la clinique à l'époque, mais je ne suis pas du tout une bonne secrétaire. Mes parents ne voulaient pas que je sois infirmière, ils voulaient que je sois couturière, ils avaient une ferme aussi et ils voyaient mieux que je sois couturière ou que je reprenne la ferme carrément puisque j'étais l'aînée. Il y a deux garçons derrière, mais ils voyaient mieux une fille qui amène un mari à la maison je pense. J'ai passé un CAP puis un BEP agricole et après j'ai passé un bac agricole et je suis allée à B. où il y avait une école où j'ai préparé le concours d'entrée à l'école d'infirmières ».

Josette

« J'ai fait une seconde et j'en avais marre de bosser. (...) Je voulais m'occuper d'enfants, donc j'ai passé l'examen pour entrer à l'école d'infirmières, donc l'examen de niveau puisque je n'avais pas le bac. Je suis allée chez une tante, à M. (région parisienne). Elle travaille à l'hôpital ; j'ai fait mon école de préparation à l'école dans l'enceinte de l'hôpital. (...) Mon père était chauffeur et quand il est allé en Hollande sur des chantiers, ma mère l'a suivi et nous, on est resté chez une tante qui était aide soignante ; j'ai une autre qui est infirmière psychiatrique. J'ai aussi des enfants de tantes qui sont infirmières ou aides soignantes. C'est vraiment la famille ; on a ça dans le sang ».

Agnès

« Moi, mon premier choix, c'était kiné, mais bon, il n'y avait que 44 places, je n'étais pas assez intelligent... non, j'étais sur liste d'attente. J'étais cinquième sur liste d'attente et il n'y a pas eu cinq désistements, donc voilà... je suis arrivé infirmière. Mais bon, moi je voulais faire ça. Dans ma famille j'en ai beaucoup. (...) Pas de frères et sœurs, non ; tonton, tata... J'ai un médecin généraliste, mon autre oncle qui est infirmier libéral et j'ai une cousine qui est infirmière. (...) Quand j'étais plus jeune, parce que mon oncle médecin, c'était aussi mon voisin, j'allais le chercher à l'hôpital. Tout ça donc... Je pense que c'est lui qui m'a plûtôt... »

sans... inconsciemment, parce que, bon, j'aimais bien ce qu'il faisait quoi. (...) Mon oncle, il me montrait un peu de tout ; il allait me balader à la radio, au labo ».

Nicolas¹⁰⁹

père professeur dans l'enseignement technique, mère au foyer

Plus encore qu'en ce qui concerne la fratrie, les liens de parentèle sont optatifs dans la mesure où leur vitalité dépend de toute une série de facteurs qui peuvent donner du sens et inciter à la rencontre, à la solidarité entre cousines, entre nièces ou neveux, etc. L'entretien de ces liens, d'un certain esprit de famille, est plus affaire de femmes que d'hommes mais varie beaucoup d'une famille à une autre. Le sentiment d'avoir un destin commun, un éthos de la réussite sociale largement partagé, des souvenirs d'enfance entretenus et régulièrement versés au pot commun, une capacité à se réélire en permanence, à la suite du décès de tel ou tel parent par exemple... telle la madeleine de Proust, c'est affaire de réminiscences cultivées, d'intérêts bien compris sans même avoir besoin d'être explicités. La géométrie du réseau de parenté n'est pas une donnée mais quand l'entourage affinitaire est mobilisé, son efficacité peut être assez remarquable. Nous avons souvent entendu le témoignage de sa vitalité au fil des entretiens menés avec ces infirmières libérales. Hébergement lors des études, coup de pouce pour effectuer un stage, appui pour obtenir un emploi... la gamme des aides apportées concrètement par l'entourage est vaste. Ce n'est pas certain que cela soit si original que cela. Toutes les études convergent pour souligner la forte teneur de ces liens et l'intérêt donc d'en explorer les arcanes, en n'en restant pas au seul cercle des ascendants et des descendants. Il suffisait simplement d'aller y voir...

Époux et belles familles : un troisième cercle possiblement efficace

Édith est d'origine espagnole. *« Mon père était cultivateur, ma mère, elle était sa femme, et puis c'est tout ».* Elle est venue en France pour passer des vacances chez sa sœur installée dans le Midi. *« On était quand même sous le régime de Franco ».* Elle décide d'y rester et commence à garder des personnes âgées, dans des familles pied-noir aisées, et aussi des enfants. *« Et puis j'ai connu mon mari ; il était venu au service militaire à N. et par l'intermédiaire d'un copain, je l'ai connu. Mon mari est kiné. (...) C'est mon mari qui m'a poussée à faire un métier. Il m'a dit « Tu es faite pour aller vers les gens, pourquoi tu ne fais pas infirmière ? » (...) Il faut que tu reprennes tes études, que tu fasses une remise à niveau. Donc j'ai fait une remise à niveau, en français. Parce qu'à l'époque pour passer le concours d'infirmière on faisait physique chimie, français, sciences naturelles. (...) Dans un premier temps on est parti habiter à S., en région parisienne. Il avait un oncle qui était directeur d'un centre et donc on a travaillé, lui il était pris comme kiné, et moi j'étais prise un peu comme aide soignante tout en prenant mes cours pour... mes cours à l'extérieur et mon mari qui m'a fait réciter comme un gamin, réciter. (...) Donc on est resté là-bas presque un an, d'ailleurs on s'est marié là-bas. Et on est venu un week-end chez mes beaux-parents ici, et lui rencontre un collègue qui lui dit « Il y a du travail pour toi ici, on a besoin d'un kiné et c'est comme ça qu'il est venu. Et puis depuis 32 ans ».* Elle a déjà un fils né quelques mois avant l'obtention

¹⁰⁹ Il s'agit d'un homme, mais il utilise le mot « infirmière », comme si, à la suite de sa vaine tentative de devenir kinésithérapeute, il avait le sentiment d'avoir dû se rabattre vers un métier connoté féminin, et donc moins valorisant à ses yeux : *« Les hommes s'orientent plus vers un métier de kiné ou des trucs comme ça, pas infirmière. L'image de l'infirmière, c'est une image de... de mère. (...) Bon, et bien moi, je préférerais kiné. Pour qui, pour quoi ? Je ne sais pas, je préférerais kiné, je trouvais que c'était plus valorisant. Maintenant, je vois le travail des kinés, je me dis, heureusement que je n'ai pas fait kiné, ...ça va, je suis content. (...) Médecine ? Je trouvais trop long, et puis, je suis trop bête, j'étais beaucoup trop bête ».* ... Entre les lignes, courent, comme chez bien des infirmiers libéraux, quelques rêves inaboutis...

de son diplôme d'État, obtenu à l'issue d'une formation suivie dans une école dépendant d'un hôpital situé à 35 kilomètres de son actuel domicile. *« On m'a proposé de rester, en chirurgie. Le problème, c'est qu'il fallait faire les kilomètres pour y aller. Puis j'avais ce bébé qui était là, mon mari qui travaillait ici, on ne se voyait jamais, ce n'était pas possible. Alors c'est vrai en libéral, on peut gérer. (...) J'avais remplacé une infirmière ici, à S. qui avait eu une hépatite, donc je l'avais remplacée quelques mois avant. Quand elle a su que j'étais diplômée, en fait elle est venue me voir et elle m'a dit « Est-ce que vous pouvez me remplacer ? » Et donc elle m'a lâchée dans la nature comme ça, toute seule. Tout de suite après, je suis partie. Sans aucune expérience du libéral, en hiver, avec la neige, j'avais la pelle dans la voiture ! »*. Édith continue à travailler en libéral. Elle va souvent chez des patients connus de sa belle-famille : *« Mon mari aussi, quand il allait chez les malades, ils avaient connu le père. (...) Mon beau-père était négociant en vin, donc c'était quelqu'un qui avait quand même l'habitude. Le grand père était négociant en vin, de père en fils, vous voyez ? Mon mari aurait dû prendre la suite. C'étaient des gens connus. Donc on connaissait toute la famille de mon mari »*. Édith exerce donc en libéral et elle bénéficie d'un soutien pour la garde de son enfant : *« C'est ma belle-mère qui s'en est occupée, j'ai été très gâtée. Elle était là. Donc voilà, on s'est installé, on a récupéré cette maison et on fait le cabinet là »*. Ce soutien va sans doute d'ailleurs au-delà de la seule garde de son enfant : *« La première chose que ma belle-mère a dit à mon mari quand je suis arrivée ici : « Écoute, il va falloir que tu habilles ta femme ». Ah bon, j'étais pas toute nue ! Et ça voulait dire : habiller chaudement, parce que ici les hivers sont rudes. »*. Désormais Édith et son mari travaillent dans un même cabinet, qui jouxte leur maison d'habitation. Après cinq années d'exercice en couple, Édith s'est associée avec une collègue. Ils vont bientôt prendre leur retraite anticipée et son associée va reprendre l'affaire. Ils ont un fils et une fille ; le premier est ostéopathe à l'étranger, *« La seconde a fait une école supérieure de commerce et une prépa HEC. Elle est actuellement à la recherche d'un emploi »*.

On mesure ici en quoi la belle-famille et l'époux ont assuré la socialisation professionnelle et, avant cela, la formation même, de cette infirmière libérale. À la suite d'une stratégie de reconversion, ses beaux-parents ont poussé leur fils vers des études paramédicales, en lui faisant bénéficier, pour son insertion professionnelle, de son oncle. Revenu dans sa ville natale, il a profité cette fois du réseau de connaissance de son père en valorisant par ailleurs le capital culturel reçu (aspiration à l'indépendance, etc.). Une telle configuration permet de faire d'autant plus ressortir le rôle du conjoint que cette infirmière (dont le père était aussi indépendant) est loin de sa propre famille (même si sa sœur, qui résidait sur la Côte d'Azur, lui a permis de se faire embaucher auprès de personnes âgées).

De fait, on ne soulignera jamais assez en quoi les affins peuvent représenter une ressource de premier plan, pour l'insertion professionnelle notamment. Le choix d'un conjoint est donc toujours une affaire sérieuse et, faut-il même le rappeler, les couples ne se forment pas au hasard, quand bien même l'alchimie amoureuse transmue en de bons sentiments des intérêts bien compris. Sur le plan professionnel, globalement, le mariage est une bonne affaire pour les hommes. C'est probablement pour cela d'ailleurs qu'ils sont bien plus enclins à transformer l'essai de l'union libre, et plus réticents au divorce que leurs épouses¹¹⁰. Les femmes, quant à elles, peuvent être amenées à ressentir en quoi leur autonomie effraie. Une part au moins du célibat des femmes qui travaillent, à plus forte raison dans des dits postes à responsabilité, n'est pas vraiment choisie, même si elles peuvent toujours faire de nécessité

¹¹⁰ On se réfère ici aux travaux de François de Singly, tel que *Fortune et infortune de la femme mariée*, Paris, UUF, 1987 ; de Jean-Claude Kaufmann (*Sociologie du couple*, PUF, 2003) ou encore de Michel Bozon (« La découverte du conjoint », I, *Population*, n°6, 1987, pp. 943-986 et II, *Population*, n°1, 1988, pp. 216-222).

vertu. Qu'en est-il en la matière des infirmières libérales ? Au-delà de cette première illustration ô combien édifiante, c'est sans doute par là qu'il convient de commencer.

Énoncée par Yvonne Knibielher, reprise ensuite régulièrement, par François de Singly et Claude Thélot en particulier¹¹¹, l'expression « vocation sans voile » a fait florès tant il est apparu qu'elle signifiait bien à la fois l'héritage d'un métier aux relents d'encens et, associé régulièrement, le célibat auquel nombre d'infirmières ne pouvaient qu'être vouées. Qu'en est-il de celles qui exercent en libéral ? Qu'en est-il aussi des hommes qui exercent ce métier ?

Statut matrimonial des infirmières et infirmiers libéraux (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Célibataire	9,7	14,3	13,7
Vie maritale	13,4	10,5	62,7
Marié(e)	65,7	62,2	10,9
Séparé(e)	3,0	2,1	2,2
Divorcé(e)	8,2	8,8	8,7
Veuf	0,0	2,1	1,8
total	100,0	100,0	100,0

En France, à l'heure actuelle, selon les tranches d'âge, 16 % à 22 % des hommes qui ont entre 30 et 60 ans vivent seuls. C'est le cas d'environ 22 % des femmes¹¹². De ce point de vue les écarts ne sont pas considérables d'avec la moyenne, et les différences entre hommes et femmes, pour significatives qu'elles soient, ne sont pas non plus très importantes. Elles vont dans le sens attendu. Les infirmières libérales sont plus souvent célibataires que leurs homologues masculins et elles peuvent, en faible proportion toutefois, connaître le veuvage. Dans tous les cas, on est loin des clichés sur l'impossibilité de conjuguer vie en couple et profession réputée très prenante, sur un célibat auquel seraient condamnées des femmes toute entière tournées vers leur métier, etc.¹¹³ Dans les métiers du travail social on observe sensiblement les mêmes proportions. Sans doute a-t-on affaire à des secteurs professionnels où la part de femmes qui vivent seules est importante mais sans que, pour autant, elle soit exceptionnelle. Il y a donc régulièrement des compagnons et des compagnes, des époux et des épouses. De plus, nous le verrons plus loin en détail, il convient de prendre quelques précautions avec la part des infirmières libérales qui se sont déclarées célibataires. En effet, le tiers d'entre elles ont au moins un enfant, ce qui laisse supposer qu'une partie de ces femmes est, en fait, séparée voire divorcée.

« *Le destin social d'un groupe*, rappelait il y a quelques années Michel Bozon, *se lit aussi dans son destin matrimonial* »¹¹⁴. Vers qui se tournent donc les infirmières libérales, et aussi les infirmiers libéraux ? En quoi ces choix matrimoniaux, pour ne pas dire ces stratégies

¹¹¹ François de Singly, Claude Thélot, *Gens du privé...*, *op. cit.* p. 116-117.

¹¹² Zohor Djider, « Femmes et hommes : les inégalités subsistent », *INSEE Première*, n°834, 2002.

¹¹³ La proportion de 24,6 % d'infirmières libérales et d'infirmiers libéraux sans conjoint de notre enquête est quasi identique au taux qui ressort des enquêtes Emploi 1990-2004 (25 %), qui par ailleurs ne font pas ressortir de différences entre ceux qui exercent en libéral ou qui sont salariés. Voir les données comparatives d'avec les médecins exposés dans Pascale Breuil-Genier et Daniel Sicart, « La situation professionnelle des conjoints de médecins », *Études et résultats*, n° 430, 2005, p. 5.

¹¹⁴ Michel Bozon, Le choix du conjoint, dans *La Famille, l'état des savoirs*, sous dir. F. de Singly, Paris, La Découverte, 1991, p. 28.

matrimoniales, renseignent-ils, renseignent-elles, d'une certaine manière sur la « cote » du métier ?

Activités professionnelles des conjoints et conjointes

	Compagnon ou époux des infirmières libérales	Compagne ou épouse des infirmiers libéraux
Agriculteurs / agricultrices	6,5	1,2
Commerçant(e)s / artisan(e)s	14,4	3,4
Cadres	21,8	11,5
Professions intermédiaires	26,3	64,4
Employé(e)s	18,2	13,8
Ouvriers / ouvrières	12,8	5,7
total	100,0	100,0

Près de 21 % des époux des infirmières libérales exercent une profession indépendante. Parmi eux 6,5 % sont agriculteurs, 7,3 % sont artisans, 4,7 % sont commerçants et seulement 2,1 % sont chefs d'entreprise. On a donc une surreprésentation de cette catégorie (qui pèse pour environ 15 % de la population active aujourd'hui). Se rappelle ici la régulière homologie des positions des pères et des époux (il y a un lien entre le statut d'indépendant des pères des infirmières libérales et celui de leur époux), sans compter l'alliance de conjoints tous deux indépendants. Moins de 3 % d'entre elles sont mariées à un membre d'une profession libérale de niveau « supérieur ». L'alliance d'une infirmière hospitalière et d'un médecin est réputée rare, c'est le cas assurément quand elle exerce en libéral. Dans le champ des professions intermédiaires il est plutôt enseignant (7,5 %). Il émarge à une profession de santé ou du travail social dans 8,6 % des cas et il est donc plus souvent employé d'entreprise (10,1 %) ou ouvrier qualifié (8,8 %). Au final, la dispersion du recrutement matrimonial des infirmières libérales paraît conséquente, même si quelques 11 % d'entre elles vivent avec un ingénieur ou un cadre d'entreprise. Le privé – ce n'est pas une surprise –, semble avoir la cote mais il y a peu « d'échappée belle » et on reste surtout dans son milieu. Nous avons donc bien affaire à une profession intermédiaire dont les membres ne peuvent pas réellement pousser leurs feux, via le mariage, vers ces professions libérales qui émargent au statut des catégories supérieures. Ce n'est pas vraiment le même monde... « Plafond de verre » diraient certains...

L'homogamie des hommes est assez exceptionnelle. Quelque 54 % d'entre eux vivent avec une infirmière, une assistante sociale, une éducatrice voire, plus rarement quelqu'un qui exerce un autre métier du social ou de la santé. Plus de 10 % vivent avec une enseignante, 11,5 % avec une employée d'entreprise ou du commerce. L'horizon matrimonial des hommes est donc très limité ; bien plus limité que celui des enseignants par exemple, réputés pourtant pour leur forte homogamie. Quasiment jamais, ils ne vivent avec une femme membre d'une profession libérale du groupe des cadres. La remarque précédente vaut donc aussi largement pour eux.

Les constats que l'on peut faire, à partir des informations recueillies au fil des entretiens, ne dérogent pas à ces observations. Tout juste peut-on souligner que les époux des infirmières libérales, encore plus nettement que leurs pères, exercent très souvent un métier où

les horaires sont très variables, où ils sont amenés à se déplacer beaucoup. On est à même aussi de mesurer en quoi il y a bien des similitudes entre les métiers des pères et ceux des époux.

- père entrepreneur
- frère représentant de commerce et belle-sœur infirmière
- frère agent commercial et belle-sœur institutrice
- époux commerçant
- mère sans profession

Zoé

- père agriculteur
- frères agriculteur, mécanicien, ouvrier dans l'agro-alimentaire, technicien de laboratoire
- épouse gestionnaire d'un élevage porcin
- mère agricultrice

Nicolas

Les exemples en la matière abondent. Ils rappellent qu'à l'heure du libre choix de son conjoint, ce sont encore et toujours des familles qui s'apparentent, avec des logiques qui, toutes anciennes qu'elles soient, demeurent plus prégnantes qu'on le pense généralement.

Cet état des lieux effectué, on peut revenir à l'effet inducteur des époux, des épouses voire aussi des affins (beau-frère, belle sœur par exemple), sur le choix du métier et aussi de son mode d'exercice, en libéral.

Régulièrement le rôle des belles-sœurs apparaît de fait assez semblable à celui des sœurs ou des cousines (quitte, dans l'illustration qui suit, à être par surcroît, en quelque sorte, une entremetteuse...)

« J'avais choisi de rentrer à l'Assistance publique, donc plutôt que Paris, j'ai été admise à l'école d'infirmière de l'hôpital G. Et puis je fréquentais déjà mon mari à l'époque dont la sœur était monitrice en école d'infirmière à A. Je ne la fréquentais pas plus que cela et quand elle a su que je voulais aller à G, elle a réussi à convaincre mes parents, et heureusement d'ailleurs, que je ferai une scolarité beaucoup plus facile à A., donc dans l'école où elle était et où ce serait plus simple puisque je pouvais rentrer tous les soirs. (...) J'ai eu un contrat pour avoir une petite bourse. (...) Je pense que j'ai eu des études relativement privilégiées ».

Sophie

Il n'est par rare, par ailleurs, que ces affins doublent en quelque sorte ce qui est aussi induit par des membres de leur famille, telle cette configuration :

- père artisan menuisier
- frère infirmier marié à une infirmière
- frère professeur de lycée marié à un médecin scolaire
- sœur sans profession mariée à un médecin généraliste
- mari professeur de collège
- mère sans profession

Justine

Les époux des infirmières libérales paraissent avoir eu un rôle important dans la décision prise un jour de « s'installer à son compte », surtout quand eux aussi exerçaient une profession indépendante

« *Mon mari était ravi (à l'idée qu'elle s'installe en libéral). « Tu te rends comptes, tu vas travailler dans le coin, quand tu passeras devant la maison, tu pourras t'arrêter ; financièrement aussi, c'est peut-être plus intéressant ».*

Anne-Marie

Ici on a affaire, de plus, à ce que l'on pourrait appeler une « influence croisée ». Au-delà du fait que ses parents sont déjà membres du personnel de service dans un hôpital (à ce titre, nous avons déjà, plus haut, évoqué cette situation), cette infirmière, incitée par son mari à s'installer en libéral¹¹⁵, va l'aider par la suite à quitter son emploi d'électrotechnicien et à devenir veilleur de nuit dans la maison de retraite de ce bourg où elle est installée et où elle a quelques accointances¹¹⁶. D'autres infirmières libérales – mais on y reviendra plus loin quand on abordera tout ce qui a trait aux trajectoires professionnelles – paraissent avoir franchi le pas de l'installation faute de parvenir à retrouver un emploi en hôpital à proximité de leur nouvelle résidence, suite à un déménagement pour accompagner un mari douanier, policier, militaire, etc. muté bon gré mal gré.

Au fil des entretiens, on présume donc assez souvent le rôle d'impulsion professionnelle des beaux-parents, mais il est dans quasi tous les cas médiatisé par celui des conjoints. Aide à l'installation, mise à disposition d'un réseau de connaissance, garde des enfants, etc. on retrouve finalement à des degrés divers ce que la situation d'Édith a bien montré.

Les valeurs transmises

« *L'acteur, le faiseur d'actes, écrit Hannah Arendt, n'est possible que s'il est en même temps diseur de paroles. L'action qu'il commence est révélée humainement par le verbe, et bien que l'on puisse percevoir son acte dans son apparence physique brutale sans accompagnement verbal, l'acte ne prend du sens que par la parole dans laquelle l'agent s'identifie comme acteur, annonçant ce qu'il fait, ce qu'il a fait, ce qu'il va faire* »¹¹⁷.

Sauf à ne voir dans le travail de l'infirmière libérale que la mise en œuvre de protocoles techniques indépassables et à adopter alors une vision toute fétichisée de ce qu'elle réalise au quotidien, on conviendra qu'il s'agit aussi, inséparablement, d'un métier porteur d'un certain nombre de valeurs. Son activité relève inextricablement du faire et du dire. Parler, écouter, répondre, négocier, communiquer, aider à redevenir sujet... ses actes sont complètement inscrits dans le langage. Accueillir l'altérité, redonner confiance, relier des individus qui se retrouvent projetés dans l'inutilité, dans le non sens, dans l'infra humain parfois, tout cet ensemble requiert bel et bien, de la part des professionnelles, des qualités relationnelles. Cette capacité à faire circuler des sentiments, à donner du sens à la vie, et à la mort elle-même, renvoie à un travail de production de symboles, porte aussi sur la subjectivité de l'autre, du patient atteint dans sa chair mais aussi dans son identité (sans oublier le travail

¹¹⁵ La situation mérite d'être signalée puisque elle apparaît fort rare : elle a comme collègue, dans son cabinet de groupe, un homme infirmier libéral dont l'épouse est la médecin libérale avec lesquels ils travaillent.

¹¹⁶ La part que peuvent prendre des femmes dans la trajectoire de leurs compagnons, de leurs époux (changement de métier, départ en formation pour évoluer dans sa carrière, influence auprès de son réseau relationnel pour qu'il trouve un emploi, etc.) est encore une « boîte noire » alors qu'elles ne restent pas inactives bien souvent ; mais cela reste souterrain et peu parlé, surtout par les hommes... Nous y reviendrons quand nous nous arrêterons de manière spécifique sur les infirmiers libéraux. Voir Alain Vilbrod, *Devenir...* pp. 202-204.

¹¹⁷ Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1983, p. 235.

sur l'entourage du malade). C'est bien pour cela que le travail de l'infirmière libérale ne s'épuise pas dans une somme d'actes techniques et de ses seuls critères d'efficacité. De fait il s'enroule de paroles. De plus, son engagement met en jeu sa propre perception de la situation sociale, personnelle du patient qu'elle soigne. Certes il y a des règles, des normes, une nomenclature, etc. mais il y a aussi, par delà même la déontologie, une forte dimension éthique. Cette dimension éthique, le souci éthique de l'autre, exprime à la fois le côté d'engagement qui est dans l'acte de travail et le côté parfois ineffable, indicible par rapport à ces versants de sa pratique. Certaines parleront « d'un supplément d'âme », d'autres, interrogées sur « tout ce qu'elles font passer à leur patient » préféreront le silence, faute peut-être de trouver les mots ou bien donnant en un certain sens raison à Régis Debray quand il dit que « *le silence est la signature de l'éthique, ce territoire du secret où la pire obscénité s'appelle le bavardage* ».

Dans tous les cas, infirmière libérale est un métier – parmi bien d'autres – qui joue sur les valeurs. Dans le même temps beaucoup d'entre elles, quand elles sont interrogées sur ce point, expriment de la méfiance à l'intégrer à ce qui fait la singularité de leur travail. On peut le comprendre tant se profile le passé de nonnes vertueuses ou de bonnes asservies que justement elles tiennent à mettre à distance. Ayant souvent le sentiment que leur technicité n'est pas suffisamment reconnue, et à l'heure où aussi prime le visible et l'efficace, elles voient venir de loin tous ceux qui font vibrer les cordes de l'implication, du don de soi, etc. Pour autant, inévitablement, elles payent de leur personne et la qualité de l'acte qu'elles effectuent, sa portée, son efficacité même dépendent de cet engagement.

La question est plutôt alors de s'interroger sur la genèse des valeurs qu'elles portent. Certes cela peut être, comme pour les compétences techniques d'ailleurs, de l'ordre de l'expérientiel, de l'incorporation au contact des patients et de leurs familles, des collègues, etc. de visions du monde, de l'affirmation nécessaire de convictions... comme on dit « se forger sa propre opinion », mais on ne peut pas faire l'impasse, une fois encore, de tout le capital qu'elles ont reçu de leurs familles. Ensemble de dispositions, de valeurs mises haut, de conceptions de l'ordre des choses, nombre d'infirmières libérales ont hérité de leurs parents, voire de leur parentèle, d'un capital symbolique qui devient d'ailleurs un véritable capital social dès lors qu'elles exercent justement dans un métier, on dira « à fortes valeurs ajoutées ».

Des souvenirs sont parfois convoqués : ils renvoient aux activités auxquelles s'adonnait une mère qui payait de sa personne vis-à-vis de son entourage, de ses voisins, etc. Cette mère – mais ce peut être aussi, mais plus rarement, une autre personne (souvent une femme) qui a beaucoup compté – a représenté un modèle auquel on s'est identifié. Éventuellement, sans attendre, on exprime tout ce dont on lui est redevable, y compris quand au métier que l'on a fait sien.

« Depuis toute petite, j'opérais mes poupées. C'est ce que je voulais faire ! (...) Je sais que ma mère c'était l'infirmière du quartier. Comme c'était un milieu ouvrier où les gens n'étaient pas allés en classe, ma mère quand même allait, donc elle faisait... elle savait soigner. Quand il y a eu un accident au coin de la rue, je me rappelle, elle m'a dit, "viens avec moi". On est venu la chercher. Parce qu'on savait qu'elle n'avait pas peur du sang. Il y avait toujours de quoi à la maison. C'est elle qui faisait les ventouses à tout le quartier. (...) Depuis toute petite, ce que je me rappelle, c'est que je voulais aller en Afrique avec le Docteur Schweitzer. Ma mère a dit quelque chose de très intelligent quand j'ai dit que je voulais faire infirmière,

elle a dit ; “bon d’accord, c’est peut-être un rêve irréalisable parce que peut-être que tu ne supporteras pas”. Et elle avait obtenu, je ne sais comment, que j’aie un mois... Boulevard... c’était un hospice, La Charité. Donc j’étais un mois dans un service, hospice, avec des gens allongés. C’était des dortoirs et j’étais chargée des toilettes, de changer. Et c’est là que j’ai vu les plus gros escarres de ma vie ».

Lucie

« Ma mère m’a influencée fortement, parce que ma mère travaillait à l’époque, ... non, elle rendait service à l’époque, ça s’appelait “La goutte de lait”, un dispensaire, et il y avait une religieuse qui faisait des soins et qui distribuait du lait. Et j’allais toute petite, toujours avec ma mère, et j’avais 4, 5 ans quand j’ai fait “je serai infirmière”. Ma mère a donc appris à faire des piqûres sur le tas, elle en faisait, elle donnait un coup de main à la bonne sœur, donc c’est quand même une influence. (...). Elle a fait ça et sans doute ça m’a... J’ai toujours eu des poupées quand j’étais petite et on me payait toujours des seringues et des bazars. J’étais toujours avec ça. Donc c’est vrai qu’on m’a quand même influencée. Oui, si quand même. (...) Je sais que ça ne m’a pas quitté, et bon, je ne vois pas bien ce que j’aurais fait autrement ».

Yolande

« C’est de famille. Mon grand-père aidait les gens, ma mère fait du social... C’est vrai que c’est dur à dire... (...) ma mère va aider les gens, des gens qui boivent et tout ça... c’est du social, mais ce n’est pas reconnu ».

Léandre
parents agriculteurs
frère vétérinaire

Ces parents, ces mères surtout, qui « font du social » ont pu « produire l’envie » voire faciliter les premières expériences, les premières formes de socialisation dans le métier, y compris en entrouvrant quelques petites portes, en faisant jouer des relations. Ainsi vont toutes les formes douces propres à faire naître la vocation, le sentiment « d’être faite pour ». Consciemment ou non, se donner en modèle est mille fois plus efficace que l’injonction.

Plus d’une ont vu par ailleurs ses parents militer, s’engager pour la cause, défendre becs et ongles parfois des convictions. Cela aussi a pu laisser des traces.

« Mon père a dirigé la musique municipale de S., toute l’harmonie municipale. Il était président du club de foot ; il s’est présenté pour être adjoint au maire. Il était socialiste. (...) Les grandes valeurs transmises, les grandes, pas des mots. Rester honnête dans ce qu’on fait, rester honnête. Ma mère aide beaucoup les gens qu’elle a autour d’elle, et mon père, bien qu’étant laïc, il recevait le curé à la maison pour manger de temps en temps. Pas de ségrégation entre les gens, pas d’exclusion ».

Justine

Aborder le thème de la religion est parfois assez délicat. On en veut pour preuve les nombreux commentaires critiques portés par des infirmières en marge des questionnaires que nous avons largement diffusés, et dont une partie des variables avait trait à ce thème. On en revient toujours à ce modèle repoussoir de la religieuse s’adonnant corps et âme à la tâche, à la mise à distance de tout ce que cela peut représenter à l’heure où les infirmières libérales construisent leur identité en contre un tel modèle oblatif. Pourtant il apparaît évident que nombre d’entre elles ont été en quelque sorte élevées sur les genoux de l’Église. Sans doute

avons-nous croisé de telles influences en Bretagne plus qu'ailleurs, mais dans les autres régions investiguées, auprès aussi d'infirmières qui travaillent dans l'Ouest mais qui n'en sont pas originaires – et elles sont nombreuses – on a trop souvent entendu les échos d'une éducation marquée au coin par la religion pour que l'on ne puisse pas y prêter attention¹¹⁸. Plus de 27 % des mères des infirmières libérales vont ainsi à la messe toutes les semaines, 17 % « de temps en temps » et 8 % une ou deux fois par mois¹¹⁹. Selon les régions d'origine, ce taux de messalisants hebdomadaires oscille de plus de 40 % (Nord Pas-de-Calais) à 14 % (Île-de-France). Près de 17 % des pères vont aussi, selon leur fille, à la messe toutes les semaines. Il existe bien entendu des disparités selon les régions, selon l'âge¹²⁰ et l'origine sociale¹²¹ des infirmières interrogées, mais on a régulièrement affaire à des familles où la religion a eu, voire a toujours, une place d'importance.

« Mon père et ma mère sont toujours prêts à rendre service aux gens du village. Il y a une vieille quelque part, ma mère vient la voir, un autre qui n'était pas bien, mon père y allait. Une fibre caritative, et religieuse, oui. Très catholiques aussi, pratiquants, alors pour eux c'était bien, c'est un peu ce genre de fibre qu'ils m'ont donné ».

Viviane

« Maman gardait des enfants, elle a fait ça toute sa vie, elle a beaucoup de mal à lâcher maintenant d'ailleurs. Et puis papa était ouvrier, il a travaillé en tant qu'ouvrier toute sa vie. (...) Maman est très catholique, donc elle s'occupait d'enfants pour la catéchèse. (...) Je pense qu'ils m'ont appris certaines valeurs de la vie, c'est-à-dire par rapport au respect de la personne, au respect de l'autre, ça c'est quelque chose d'important, une politesse. Ils m'ont apporté beaucoup de valeurs, le respect dans sa globalité, des choses comme... je crois qu'ils m'ont apporté ça ».

Ida

Nombre d'infirmières libérales que nous avons interrogées ont croisé des religieuses lors de leur stage, parfois quand elles travaillaient en hôpital voire plus tard en libéral. En province ces religieuses sont restées très présentes, au moins jusqu'aux années 1960, là où à Paris notamment, à cette époque, elles s'étaient déjà souvent repliées. Combien d'infirmières, parmi les plus âgées (mais celle qui témoigne ci-dessous n'a que 46 ans), étaient-elles aussi destinées à devenir religieuses ? Il n'y a aucune raison qu'une part d'entre elles n'aient pas été de ces filles que leurs parents comptaient donner à l'Église – et on sait qu'alors se mettait en œuvre une socialisation précoce, sous les auspices des prêtres ou des sœurs¹²² –.

« Il y a une bonne sœur qui m'a demandé si je voulais être sœur comme elle disait, quand j'avais neuf ou dix ans peut-être. J'étais à l'école privée, et puis j'ai dit oui ; et ça c'était quelque chose de sacré pour la famille, famille très pratiquante du côté de ma mère surtout ;

¹¹⁸ Si l'Ouest de la France connaît une pratique religieuse forte, elle n'est pas homogène. Ainsi par exemple, dans les Côtes d'Armor les catholiques pratiquant réguliers (pratique hebdomadaire) oscillent entre 8,5 % et 10,3 % là où ils sont entre 13,8 % et 20 % ailleurs. D'autres régions connaissent un taux de pratiquant du même ordre (Sud-ouest, Lorraine, etc.) ou très proche (Nord, Sud du Massif central, etc.). Voir « *La pratique religieuse en France* » La Croix (sondage CSA), n° 25/12/2001.

¹¹⁹ Près de 10 % des mères ont assuré, à un moment ou à un autre, la catéchèse.

¹²⁰ Près de 40 % des mères des infirmières libérales nées entre 1935 et 1952 vont, selon leurs filles, à la messe toutes les semaines. C'est le cas de 22,4 % des mères de celles qui sont nées entre 1953 et 1979.

¹²¹ Un peu plus de 52 % des mères agricultrices vont à la messe chaque semaine contre environ 20 % des mères employées ou des mères exerçant une profession intermédiaire.

¹²² Voir Charles Suaud, *La Vocation*, Paris, Minuit, 1978.

et donc dans toutes les familles à l'époque souvent il y avait un curé, une religieuse, donc j'avais demandé. Ça m'a vite passé, c'est pourquoi j'y réfléchissais beaucoup parce que je me suis rendue compte très vite que ça n'était pas ça que je voulais, et comme j'y étais à l'école pour... bien ça cogitait. J'étais à l'école à F., et donc on était coupé du monde. En fait c'était comme ça qu'ils y arrivaient ; on nous coupait du monde, de l'extérieur. Quelqu'un qui était intéressé par ça ne voyait pas autre chose ».

Jeanne
Oncle missionnaire en Nouvelle-Calédonie
Oncle curé de paroisse

Comment ces valeurs religieuses se sont-elles prolongées durant l'enfance et l'adolescence des infirmières libérales que nous avons rencontrées ? Chez environ le quart d'entre elles – mais une telle proportion n'est qu'indicative puisque ce thème n'a pas toujours été abordé au fil des entretiens – nous avons entendu l'évocation d'une affiliation dans des mouvements de jeunesse, au scoutisme, etc. JOC, JAC, MEJ, ACE¹²³, la liste est longue de ces formes d'encadrement, de socialisation des jeunes auxquelles nombre d'infirmières ont participé. Interrogées par le biais du questionnaire, un peu plus de 22 % d'entre elles ont signalé de telles affiliations.

Assez souvent il est remarquable qu'elles ont d'ailleurs prolongé ces activités jusqu'à encadrer les plus jeunes.

« Éducation religieuse conventionnelle, classique. (...) J'ai fait partie de l'aumônerie en seconde, 1^{ère}, terminale et puis j'ai encadré les plus jeunes après. (...) On partait sur le week-end et on encadrait les plus jeunes mais c'était occasionnel ».

Ankita

« J'étais à la JOC ; et avant la JOC, parce que la JOC c'était les plus grands, c'était le MEJ. J'ai dû aller tout de suite vers la troisième, jusqu'à la terminale, quelque chose comme ça. Et après la JOC jusqu'à ce que j'ai mon DE, même un petit peu après, puis après j'ai arrêté. »

Clarisse

Chez d'autres infirmières, sans qu'il s'agisse de mouvements si structurés, se rappelle aussi l'influence de la religion portée par les parents :

« Ma mère était très croyante, mon père non. C'était très classique en fait. Ma mère était d'origine de la campagne et elle avait été, elle était allée au collège parce que sa marraine était une religieuse, donc elle était presque à vocation religieuse. (...) Et puis des choses qui ont fait que ma mère n'a pas accroché à une vocation religieuse, donc elle n'a pas suivi sa marraine, mais elle a été formée pour être institutrice, c'est comme ça qu'elle est devenue institutrice. (...) Au lycée je passais tous mes samedis au service des personnes âgées, on avait trouvé ça à faire avec des collègues et puis en fait... (...) Donc on a fait des fêtes comme ça, et puis à longueur d'année moi j'y allais, j'y rencontrais plein de gens, plein d'odeurs aussi. Ça, ça par contre, je ne pensais pas qu'on vivait une époque aussi triste. Je pensais, je nous voyais moderne, et de voir le sordide, je dis maison de retraite mais ce n'était pas une maison de retraite, c'était des foyers de fin de vie, des mouvoirs ».

Irène

¹²³ Jeunesse ouvrière chrétienne, Jeunesse agricole chrétienne, Mouvement eucharistique des jeunes, Action catholique de l'enfance.

Nombre d'infirmières que nous avons sollicitées ont côtoyé la religion, catholique le plus souvent. Elles ont fréquenté des lieux, des ambiances, des personnes et avant cela elles ont été éduquées dans des familles qui donnaient sens à ces valeurs. D'une manière ou d'une autre, y compris d'ailleurs dégagee de la religion, nous avons entendu parler de l'hospitalité dont faisait preuve leurs parents, hospitalité entendue comme « *siège d'une obligation d'humanité et comme modalité concrète de reconnaissance de la dignité de l'autre permettant à chacun de revendiquer sa propre dignité* »¹²⁴. Nous avons aussi beaucoup entendu parler, sous des mots divers, d'altérité. Nous évoquerons plus loin comment la religion pour mémoire, comment ces valeurs ont été revisitées par les infirmières dans leurs propres engagements, dans leur propre vie sociale. Métiers de valeurs, il convient bien en somme à tous ceux et à toutes celles qui portent ces valeurs d'évidence, et ce, parce que la plupart du temps ils et elles les ont reçues en héritage, d'où d'ailleurs « *Un tel accord entre leur « vocation » subjective (ce pour quoi ils se sentent faits) et leur « mission objective » (ce que l'on attend d'eux), entre ce que l'histoire a fait d'eux, et ce que l'histoire leur demande de faire ; accord qui peut s'expliquer dans le sentiment d'être bien « à leur place », de faire ce qu'ils ont à faire, et de le faire avec bonheur – au sens objectif et subjectif – ou dans la conviction résignée de ne pouvoir faire autre chose, qui est aussi une manière, moins heureuse, bien sûr, de se sentir fait pour ce qu'on fait* »¹²⁵.

Devenir infirmière : la trame des représentations de mémoire

Comment les infirmières libérales se représentent-elles les raisons profondes du choix de leur métier, métier qui participe pleinement¹²⁶ à la manière dont elles se définissent personnellement ? Rien de très surprenant en la matière ; le récit à la première personne qu'elles exposent met assez rarement en scène tout ce qu'elles doivent à leur famille, au long efficace de leur héritage. Cela peut ressortir par bribes – nous l'avons vu avec la relation des tournées effectuées avec un père représentant de commerce par exemple ou présentement avec l'évocation de proches, de mères surtout, et ce, sans avoir nécessairement conscience de tout ce qu'elles ont induit – mais la trame de ces évocations de mémoire prend généralement d'autres chemins.

Nous avons relevé cinq registres, cinq manières en somme d'accommoder ce que nous appellerons un « roman social ». Les deux premiers registres – l'appel à des circonstances fortuites et l'influence déterminante d'un intercesseur – sont plutôt rares, plus rares que chez les travailleurs sociaux. Par contre deux autres sont très fréquemment convoqués : il s'agit d'une part de la relation d'une aspiration plus ou moins ineffable, survenue éventuellement très jeune ; comme une sorte de destin tracé, et d'autre part de l'appel à des événements particuliers, traumatisants souvent, qui les ont poussés à vouloir soigner, guérir, réparer en quelque sorte. Un cinquième registre prend une tonalité un peu particulière : quand il va de soi que l'on hérite, que d'une certaine manière on met indubitablement ses pas dans les pas de ses parents par exemple, le récit de mémoire pour autant a de la ressource, pour mettre à distance l'héritage, pour le relativiser sinon pour le dénier.

¹²⁴ Louis Assier-Andrieu, « Hospitalité et solidarité », *Informations sociales*, n°85, 2000, p. 48.

¹²⁵ Pierre Bourdieu, « Le mort saisit le vif », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n° 32-33, 1980, p. 8.

¹²⁶ « *Les femmes exerçant une profession intermédiaire, se définissent plus souvent par leur métier, en particulier quand elles occupent des emplois très féminisés. Dans cette catégorie sociale, les hommes et les femmes occupent rarement les mêmes types d'emplois. Les femmes y sont concentrées dans des métiers à « vocation », traditionnellement considérés comme féminins, infirmières, sages-femmes, institutrices* ». Frédérique Houseaux, « La famille, pilier des identités », *INSEE Première*, n° 937, 2003.

De fait, ces représentations ont souvent pour point commun une vision autodidaxique, parthénogénétique, de sa destinée. On s'est faite soi-même et c'est parfois contre vents et marées que l'on a choisi un tel métier, au grand dam de ses proches le cas échéant. Signalons que ces récits à soi-même et aux autres des raisons du choix du métier d'infirmière ne sont pas forcément exclusifs les uns des autres. Le récit de mémoire ne voit pas malice dans les contradictions : il s'ébauche au fur et à mesure de la réponse à apporter à celui ou à celle qui interroge et ainsi peut-on passer d'un registre à un autre en convoquant pour la circonstance des souvenirs pas toujours très cohérents.

- Les circonstances fortuites

La part belle faite à des circonstances fortuites emprunte à l'évocation du hasard, de l'improbable, de ce qui aurait pu tout aussi bien ne pas arriver et qui a abouti à ce que l'intéressée s'oriente vers le métier d'infirmière, et avant cela vers une formation sans vraiment y avoir pensé au départ. Les circonstances ont voulu que ce soit ainsi. C'est une petite annonce entrevue dans un journal, ce sont des amies du lycée qui y sont allées et que l'on a accompagnées parce que l'on n'avait pas de projet précis, etc. Un tel récit évite d'aller chercher plus loin et désamorce en quelque sorte la question, permet d'éluder parfois d'autres raisons que l'on ne souhaite pas décliner ou que l'on pressent plus ou moins, mais pour lesquelles il faudrait faire des efforts de mémoire.

« C'est vraiment parce que ça s'est présenté comme ça. J'avais une copine qui voulait aller passer le concours toute seule, alors je suis allée l'accompagner. C'est du hasard, ce n'est pas du tout calculé ».

Joëlle

« J'ai fait ça comme j'aurais fait autre chose ».

Sylviane

« C'est une copine qui m'a dit de faire le concours d'infirmier la première fois (...) j'ai vu de la lumière et je suis entrée, mais si j'ai vu de la lumière c'est peut-être parce que j'étais attirée ».

Marc

Dans ce dernier exemple, l'infirmier interrogé a, dans un premier temps, fait appel au hasard, à des circonstances fortuites. Sollicité plus avant, il va évoquer toutefois certaines influences et relativiser même ce qu'il a dit précédemment :

« J'ai un frère qui est éducateur, qui maintenant s'occupe de personnes handicapées, j'ai une cousine qui est assistante sociale. J'en oublie certainement. (...) Vous savez, ceux qui vont dire qu'ils ont toujours rêvé de faire ça, ceux qui ont vu de la lumière et sont rentrés... (...) Quand j'étais plus jeune, je voulais faire kiné et puis bon, les études coûtent chères, les examens coûtent chers, il y avait un arrêt financier ... »

- L'influence d'un intercesseur

Tel Saül sur le chemin de Damas, quelques récits ont mis en scène une rencontre déterminante avec un intercesseur, un passeur, quelqu'un qui a révélé à l'intéressé toutes les qualités qui pourraient s'accomplir dans un tel métier. Événements impromptus, impensables déclenchants, ces initiateurs sont synonymes de basculement, de voie enfin trouvée. Ces

personnages sont des entremetteurs. Leur rencontre a été capitale et on en garde encore aujourd'hui le souvenir vivace, quand bien même cela remonte à loin, à l'enfance parfois. Souvent c'était des gens du métier que l'on a côtoyés dans des circonstances particulières et qui ont donné l'envie, auxquels on s'est plus ou moins identifié, d'autres fois il s'agit de proches – et on en revient alors de l'influence de la famille, de la parentèle notamment –.

« Je sais que quelqu'un qui a compté, c'est vrai que le frère de mon père qui était prêtre ouvrier, parce qu'il s'occupait de gitans, de la communauté d'Emmaüs, de l'alphabétisation des marocains. Il a eu un côté social très important... »

Danièle
père militaire puis comptable
mère institutrice puis comptable
sœur assistante dentaire
cousines assistante sociale et infirmière

- L'attirance plus ou moins ineffable

À côté de tels récits – mais parfois en les mêlant – on peut entendre également les marques d'une aspiration plus ou moins ineffable, pour ainsi dire comme un destin tracé. Les trois phases de l'attirance : l'éveil, l'appel et l'élan sont convoquées dans un récit où se profile une métaphysique de la personne et de son projet. *« Depuis toute petite déjà je passais mon temps en habit d'infirmière... »*, *« C'est quelque chose que je ressentais en moi »*, *« Très jeune ma mère me disait que... »*, *« C'est intérieur, c'est viscéral, je ne sais pas expliquer pourquoi mais... »* etc. Une large part de ces récits fait inévitablement penser à la vocation, transcendante et irréductible à toute rationalisation. Reconnaître la dimension vocationnelle ne signifie pas la proximité perçue d'avec le registre religieux. On le met volontiers à distance en disant que c'est autre chose. Souvent insister sur la question aboutit à s'entendre évoquer une certaine logomachie psychologisante expliquant pour quelles raisons ces qualités de cœur ont irrigué dès l'enfance l'impétrante.

« Depuis toute petite j'opérais mes poupées, c'est ce que je voulais faire ».

Lucie

« Ça a été toujours, je pense que depuis toute petite déjà. La vieille vocation... non, mais c'est vrai c'est aussi le don de soi, parce que besoin de partager, donner ».

Hélène

« C'est vrai que je pense que depuis l'âge de 12 ans globalement j'étais portée comme beaucoup de jeunes de cet âge-là, sans doute à faire du bien autour de moi. Je pense que j'étais un peu dans cette bienfaisance, donc très tournée, c'est vrai, carrière sociale et paramédicale ».

Catherine

« Mon itinéraire il a été très simple : à 5 ans j'ai décidé que je serais infirmière. À mon avis c'est inné. Parce que j'ai toujours été attirée par les personnes âgées, j'allais toujours leur rendre service, toujours faire quelque chose, toujours occupée, toujours faire des pansements à mes poupées, faire des piqûres à mes poupées avec les aiguilles à coudre à ma mère. Je pense que pour moi, personnellement, c'était inné, je ne pouvais pas faire autre chose. (...) Ma mère voulait que je sois institutrice. Moi je ne voulais pas. Dans ma tête c'était "je serai

infirmière". J'avais même dit un jour, « s'il faut que je sois religieuse pour être infirmière, ce n'est pas grave, je m'engagerai mais je serai infirmière ».

Josiane
père cadre dans une entreprise d'import-export
mère institutrice
frère infirmier libéral en collaboration avec ego

« J'ai toujours eu envie, comme les gamins, et ça a toujours été ce qui m'intéressait. J'ai cette chance-là. Je ne vais pas parler de vocation car j'ai horreur de ce mot-là, mais non, je n'ai pas envisagé autre chose ».

Élisabeth

« Je me rappelle, à 5 ans, j'ai dit je serai infirmière. Moi je pense que c'est quand même une vocation pour moi ».

Cette infirmière évoque une vocation on ne peut plus précoce. Un peu plus loin elle va en expliquer les ressorts :

« Je me rappelle avoir été avec maman soigner chez les personnes. Ma mère était infirmière, elle n'était pas en libérale mais enfin bon, vous savez, les voisins l'appelaient toujours l'infirmière. Donc moi j'y allais, je me rappelle très bien être allée avec maman et je crois que j'avais le goût d'être infirmière ».

Virginie

- Un événement particulier, souvent traumatisant

« Je pense que derrière chaque infirmière il y a un infirme, et mon père a eu une rupture d'anévrisme à 39 ans et il est resté 20 ans grabataire. Donc il était à la maison et les dernières années c'est moi qui l'ai pris en charge ».

Adèle

« J'ai eu une tante qui est morte d'un cancer en 1977 et qui m'a beaucoup marquée, et c'est vrai qu'elle est morte à l'hosto et parce que, le libéral ne travaillait pas comme on travaille maintenant, et je pense que ce n'était pas son souhait et cela m'a choquée quelque part, ça m'a révolté quelque part et je me suis dit que j'avais quelque chose à offrir à quelqu'un ».

Olga
père artisan, mère sans profession
frère artisan, sœur assistante sociale
époux agriculteur

« Le métier d'infirmière, c'était la passion, oui, honnêtement, la vocation. À partir de la troisième je crois, mon père a été hospitalisé et puis voila... »

Carine

« Le choix de mon métier, ça vient du fait que... nous avons vécu avec des malades, donc mon père étant paralysé, j'ai arrêté mes études en 3^{ème}, pendant 4 mois pour seconder ma mère. À ce moment-là il n'y avait pas d'aides ménagères ni rien. Comme j'ai arrêté, au niveau de 3^{ème}, j'ai arrêté un petit peu avant Noël jusqu'à son décès. Et c'est pour cela au fond que ma sœur est infirmière aussi je pense. Je pense que l'on a vécu toujours avec des malades. On a eu la grand-mère aussi à la maison pendant 2 ou 3 ans et je pense qu'il y avait en ce moment-là,

c'était des religieuses gardes malades qui assuraient les soins à domicile. Je pense que c'est ça qui m'a orientée ».

Angèle
père militaire
mère sans profession puis agent territorial spécialisé en écoles maternelles (ATSEM)
sœur infirmière
sœur conseillère en économie sociale et familiale

Au fil d'environ un entretien sur cinq, nous avons ainsi entendu la relation d'un événement vécu, souvent douloureusement, et qui, à n'en point douter aux yeux de l'intéressée, est bien pour quelque chose dans le choix du métier d'infirmière. C'est affaire de mémoire, affaire de représentation mais, pas plus d'ailleurs que pour les autres formes de récits, il ne s'agit pas de les jauger à l'aune de quelque jugement de valeur que ce soit. C'est tout simplement ainsi qu'à un moment donné l'intéressée voit les choses. Il est d'ailleurs fort possible que des circonstances particulières aient eu leur part dans le choix de l'orientation. Ce que nous voudrions souligner par contre, c'est qu'il est difficile de déterminer ce qui, dans ces récits, peut tenir plutôt d'une reconstruction, peut-être même de l'appel à des propos, des discussions, des écrits portant sur de telles rationalisations, rationalisations qui ont, semble-t-il, cours élevé dans le milieu infirmier. Il ne s'agit donc pas de dénier de telles représentations, mais de les considérer avec prudence. Chez les éducateurs spécialisés, nous avons aussi croisé de telles visions des choses, sur la proximité d'une personne handicapée cette fois. La plupart du temps, c'était un grand-parent très âgé et la situation n'avait rien d'exceptionnelle, mais le récit relatif aux raisons du choix du métier, sa « mise en drame » pour ainsi dire, s'agencait autour de cette proximité. On peut se demander s'il n'en va pas de même ici.

Sans être le lot commun, le fait d'avoir connu un événement familial grave durant son enfance et son adolescence s'avère très fréquent pour tout à chacun. Cette part était, dans l'enquête de l'Institut national d'études démographiques (INED) « Proches et parents » portant sur quelques 2 000 personnes, de 48,6 %¹²⁷. Dans près de 15 % des cas il s'agissait du décès du père, dans 8,9 % de celui la mère, dans 12,4 % de la maladie ou d'un accident grave de l'un ou de l'autre de ses parents et, autre événement qui laisse des traces, dans 13,2 % il se rapportait à une grave mésentente dans le couple ou d'un divorce. On sait combien des événements de ce type peuvent perturber des enfants et parfois ils sont la cause de déboires, d'échecs scolaires par exemple, qui autrement auraient été fort improbables. Il est donc possible qu'ils soient aussi à l'origine de quelques choix d'orientation vers les métiers du soin¹²⁸. Par contre nous nous garderons bien de franchir le pas et de voir dans le fait d'avoir vécu des situations plus ou moins dramatiques la raison majeure, sinon unique du choix du métier d'infirmière. C'est ainsi pourtant que Micheline Wenner analyse les choses, avec comme « hypothèse centrale » à la thèse qu'elle a consacrée à ce sujet : « *Ce qui préside au projet du candidat à la profession et, par là, l'organise, ce sont les phantasmes liés à la maladie, à la souffrance et à la mort* »¹²⁹. Sentiment d'impuissance face à la maladie ou à la mort d'un proche, sentiment de ne pas avoir fait assez, de ne s'être pas adonné totalement...

¹²⁷ Catherine Bonvalet, Dominique Maison, Hervé Le Bras, Lionel Charles, « Proches et parents », *Population*, n°1, 1993, p. 103.

¹²⁸ Pour être complet, signalons aussi que l'on a entendu, ici et là, la relation de rencontres précoces, en lien avec des accidents, des maladies, etc. que l'on a soi-même connus, avec des infirmières auxquelles on s'est identifié et qui ont produit l'envie de faire le même métier qu'elles.

¹²⁹ Micheline Wenner, *op. cit.* p. 58.

le faisceau des raisons amenant l'intéressée vers le métier d'infirmière aboutit, entre expiation et innocemment, selon l'auteur, à ce que « *Entrer à l'hôpital, devenir soignant(e), c'est en quelque sorte affronter sur le terrain, un ennemi que la famille a trop subi. C'est encore tenter une réparation, « de pied en cap » par un ancrage spécifique dans le milieu sanitaire et par la conquête d'une nouvelle image de soi*¹³⁰. (...) *Image de soi si fragile chez les infirmiers(ères)* »¹³¹. En filigrane à une telle grille de lecture, on peut se demander si ne se profile pas une version, à peine habillée de neuf, du paradis à gagner en portant sa croix, et le rappel donc des soubassements d'une éducation religieuse dont on ne se défait pas du jour au lendemain.

Nous avons interrogé, lors de l'enquête par questionnaire, les infirmières sur ce point précis. Environ 30 % d'entre elles ont déclaré « *avoir vécu durant leur enfance ou leur adolescence un événement particulièrement marquant sinon douloureux* ». Quelque 6,7 % d'entre elles ont déclaré que cet événement « *avait eu assurément une influence sur le choix de leur métier* », 9,4 % ont répondu aussi par l'affirmative, mais en retenant l'item « *dans une certaine mesure* ». De telles représentations ne sont donc pas rares mais paraissent sujettes à fortes variations.

- L'héritage mis à distance

Fabrice a suivi d'abord des études économiques, la série B donc, jusqu'au bac. « *Au départ c'était D mais comme je n'avais pas le niveau en maths, c'était sans grande conviction. Ensuite j'ai eu mon bac donc s'est posée la question de ce que j'allais faire, sachant que visiblement l'économie ne m'intéressait pas, je ne trouvais pas de motivation dedans, j'ai passé des concours pour des études d'architecte* ». Au bout de six mois, il décide d'arrêter : « *J'étais largué en maths, à chaque fois je n'avais même pas 2 de moyenne. (...) donc là j'ai lâché et je n'ai même pas attendu la fin de l'année. (...) Ne sachant pas quoi faire et bien, je suis allé travailler à l'usine, pour avoir mon indépendance* ». Ses parents, dit-il, ne savaient pas trop quoi lui conseiller. « *Mon père était kiné, donc il n'avait pas trop d'idées, ma mère travaille avec lui donc ils n'ont pas trop d'idées... (...) Mon père étant kiné, c'était évident, il y avait un cabinet à reprendre après, donc bon il y a un concours qui est plutôt scientifique mais bon visiblement accessible, et moi c'est quelque chose que je ne voulais absolument pas faire parce que je ne voulais pas travailler en libéral, vu la vie de famille que ça incombe, parce que c'est trop prenant. Quand vous avez un père qui bosse 12 heures par jour et 6 jours sur 7 et qu'a quoi... 4 semaines de vacances dans l'année. (...) Il n'y avait plus beaucoup de place pour le reste* ».

Inscrit dans une agence intérimaire, Fabrice travaille donc en usine, y compris « *parce qu'il y a eu une rupture avec la famille assez brutale. (...) Et c'est la période pendant laquelle je me suis demandé ce que j'allais faire et j'ai préparé le concours d'infirmier. Mes parents m'ont parlé de kiné donc du coup je me suis posé la question, et puis je me suis dit quel métier, quel métier me correspond le plus, dans quel métier je pourrais avoir le plus de liberté, dans quel métier je pourrais avoir du travail, et surtout une formation concrète ? Avoir du travail et une formation concrète et avoir la liberté dans mon travail, c'était mes critères pour choisir une formation, il n'y a pas du tout de vocation. Et donc je me suis décidé pour infirmier, je pense aussi parce que le concours était plus facile que kiné parce que moins scientifique. (...) J'ai pris cette décision tout seul. (...) J'ai passé le concours à N., j'ai passé le concours à R., j'ai passé un à F. également, et à Paris, et j'ai été pris à Paris* ».

¹³⁰ Ibid. p. 139.

¹³¹ Ibid. p. 178.

On entrevoit, en fait, un cas de figure assez fréquent chez les infirmiers, qui, pour une part conséquente d'entre eux, se sont – et ont été – d'abord dirigés vers d'autres voies. En choisissant de suivre des études d'infirmier, ils se récupèrent en quelque sorte. Faute de pouvoir devenir architecte – profession honorable pour ses parents –, faute d'avoir le niveau en mathématiques pour entrer dans une école de kinésithérapeute, et suivre les traces de son père, Fabrice opte pour un métier qui va lui permettre, comme ses parents, « d'avoir sa liberté » (il va utiliser ce terme très souvent). Il ne veut pas entendre parler du libéral... mais y arrive après 5 années en institution hospitalière. Son discours oscille entre reconnaissance de tout ce que le frayage de ses parents lui a apporté et sentiment de s'être construit tout seul, quitte à « aller travailler en usine » :

« Il y a une drôle de coïncidence, les torchons ne font pas des serviettes. Non, c'est vrai qu'on baigne dans le milieu aussi je pense que ça, c'est quand même quelque chose de rassurant pour faire les études, mine de rien ce n'était pas un monde inconnu complètement et puis mon père étant kiné, donc les amis sont souvent liés à la profession, médecin, kiné, infirmier, donc moi je côtoyais là aussi, donc j'étais aussi habitué un petit peu à un certain milieu ».

L'expression « j'ai décidé tout seul » n'est que l'un des propos renvoyant à cette maîtrise annoncée de ses choix. Ainsi par exemple dira t-il de son frère orthoprothésiste : « *Il est plus jeune que moi, il a 5 ans de moins que moi et lui a fait un bac D et BTS, lui vraiment aiguillé par les parents* ». Ainsi va le sentiment d'avoir décidé soi-même de son destin. Ses grands parents maternels étaient commerçants, sa grand-mère paternelle était infirmière et responsable d'un dispensaire, sa tante était psychologue, son père kinésithérapeute, sa mère étant son assistante ; la voie était *a priori* bien balisée. « *J'ai toujours eu le libéral dans la tête* » dira t-il en fin d'entretien. On le croit volontiers.

On retrouve ce type de récits assez ambivalents chez la moitié environ des enfants dont les parents exercent une profession de santé. La mise à distance de l'héritage est toutefois plus flagrante chez les infirmiers que chez les infirmières. Nous y reviendrons quelque peu quand nous nous pencherons spécifiquement sur les hommes devenus infirmiers libéraux, qui assurément sont des « gens à histoire ».

Appel à des circonstances fortuites, influence déterminante d'un intercesseur, aspiration plus ou moins ineffable, relation d'événements dramatiques et déterminants, prise d'héritage conjugué à la première personne... comme la couleur de la mémoire qui s'oppose au gris de l'histoire, ce sont des récits accommodés, des romans sociaux. Ils ont un rapport avec la réalité, même s'ils sont aussi des parcours de l'oubli.

Conclusion

L'étude des origines sociales des infirmières permet de saisir à la fois la diversité du milieu dont elles sont issues et les évolutions en cours. Pour autant, on en reste encore à des connaissances assez approximatives, faute d'étendre par exemple les variables au-delà de la dernière position professionnelle du père, et aussi faute de « faire travailler » ces variables, de les croiser, de les décliner finement... de les problématiser tout simplement. Aux yeux de certains, dans le champ de la santé, l'approche des groupes professionnels par les origines sociales, les trajectoires, les carrières, etc. est désormais à la fois un peu trop classique et un

peu lisse aussi¹³². Force est pourtant de constater que, sur ce terrain, il y a encore bien des lacunes à combler dans la connaissance que l'on peut avoir des gens de métier.

Nous nous sommes efforcés ici de préciser les contours des origines sociales des infirmières libérales. Dans tous les cas, et quelles que soit les variables retenues, bien des questions demeurent en suspens, faute de pouvoir notamment mettre en perspective les connaissances que l'on a désormais sur ces infirmières libérales et celles portant sur les infirmières hospitalières, à propos desquelles on connaît finalement assez peu de choses sur ce qui a trait à leurs origines sociales et aux inflexions familiales.

Nous nous sommes ensuite intéressés à ce que l'on pourrait appeler « l'identité héritée » de ces infirmières libérales et aux différents versants de cet héritage culturel qu'elles ont *de facto* endossé. Il en ressort que la famille, dans toute sa géométrie, dispose de bien des ressources pour transmettre le cœur même de son *status*. C'est souvent affaire d'économie cachée, souterraine, implicite mais pour autant singulièrement efficace.

Inévitablement les regards se tournent d'abord vers les parents, et il est vrai qu'ils jouent un rôle de premier plan. Cependant, la dynamique fraternelle compte elle aussi (surtout quand on est célibataire¹³³...). Un subtil équilibre préside aux relations entre frères et sœurs et, plus qu'une obligation statutaire, elles sont régies par le choix et l'intérêt ; et des intérêts il y en a assurément en matière de socialisation professionnelle. Bien que non exempte de tensions, les liens de solidarité familiale débordent même les relations de germanité. Deux cercles périphériques, celui de la parentèle et des affins méritaient aussi d'être investis.

Qu'est ce qui alors est passé ainsi au fil de ces relations qui comptent ? Par bribes, nous nous sommes efforcés de glisser en quoi ce fut affaire de soutien explicite sans nul doute, mais plus fondamentalement peut-être, affaire d'inculcation de valeurs, et ce, pour une large part, inconsciemment. Au-delà de compétences techniques évidentes, les qualités attendues des infirmières libérales, en matière de capacités à produire des symboles, à faire circuler des sentiments, etc. renvoient à des ressources morales, à des valeurs incorporées, et d'autant mieux fondées qu'elles s'enracinent dans la socialisation primaire. Il n'est pas certain qu'en la matière beaucoup d'infirmières libérales prennent la mesure de leur héritage. Les variations du roman social qu'elles livrent volontiers, pour classique qu'en soit la trame, tendent plutôt à accommoder à la première personne du singulier les raisons de leur arrivée dans le métier.

Reste qu'on ne soulignera jamais assez en quoi ce ne sont que des tendances qui, ici, ont été déclinées. Il ne s'agirait pas de céder au mirage des chiffres ou à l'abondance des illustrations. Le langage de la règle est le refuge de l'ignorance. Les variables visitées n'expliquent pas tout, loin s'en faut bien évidemment et, de ce point de vue, on n'est pas au bout de nos peines dans la compréhension raisonnée des trajectoires menant des infirmières vers l'exercice libéral.

¹³² Voir par exemple Catherine Paradeise, « Conclusion scientifique du colloque « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *La Lettre de la MiRe*, n° 7 2005, p. 19.

¹³³ Voir Emmanuelle Crenner, Jean-Hugues Déchaux, Nicolas Herpin, « 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.

22. Les parcours scolaires et de formation

221. Les trajectoires scolaires

L'école occupe aujourd'hui, en France, une place toute particulière. Héritière d'une institution au cœur de l'affirmation républicaine, quand il s'est agi de faire nation et de lutter contre les velléités de retour à l'ordre ancien, elle cristallise toujours nombre d'enjeux qui dépassent largement la seule dispense de savoirs et de compétences. On lui fait endosser ainsi bien des responsabilités, on la missionne pour résoudre bien des problèmes sociaux qui vont assurément au-delà de ce qu'elle est en mesure de réaliser. On l'accuse aussi de tous les maux, en matière par exemple de production des inégalités sociales, alors qu'elle entérine plus qu'elle ne génère. Dans tous les cas, elle est au centre des préoccupations de tous les parents – quasiment sans exception, quoi qu'on en dise – soucieux de la réussite scolaire de leurs enfants, inquiets à la première bévue. En effet, dans un contexte socioéconomique très perturbé, il apparaît essentiel de faire son enfant tirer son épingle du jeu et de faire en sorte qu'il pousse le plus loin possible sa scolarité. Un redoublement précoce, des difficultés qui s'accumulent peuvent être autant de signes avant-coureurs d'une scolarité au fil de laquelle il va falloir en rabattre, revoir ses prétentions, renoncer à ses désirs, à ses projets professionnels. Désormais tout ou presque, en matière d'avenir, semble se jouer au sein de cette institution scolaire qui tranche souverainement entre ceux et celles pour lesquels l'horizon sera dégagé et les autres qui seront toujours à la peine.

L'image de soi, le sentiment de valoir aux yeux des autres, l'assurance dont on fait preuve... à bien des égards l'école aura marqué de son sceau la construction identitaire de générations d'élèves qui ont été appelées à fréquenter durablement ses bancs et à prendre la mesure de l'étendue du jugement scolaire. Sans doute que tout cela est bien connu, tant, en sociologie notamment, d'Émile Durkheim à Pierre Bourdieu, les plus éminents chercheurs se sont penchés avec acuité sur ce sujet. Il n'est pas inutile de le rappeler cependant. En effet, on ne comprendrait rien à la manière dont les infirmiers et les infirmières que nous avons interrogés ont répondu à nos questions si on oubliait qu'il s'agit là d'un sujet qui reste des plus sensibles. Dans les souvenirs qu'ils ont convoqués, dans la relation de leur rapport à la scolarité qu'ils nous ont livrée, peut se lire l'impact de cette école dont ils sont tous redevables, mais au sein de laquelle beaucoup d'entre eux ont connu un certain désarroi. Rares en tous les cas sont ceux et celles qui en parlent sereinement, pour qui tout s'est déroulé sans embûches, sans anicroches, de manière à la fois linéaire, prévisible et assurée ; qui, en somme, n'ont rien à dire de particulier sur ce sujet. De fait, à une échelle fort modeste pourtant, se donne à entendre cette place omnipotente de la scolarité, parlée ici en terme de « diplômosclérose »¹³⁴, là de « désillusions de la méritocratie »¹³⁵. Ce n'est donc que très rarement que les personnes sollicitées n'ont pas mêlé description et jugement, rappel des faits et appréciations *a posteriori*. Ainsi par exemple – mais nous y reviendrons à entendre ceux et celles qui ont poussé leurs feux jusqu'aux études de médecine, la plupart y était inscrit sans avoir envisagé une seule seconde de réussir l'examen de fin de première année. Tantôt c'était pour ne pas perdre son temps au sortir du bac, tantôt par simple curiosité intellectuelle sinon par hasard, ou encore pour préparer d'emblée l'examen d'entrée dans une école d'infirmières et rien d'autre. On pourrait à l'envi multiplier les exemples de ces reconstructions où, en

¹³⁴ Michel Godet, *Le Grand mensonge*, Paris, Fixot, 1994.

¹³⁵ Marie Duru-Bellat, *L'Inflation scolaire*, Paris, Le Seuil, 2006.

quelque sorte, on reprend la main et où on se représente maître des événements, et ce, d'autant plus, quand ils paraissent avoir été douloureusement vécus.

Les hommes et les femmes qui ont choisi la carrière libérale n'ont pourtant pas été spécialement de mauvais élèves, même s'ils n'ont pas excellé au regard des critères – éminemment sociaux, faut-il le rappeler – du jugement scolaire. Il n'empêche ; restent assez souvent des frustrations, un sentiment diffus d'avoir été bridé à tel ou tel moment de son parcours. Auraient-ils voulu faire autre chose si leurs résultats avaient été meilleurs ? La réponse ne peut, on s'en doute, qu'être nuancée pour ce qui concerne les infirmières libérales. N'a-t-on pas entendu d'ailleurs les récits de destins tracés et assumés, de choix précoces jamais démentis ? Du côté des hommes par contre, le doute ne semble pas permis. Il s'agit, la plupart du temps, d'un choix de recours, à la suite notamment d'une scolarité qui n'a pas tenu toutes ses promesses et à l'égard de laquelle on cultive encore et toujours quelque amertume.

Qu'en est-il précisément alors de la scolarité des infirmières libérales (au sens générique du terme) ? Avant tout, il convient de rappeler en quoi on a affaire à des professionnelles qui ont des âges très différents les unes des autres, et qui ont donc connu des états du marché scolaire, des enseignements dispensés, des possibilités d'orientation offertes, etc. très différents également, et ce parfois à peu d'années d'écart. De la même manière, le niveau exigé pour postuler au concours d'entrée en école d'infirmières (concours qui, d'ailleurs, n'a pas toujours existé) a évolué au fil des différentes réformes¹³⁶, et concomitamment le niveau scolaire de celles qui y ont pris pied. On se remémorera aussi le fait que seulement 8 % environ de ces infirmières libérales ont moins de 30 ans et que l'on ne peut pas relever les évolutions les plus récentes, pour ce qui est du recrutement des IFSI – nous pensons par exemple à la très nette montée en puissance des étudiantes issues de la filière SMS (ex F8) au cours des toutes dernières années – .

Compte tenu de leur âge, le fait d'avoir interrompu leurs études en troisième ou d'être titulaire d'un bac ne prend pas du tout le même sens. En 1960, obtenir le Brevet était une consécration mais aussi le signal d'une entrée rapide et *a priori* sans difficultés sur le marché du travail. Seuls 80 710 jeunes se présentaient alors au bac. En 2003 ils étaient 627 520. À 2,5 % près, les résultats sont les mêmes (respectivement 73,5 % et 76 % de reçus), mais ils ne prennent pas du tout le même sens, on s'en doute. Entre temps, bien entendu, il y a eu la poussée scolaire consécutive au baby-boom, mais aussi, toujours d'actualité, l'extrême diversification des filières et des formations, qui aboutit à constamment dévaluer la valeur d'un titre donné, à faire et à défaire sans cesse la hiérarchie des cursus et des certifications. Une accélération de ce processus est à l'œuvre depuis une vingtaine d'années, et les plus jeunes infirmières libérales ont connu cette nécessité impérieuse de pousser leurs études jusqu'au bac, tout en sachant qu'il n'était en rien une consécration ; tout juste un passeport pour la prolongation possible de leur trajectoire scolaire au-delà du lycée. « Avec 400 000 lycéens de plus entre 1986 et 1991, les effectifs nationaux ont augmenté en cinq ans autant qu'ils l'avaient fait lors des 15 dernières années » fait remarquer Bernard Convert¹³⁷. Et ce

¹³⁶ Depuis 1983, le baccalauréat est exigé comme diplôme d'entrée à l'IFSI. Avant cette date, le recrutement des élèves s'effectuait sur concours, sans condition de titre pour s'y présenter (la possession du baccalauréat dispensait néanmoins d'une partie des épreuves de sélection). Au cours de cette période, les conditions minimales pour entrer à l'école d'infirmière étaient fixées par un décret datant de 1975 qui précisait qu'il fallait avoir suivi 10 années d'enseignement général.

¹³⁷ Bernard Convert, *Une quelconque hiérarchie des formations*, Doc. Ifrés, CNRS, 1998, p. 6.

n'est là qu'un indicateur, parmi d'autres, de cette incontestable démocratisation quantitative qui, bien qu'éloignée de l'objectif de porter 80 % d'une génération au niveau du bac, avait déjà vu, par exemple, le taux de bacheliers doubler entre 1965 et 1975. Aujourd'hui, on le sait, c'est l'université qui est touchée par ce phénomène de massification, avec tous les problèmes que cela pose dès lors que nombre d'étudiants y viennent par défaut.

À un autre niveau, la recomposition permanente du paysage des filières, des options, et, par la même, de la cote de telle ou telle voie, de tel ou tel bac requiert bien des prudences quant à juger la valeur d'un titre par rapport à un autre, sans le contextualiser. Ce n'était pas rien, dans les années 1960, d'aller jusqu'à ce que l'on appelait une troisième spéciale (une année supplémentaire, au-delà de la classe de troisième). Certaines infirmières libérales, que nous avons interrogées, ont ainsi fréquenté de telles classes, héritières des Écoles primaires supérieures (EPS), qui préparaient explicitement aux différents concours d'une fonction publique en plein essor. Durablement existera des classes de ce type, tournées vers la préparation à l'entrée en école d'infirmières.

Sans prétendre rivaliser avec les voies royales des séries « philo » et « maths élem », accéder, à la même époque, à la filière « sciences ex » (créée en 1941, dans le cadre de la réforme dite « Carcopino »), relevait tout de même de l'exploit, quand on était issu d'un milieu modeste. Bientôt on parlera des séries A, B, C et D (cette dernière étant appelée série M jusqu'en 1952). Là encore la hiérarchie évoluera au fil des années. Le bac A, voie d'excellence choisie par ceux et celles qui « faisaient leurs humanités » sera peu à peu détrôné par un bac C, consacrant ainsi la suprématie, non démentie depuis, des mathématiques. Au fil des constats et des analyses, nous reviendrons sur la filière D, envers féminin en quelque sorte du bac C, et prisée par bien des infirmières libérales. Nous avons aussi croisé des titulaires des bacs technologiques, dont les premières promotions sont sorties en 1970. Issues essentiellement du bac F8, elles sont régulièrement perçues comme le fruit d'un « *phénomène de translation – ou de glissement ascendant – amenant dans les écoles d'infirmières un nouveau public qui arrêta sa scolarité dans les années précédentes au niveau du BEP* »¹³⁸. Pour notre part, nous serions volontiers un peu plus réservés sur une telle appréhension des choses.

La rénovation pédagogique des lycées, entrée en application à la rentrée 1992 (avec la délivrance des « nouveaux bacs » en 1995) a visé explicitement à égaliser le prestige des baccalauréats généraux. La plupart du temps, on considère que le bac L correspond à l'ancienne section A, le bac ES à l'ancienne section B et enfin le bac S aux anciennes sections C, D et E. Là encore il faudrait sans doute y regarder de plus près. Cette énième réforme, qui n'a d'ailleurs en aucune façon détrôné le prestige du bac S, a-t-elle fait glisser les homologues des élèves qui choisissaient le bac D vers ce bac S, filière « biologie » notamment ? Là encore il nous paraît hâtif de penser stricte équivalence. Nous nous en expliquerons. Dans tous les cas, la prudence est de mise, on l'aura compris, dès lors qu'il va s'agir d'analyser les trajectoires scolaires des infirmières libérales.

Qu'elles soient issues de milieux dits « traditionnels », des classes populaires ou de la classe moyenne, elles ont, dans l'ensemble, connu une scolarité plutôt honorable, compte tenu de leurs origines sociales, principale variable déterminante de la réussite scolaire, faut-il le rappeler. Régulièrement toutefois, c'est au prix de quelques difficultés qu'elles sont

¹³⁸ Isabelle Féroni, « *Les infirmières hospitalières...* », *op. cit.* p. 185.

parvenues à se hisser au niveau du bac. Il y a là un indice d'une pression de parents misant sur la réussite scolaire de leurs enfants pour assurer un avenir sur lequel ils ont souvent eu le sentiment d'avoir eux-mêmes peu de prise.

« Je voulais faire un bac de secrétaire médicale, F8, et j'avais des problèmes en maths. On m'a dit qu'à cause des maths je ne pouvais pas y aller. J'ai fait 1^{ère} et terminale G1. (...) À l'époque, quand on avait le bac, il n'y avait que la moitié du concours (d'entrée en IFSI) à passer. Il n'y avait pas tout ce qui était chimie. Heureusement, parce que sinon, c'est ça qui m'aurait perdue. (...) Mon père était très content, très fier. Je suis la seule qui ait fait des études. »

Marguerite
Parents agriculteurs

À l'aune de la dernière classe fréquentée, environ 73 % des infirmières libérales, si on se base sur les enseignements de notre enquête par questionnaire, ont été jusqu'en terminale.

Niveau d'études atteint par les infirmières libérales selon leur âge (en %)

	Non réponse	Avant la quatrième	Quatrième	Troisième	Seconde	Première	Terminale
61 ans et plus (n = 24)	16,7	0	0	4,2	20,8	12,5	45,8
51 à 60 ans (n= 173)	4,7	0,6	1,2	8,7	27,3	20,3	37,2
41 à 50 ans (n=380)	3,2	0,5	0	4,3	11,5	10,4	70,1
31 à 40 ans (n=384)	2,4	0	0	1,3	2,4	2,6	91,3
Moins de 30 ans (n= 26)	0	0	0	0	3,8 ¹³⁹	0	96,2

Sans surprise, on constate un lien très net entre l'âge et le niveau atteint ; la différence étant marquante entre les générations des moins et des plus de 50 ans¹⁴⁰. Sur les quelques 120 infirmières auprès desquelles nous nous sommes directement entretenus, le taux de celles ayant été jusqu'en terminale est un peu plus élevé : près de 79 %. L'écart provient sans doute des difficultés qu'a éprouvées une part de celles qui ont répondu au questionnaire, à mettre en équivalence de niveau, telle ou telle formation particulière qu'elles ont pu suivre.

Environ 60 % des infirmières libérales ont redoublé au moins une classe au cours de leur scolarité primaire et secondaire.

¹³⁹ Ces jeunes infirmières qui ont interrompu leurs études en seconde sont très probablement des aides soignantes qui ont poursuivi ensuite leur formation.

¹⁴⁰ A la rentrée 1980, 45 % des entrants en IFSI sont bacheliers. Ils proviennent, note Brigitte Bon-Saliba, pour la plupart des filières scientifiques. En 1984, ces bacheliers scientifiques ne représentent plus que 35 % des effectifs, contre 16,4 % pour les bacheliers littéraires. En 1980 les élèves issus des filières technologiques représentent 18,7 % de l'ensemble. En 1990 leur proportion a déjà doublé. Brigitte Bon-Saliba, « Le temps de la reconnaissance », *op. cit.* pp. 104-105. Voir aussi Hugues Bernard Du Haut Cilly, François Delaporte et Jacqueline Gottely, « Les infirmiers diplômés d'Etat, formation et emploi : un équilibre fragile », *Solidarité-santé. Études statistiques*, n°3, 1991 et François Delaporte, « La formation aux professions de santé en 1997-1998 », *Documents statistiques*, SESI, Ministère de la santé, n°313, 1998, p. 80. Voir, pour les données les plus récentes concernant notamment la répartition par type de bacs, Rémy Marquier, « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 », *op. cit.*, p. 9.

**Taux de redoublement des infirmières libérales et des infirmiers libéraux
durant leur scolarité primaire et secondaire (en %)**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Pas de redoublement	27,9	40,5	38,7
Un redoublement	54,4	48,7	49,5
Deux redoublements	14,0	6,9	7,7
Trois redoublements et plus	1,5	2,0	1,9
Non-réponse	2,2	1,9	2,2
Total	100,0	100,0	100,0

Une telle proportion paraît correspondre, peu ou prou, à ce que l'on connaît de la moyenne des redoublements¹⁴¹. Les écarts entre filles et garçons « à l'heure », qui ont eu tendance, selon Christian Baudelot et Roger Establet¹⁴², à se creuser au cours des vingt dernières années (passant de 3 % à 9 %), sont ici encore plus élevés. On a donc affaire à des filles qui, de ce point de vue, sont plutôt dans la moyenne et à des garçons dont on pressent qu'ils ont connu une scolarité plus heurtée. Le taux est particulièrement élevé, en toute logique, chez les infirmières libérales qui ont interrompu leur scolarité avant la terminale (30 % seulement d'élèves à l'heure parmi les élèves de niveau première par exemple). Toutefois il ne paraît pas y avoir eu de filières secondaires où les unes et les autres se seraient particulièrement distinguées. Celles qui ont opté pour le bac D sont ainsi seulement 40,7 % à ne pas avoir redoublé, loin de l'image d'excellence que l'on accole parfois à cette voie scientifique. Les écarts entre les milieux sociaux sont réputés très marqués (de l'ordre de 15 % à 20 %). Ici rien *a priori* ne s'observe véritablement de la sorte. Tout juste peut-on pointer que les enfants d'agriculteurs, mais aussi ceux issus des professions intermédiaires semblent un peu mieux tirer leur épingle du jeu.

De récents travaux¹⁴³ ont démontré en quoi le redoublement est à la fois inéquitable et inefficace ; en quoi aussi il affecte négativement la motivation et altère l'image de soi des élèves. S'il le fallait encore, maints propos entendus vont dans ce sens.

« Disons que je n'étais pas une très bonne élève. Je n'étais pas assidue. Je ne savais pas trop ce qui allait se passer. C'est vrai que... j'ai opté pour cette voie ; il y avait peut-être d'autres

¹⁴¹ 67 % des élèves entrés en sixième en 1989 ont redoublé au moins une fois du cours préparatoire à la terminale. 40 % ont redoublé une seule fois, 27 % deux fois ou plus. Il est délicat de comparer la situation des décennies précédentes, dans un état du système scolaire où la plupart des jeunes ne poussaient pas aussi loin leurs études. Voir Jean-Paul Caillé, « Le redoublement à l'école élémentaire et dans l'enseignement secondaire », *Éducation et formation*, n°69, 2004, pp. 79-82. Signalons qu'on ne peut exclure un certain écart entre les chiffres que nous avons retenus, sur la base des déclarations lors de l'enquête par questionnaire et la réalité. Lors des entretiens, à plusieurs reprises, des infirmières libérales nous ont déclaré être titulaires de tel ou tel baccalauréat, et ce n'est que lors de relances que nous avons pu relever que, si elles avaient bien été inscrites en terminale, par contre elles avaient échoué au bac ou avaient quitté l'école quelques mois avant de s'y présenter.

¹⁴² Christian Baudelot, Roger Establet, *Le Niveau monte*, Paris, Le Seuil, 1992, p. 13.

¹⁴³ Citons Jean-Jacques Paul et Thierry Troncin, « 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. Olivier Cosnefroy et Thierry Rocher, « Le redoublement au cours de la scolarité obligatoire : nouvelles analyses, mêmes constats », *Éducation et formation*, n°70, 2004, pp. 73-82.

choses qui pouvaient, qui auraient pu m'intéresser comme métier, mais qui n'étaient pas dans mon esprit à ce moment-là. (...) À l'école, j'étais plutôt du style à me mettre dans un coin et à me faire toute petite pour ne pas me faire remarquer. »

Thérèse
deux redoublements
études interrompues en seconde
parvient à entrer en IFSI à Paris (« *Parce qu'il y avait plus de possibilités* »)
après deux échecs au concours d'entrée

Il convient de souligner enfin que, contrairement aux travailleurs sociaux, mais aussi aux hommes ayant effectué – nécessairement avant 1992 – la formation particulière d'infirmier du secteur psychiatrique, nous n'avons pas beaucoup croisé d'infirmières libérales ayant assumé des responsabilités de délégués de classe, de « chefs de classe » comme on a pu le dire un temps. Nous avons eu l'occasion, ailleurs, d'analyser assez longuement le sens de tels engagements, corrélés régulièrement à une scolarité heurtée, mais permettant aux uns et aux autres de dénier l'étendue des verdicts scolaires, de signaler qu'ils étaient autre chose que leurs notes assez médiocres¹⁴⁴. Assurément, chez les éducateurs spécialisés en particulier, se donnait à lire aussi l'héritage d'une fréquente militance parentale. Présentement, chez les infirmières interrogées, de tels engagements au collège ou au lycée – qui ne sont pas du tout anodins – sont rares, et celles qui en ont fait mention seraient plutôt d'un profil particulier – proche de celui des travailleurs sociaux effectivement –. Nous les avons relevés par exemple parmi les infirmières qui sont rentrées tardivement dans les IFSI et qui, parfois, ont donné du fil à retordre aux formatrices – nous y reviendrons –. Dans l'ensemble donc, on a l'impression d'avoir à faire à des femmes qui étaient assez introverties sur les bancs de l'école, ou, en tous les cas, assez peu revendicatives et, aujourd'hui encore, peu lucides sur les enjeux et les critiques que l'on peut adresser à l'école, en termes de violence symbolique, etc. Dans l'ensemble donc, elles seraient assez proches de Thérèse, qui « *se faisait toute petite pour ne pas se faire remarquer* ».

Des ambitions souvent mesurées, parfois contrariées

La relative dispersion des filières empruntées et des diplômes obtenus en fin de cycle secondaire est notable, même si les voies d'accès qui paraissent les plus naturelles, la filière D voire la filière F8, ont été assez prisées.

¹⁴⁴ Alain Vilbrod, *Devenir éducateur...*, op. cit., pp. 233-238.

**Diplôme le plus élevé des infirmières et infirmiers interrogés
Par questionnaire ou entretiens (en %)**

	Hommes n= 160 (14,3 %)	Femmes N = 960 (85,7 %)	Ensemble
Non-réponse	19,5	13,5	14,3
CEP	2,0	0,5	0,7
BEPC	16,9	15,4	15,5
CAP - BEP	0,0	3,3	2,8
Brevet Professionnel	1,0	0,2	0,2
Bac (sans précision)	5,0	4,6	4,4
Bac professionnel	0,1	0,1	0,1
Bac A	10,0	14,4	13,6
Bac B	6,9	8,9	8,6
Bac C	6,4	5,1	5,2
Bac D	23,1	20,7	21,1
Bacs G	0,1	2,7	2,3
Bacs F (sauf F 8)	7,5	0,9	1,9
Bac F 8	1,9	9,5	9,1
BTA - BTH	0,0	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0

Il ne semble pas y avoir de cheminement type menant aux études d'infirmières et débouchant sur la pratique libérale. Il est toutefois possible de passer en revue les principales filières que les unes et les autres ont empruntées, à savoir une scolarité courte, la préparation, aboutie ou non, d'un bac A, B, D ou encore F8.

Une scolarité courte débouchant sur des classes spéciales de préparation au concours d'entrée en IFSI

Environ 20 % des infirmières libérales ne possèdent pas le baccalauréat. Le diplôme le plus élevé dont elles font mention (Brevet, BEPC, etc.) peut toutefois induire en erreur. En effet, une part non négligeable d'entre elles s'est orientée ensuite vers des classes préparant spécialement au concours d'entrée en école d'infirmières, mais effectivement non sanctionnées par un diplôme particulier.

« À l'époque, on n'avait pas besoin du bac. Après la troisième, on pouvait envisager de faire une préparation à l'école d'infirmières pour le concours d'entrée. C'est ce que j'ai fait. »

Georgette

« Je voulais faire F8, et il n'y avait pas de suivi scolaire, parce que mes parents déménageaient souvent. Des petites difficultés scolaires. Donc BEP sanitaire et social, puis une tentative de reprendre le bac. J'ai fait une préparation pour rentrer en 1^{ère} d'adaptation et en même temps, j'ai raté le concours d'infirmières d'un demi point, donc j'ai fait une autre préparation. »

Véronique

« J'ai d'abord fait un parcours normal. J'ai appris à lire, à écrire, impeccable, sans souci et puis une école privée avec une instit avec qui on ne fait rien, mais alors, du point de vue scolaire, zéro. J'ai eu mon brevet à 17 ans. Et donc après, j'ai fait une seconde spéciale qui préparait au concours d'entrée à l'école d'infirmières. (...) Il y avait des filles de tout niveau car certaines n'avaient pas leur certificat d'études. Parce que, pour rentrer en école d'infirmières, à cette époque, c'était basé, il y avait quand même une rédaction, on appelait ça à l'époque, et les maths ce n'était ni l'algèbre ni la géométrie. Ce qu'on nous demandait c'était complètement différent. »

Jacqueline

Classe de troisième spéciale, classe spéciale de seconde, classe annexée à une école d'infirmières, sans oublier les BEP sanitaire et social ; toutes ces voies puisent largement dans le dessein de Camille Sée qui, dès 1880, avait mis en place les fondements d'un enseignement secondaire spécifiquement réservé aux filles, qu'il fallait avant tout « arracher aux genoux de l'Église »¹⁴⁵.

« Il n'y a aucune parité à établir entre des écoles qui sont d'une nature toute différente et qui ne répondent pas aux mêmes besoins. En effet, les écoles primaires supérieures sont destinées aux filles d'ouvriers auxquelles elles doivent assurer une instruction primaire plus complète que celles qu'elles auraient pu puiser dans l'élémentaire. Quant aux autres établissements, ils s'adressent aux filles de la bourgeoisie et des classes aisées en leur procurant le bienfait inappréciable d'une instruction vraiment digne de ce nom parce qu'elle fera à la raison la large part qui doit lui appartenir dans l'éducation de la femme. » Ce discours inaugural d'une EPS¹⁴⁶ rappelle l'héritage des classes spéciales des Cours complémentaires par lesquelles nombre d'infirmières libérales les plus âgées sont passées. Il s'est toujours agi de préparer à un métier mais aussi d'inculquer aux jeunes filles de solides principes moraux. Dès le départ, la puériculture était au programme mais ce n'est que peu à peu que les formations, d'abord tournées vers la couture, le commerce, etc. vont s'orienter vers les carrières sanitaires. Parfois adossée à une école d'infirmières, dans l'enceinte même d'un hôpital, il est parfois difficile, pour celles qui en ont témoigné, de préciser à quel moment exactement a débuté leur formation d'infirmières proprement dite, tant l'intégration (uniformes, stages, etc.) démarrait précocement. De fait, si l'on en juge par les entretiens réalisés, on a affaire à des femmes dont les parents, issus de milieu modeste, voyaient volontiers leurs filles préparer un métier féminin, bien utile y compris pour quand elles seraient mères de famille.

¹⁴⁵ Christian Baudelot, Roger Establet, *Le Niveau monte*, op. cit., p. 20.

¹⁴⁶ Frédéric Petit, cité par Claude Lelièvre, *Histoire de la scolarisation des filles*, Paris, Nathan, 1991, p. 141.

« J'ai eu un parcours très chaotique. J'ai été malade pendant presque deux ans, ce qui fait que j'ai raté les sixièmes et j'ai fait un petit parcours jusqu'à 14 ans, jusqu'au certificat d'études. Juste cette année-là, se créaient les 5^{ème} spéciales. J'y suis rentrée et j'ai fait le parcours 4^{ème}, 3^{ème}. À l'époque il y avait des 3^{ème} spéciales qui préparaient donc les filles qui étaient rentrées vers 14, 15 ans. On avait des cours complémentaires. Celles qui voulaient ; et donc j'ai passé le concours d'entrée à l'école d'infirmières. À l'époque j'avais 16 ans. »

Yvonne
55 ans

L'indétermination des titulaires d'un bac A

Héritière des classes où s'enseignaient tout ce qui représentait l'excellence scolaire, à savoir la philosophie, les lettres classiques mais aussi les indépassables langues anciennes, la filière littéraire a été peu à peu détrônée par les mathématiques au sein de la hiérarchie des filières. De fait, elle a perdu de son aura au fil des années 1960 et 1970, y compris au bénéfice du bac B devenu depuis 1992 le bac ES. Si, en son sein, l'apprentissage de langues tels que le latin ou le grec ont constitué encore des îlots d'excellence durant les années 1980, d'autres spécialités, comme « art » ou « trois langues vivantes » ont attiré (voire attire toujours) vers le bac A un public, féminin notamment, dont les performances scolaires étaient très moyennes et dont l'origine sociale se révèle très proche de celles fréquentant les filières G, aujourd'hui STT. À côté des études littéraires et du droit, on sait que les filles issues du bac A se sont dirigées assez souvent vers les professions sociales. On peut voir que les études d'infirmières ont été aussi assez prisées. Quelles sont donc les raisons susceptibles d'expliquer une telle orientation, *a priori* assez éloignée des métiers du secteur sanitaire ?

Une seule des infirmières libérales titulaires de ce bac A, auprès desquelles nous nous sommes entretenus, a suivi des enseignements aux langues anciennes. C'est donc vers d'autres options que se sont tournées les autres. Il est possible que leurs parents soient restés avec l'image du bac (« le » bac) par excellence, au moment où les mieux informés (et donc souvent issus d'autres milieux sociaux) détournaient leurs enfants d'une telle orientation, au profit du bac C notamment (« les bacs »)¹⁴⁷. En effet, ce sont parmi les infirmières arrivant au lycée dans les années 1965-1975 que les titulaires de ce bac A sont les plus représentées, or c'est durant cette décennie justement que le basculement de la cote des baccalauréats a été le plus fort. Les quelques infirmières qui peuvent se prévaloir de ce bac, et qui sont plus âgées, sont issues d'un milieu social bien plus aisé (et elles sont très minoritaires parmi les infirmières libérales, comme on a pu déjà le constater). Dans tous les cas, la motivation pour les études secondaires de celles qui ont emprunté cette filière apparaît souvent très relative.

« Je ne pensais pas du tout être infirmière. Ce n'était pas... Et puis bon, j'ai travaillé en usine et j'ai vu ce que c'était. J'ai tenté l'école d'assistantes sociales et des écoles d'infirmières. Ma mère m'a poussée un peu, c'est un métier féminin. Et voilà, j'ai tenté ces écoles. C'est un peu par hasard, parce que ce n'est pas du tout ce que je voulais faire. Je voulais plutôt un métier artisanal, travailler avec les mains, artistique. »

Sylvie

¹⁴⁷ « Mes parents, ils sont ouvriers. Ils ne savaient pas tous les bacs. Il ne pouvaient pas m'en parler en fait » dit Karine. De fait, bien des familles, éloignées socialement de l'École, ne sont pas au courant des changements dans la cote des différentes filières, des différents bacs et restent dans l'idée notamment qu'il y a un seul bac qui compte, le bac A ou bien que tous les bacs se valent, sans percevoir sa relative dévaluation au profit des filières valorisant les mathématiques.

« Le bac A, c'est parce que je n'étais pas doué en mathématiques, donc je me suis dirigé vers le littéraire. (...) Les études longues, cela ne me passionnait pas, j'avais envie de rentrer dans la vie active. »

Michel

Indéterminées, ballottées, elles (et ils) paraissent être dans cette filière par défaut ou, en tous les cas, sans motivation forte. Très souvent elles ont redoublé au collège et ont reporté année après année le moment de choisir. Peu d'entre elles expriment un choix précoce pour le métier d'infirmière.

« Avant, j'ai redoublé ma troisième et quand j'ai passé mon bac, j'étais comme beaucoup de jeunes, une espèce de flottement, à ne pas savoir où tu vas. »

Claire

« J'ai eu mon bac en 1968. Donc à cette époque-là, il y avait des filles qui continuaient, mais beaucoup ont fait institutrice, des choses comme ça. (...) En terminale il faut choisir quelque chose, mais moi je ne me voyais pas aller en fac. J'ai redoublé ma cinquième et je n'ai pas eu mon bac, et je n'y ai pas été deux fois parce que j'étais prise à l'école d'infirmières, je rentrais directement. »¹⁴⁸

Léa

« Moi, c'est le hasard ; complètement le hasard. Après mon bac, je devais rentrer en fac de Lettres, parce que j'avais passé un bac philo. J'avais pensé aussi au droit. Et puis, j'ai passé mon bac, j'étais une bonne élève ; donc la fac des Lettres. Je devais rentrer en septembre, et puis, j'ai trouvé un emploi, tout à fait par hasard, pour me faire de l'argent de poche. Ça n'a pas tellement plu à mes parents que j'ai décrété que je ne rentrais plus à la fac. »

Apolline

Ce qui vaut pour les filles vaut également pour les garçons. Eux aussi étaient assez indéterminés et se sont (ou ont été) orientés vers le bac A, sans grande motivation, ou sans se rendre compte qu'il était désormais bien dévalué sur l'échelle des filières d'excellence, par exemple pour prétendre réussir en médecine.

« Sixième, cinquième, quatrième, troisième, seconde... seconde littéraire, parce que j'étais nul en maths, et puis, parce qu'il paraît que j'étais bon. Ouais, première, et j'ai redoublé une quatrième, si je me souviens bien. Première puis terminale. Je me suis barré au bout de six mois. Une envie de large. J'ai fait deux trimestres et je suis parti à l'armée. »

Maxime

« J'ai un bac A, trois langues, anglais, allemand, polonais. Mon père m'avait dit "fais comme un de tes oncles, deviens médecin si tu peux". Parce que, en général, les polonais, c'est 1^{ère} génération mineur, 2^{ème} instit, 3^{ème} médecin. Donc, je me suis dit pourquoi pas. J'ai fait deux premières années et je me suis lamentablement planté. J'ai bossé quand même. Après, j'ai

¹⁴⁸ Nous avons régulièrement entendu des propos qui, ainsi, laisse à penser dans un premier temps que notre interlocutrice a son bac, alors que, par la suite, on apprend qu'elle a échoué ou qu'elle a interrompu ses études peu de temps avant de s'y présenter.

tenté kiné. D'abord, je me suis fait réformé et j'ai fêté pendant un an ma réforme. J'ai décompressé pendant deux années. Ensuite je me suis dit qu'il fallait faire quelque chose. J'ai repassé le concours général pour infirmier. »

Alain
père mineur d'origine polonaise

Soulignons – on n'y reviendra pas – que la quasi-totalité des femmes et des hommes que nous avons interrogés rationalisent les causes de leurs difficultés dans un récit à la première personne ; évoquant, qui des événements interférents, qui des circonstances particulières qui ont contrarié leur scolarité, voire retournent contre eux-mêmes les raisons de leurs tourments. Quasiment jamais ne pointe une lucidité sur les mécanismes sociaux qui aboutissent à rejeter ceux et celles qui sont socialement éloignés de la culture scolaire et de tout ce que l'école exige sans vraiment l'enseigner (rapport au temps, autonomie, formes langagières, etc.). On sait combien les différents acteurs de l'institution scolaire tendent volontiers à externaliser les raisons de l'échec des élèves (en impliquant les parents qui démissionnent, etc.)¹⁴⁹. De fait, la plupart des infirmières libérales, des infirmiers libéraux, continuent à penser que, s'il y a eu bévue, la faute leur incombe (y compris des échecs à des concours, régulièrement « à quelques points près »...), ou bien qu'il y a eu comme un destin sur lequel il n'avait pas prise (« *On m'a mis* », « *Et un jour j'ai appris que* », etc.). Quand on est fils de mineur et titulaire d'un bac A ; même en travaillant, les chances d'obtenir le concours de fin de première année de médecine sont très minces...

Le bac B, une filière refuge

*« Dans le discours des chefs d'établissements, bien placés pour observer en pratique l'état de la concurrence entre séries, la filière économique et sociale apparaît encore, parmi les séries générales, comme une filière "par défaut". Dans les lycées où il n'y a que des séries générales, c'est la plus difficile à "remplir"; dans les lycées où coexistent filières générales et filières techniques tertiaires, c'est souvent l'alternative possible à l'orientation en classes de STT. »*¹⁵⁰

À entendre les infirmières libérales qui se sont orientées vers le bac B, elles étaient bien souvent indéterminées sur la suite et sur les débouchés à en attendre. C'est au sortir de la terminale qu'une réorientation s'imposait, compte tenu d'un investissement scolaire très relatif et d'un faible intérêt pour les prolongements possibles, à l'université par exemple.

« Pour moi c'est un bac B et après je ne me voyais pas aller en fac, parce que je me connaissais, je n'allais rien faire, et en plus il n'y avait rien qui m'intéressait vraiment. Donc j'ai tenté le concours d'infirmière. (...) Mes parents étaient contents, ils m'ont poussée. »

Laure

Élèves assez moyennes (57 % ont redoublé au cours de leur scolarité¹⁵¹), mais issues d'un milieu plus aisé que la plupart des infirmières libérales, elles ne paraissent pas vraiment avoir été partie prenante du choix d'une telle filière, et on devine en filigrane à nombre de

¹⁴⁹ Voir par exemple Nadine Esquieu, « Être professeur en lycée et collège en 2002 », *Note d'information*, DEP, Ministère de l'Éducation nationale, n° 03-37, 2003.

¹⁵⁰ Bernard Convert, *Une Quelconque hiérarchie des formations*, op. cit. p. 55.

¹⁵¹ A titre de comparaison, en 1987, environ 43 % des élèves se présentant au bac B avaient un an ou plus de retard.

leurs propos, des intentions parentales à ce que, au moins, elles aillent vers un bac général. Encouragées par des parents qui n'avaient pas de desseins particuliers (ou qui y avaient renoncés) quant à les voir s'inscrire dans des études longues à la suite de l'obtention de ce bac (où il n'y a pas eu beaucoup d'échecs chez les infirmières interrogées), elles ont souvent tenté plusieurs concours.

« J'ai fait un bac B, sciences économiques, ça n'a rien à voir. Et puis, comme le droit ça ne me plaisait pas, du coup j'ai fait ça et j'ai été reçue. J'ai tenté aussi instit' et assistante sociale, le cursus classique quand on ne sait pas trop, à l'époque. »

Sabine

Souvent, la filière B apparaît donc comme un choix de recours, une façon d'éviter un déclassement, voire, comme pour les titulaires du bac A, le signe d'une relative indétermination sur ce que pourra être l'avenir.

« J'ai un bac B. En fait, il y a eu plein de parcours au niveau de l'orientation. Au départ, je voulais un bac agricole, D', mais, à partir du moment où tes parents n'étaient pas agriculteurs, ton dossier était écarté. Ensuite avec les secondes T3 qui étaient communes : physique, chimie, biologie, j'ai fait cette seconde pour faire de la biologie. Et en fait, dans mon lycée, la 1^{ère} n'était que chimie, donc à partir de là, j'ai demandé à redoubler pour changer d'orientation, parce que la chimie ne m'intéressait pas. Donc une seconde AB, et après, ça te faisait les bacs économique et social et comptabilité-gestion. »

Constance

On retrouve une fois encore Fabrice, ce fils de kinésithérapeute, qui *« a toujours eu le libéral dans la tête »*. Là aussi, il s'agit très clairement d'une orientation par défaut. Il est amené alors à côtoyer des élèves de filières techniques, qui ne sont pas vraiment issus du même milieu que lui, puisque régulièrement les classes de seconde AB étaient situées dans des lycées professionnels ouvrant sur la Première B et sur plusieurs sections G.

« J'ai redoublé ma seconde pour pouvoir faire une 1^{ère} D, mais au bout de la 2^{ème} seconde, je ne suis pas rentré en 1^{ère} D. Il fallait un bon niveau de maths. C'est pour ça que je suis allé en B. J'étais pensionnaire. C'était assez difficile parce qu'on était 5 lycéens sur tout l'établissement, mélangés avec des bacs professionnels. (...) On était d'une branche classique. Il y avait une ségrégation faite par les autres élèves, qui n'était pas évidente. C'était la bagarre, on n'était pas admis, on était complètement exclu des autres élèves. »

Fabrice

Les infirmières libérales, issues de cette filière étaient-elles de ces élèves qui, à en croire Bernard Convert¹⁵², sont *« d'origine aisée mais dont la réussite scolaire était médiocre »* ? Il semble bien que cela ait été effectivement plutôt le cas. Pour autant, tel n'était pas le profil unique des élèves de cette série B – et quelques situations que nous avons rencontrées sont là pour l'illustrer –. Par ailleurs, le bac ES, dont nous n'avons pas croisé de titulaires¹⁵³, n'est pas son exact pendant. De bonnes élèves ont tendance, depuis moins d'une

¹⁵² Bernard Convert, « Des hiérarchies maintenues », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n° 149, 2003, p. 63.

¹⁵³ Les premiers bacs « nouveau régime » ont été délivrés en 1995 et les infirmières qui les ont obtenus sont entrées dans le monde du travail au plus tôt en 1998. Trois ou quatre ans plus tard, les premières infirmières ayant un bac ES, S ou L, mais aussi SMS, STT ou STI, ont pu entamer une carrière libérale. Notre enquête par questionnaire s'est déroulée en 2000-2001. Nous aurions pu en croiser, le cas échéant, lors des entretiens, réalisés entre 2002 et 2004. Tel n'a pas été le cas.

dizaine d'années, à préférer la filière ES à la filière L, en relation avec le déplacement des intérêts des lettres vers l'économique et le social. En 2000, parmi les nouveaux inscrits bacheliers en IFSI, les titulaires du bac ES représentaient environ 15 % des effectifs¹⁵⁴. C'est à peu près le même taux, rapporté aux seules bachelières, que nous avons observé chez les infirmières libérales. Rien ne dit pour autant qu'il s'agit de personnes ayant le même profil, la même histoire scolaire.

La filière D, une voie royale pour devenir infirmière libérale ?

« Moi, c'est bac D ; les sciences et les enfants »

Louise

Une part significative des infirmières libérales est titulaire de ce bac alliant les mathématiques et la biologie alors que celles qui ont obtenu le bac C sont fort peu nombreuses (5,2 %). On a souvent évoqué ce bac D comme étant l'envers féminin du bac C. De fait, il y a bien eu de grands écarts dans le recrutement de l'une et l'autre filières. Ainsi par exemple là où, en C, on retrouvait 57 % des enfants de cadres et une proportion d'élèves « à l'heure » de 75 % environ, en D, ces mêmes enfants de cadres ne représentaient que 43 % des effectifs et seule la moitié à peu près des élèves n'avait jamais redoublé¹⁵⁵. Sous ces rapports, les titulaires du bac D sont proches de ceux du bac A et B et très éloignés des élèves pouvant se prévaloir de ce bac C. Entre 1965 – année où les mathématiques ont été particulièrement renforcées dans cette filière – et 1980, ce bac est devenu « le bac » par excellence. Ses effectifs ont cru considérablement (+191 % entre 1969 et 1981, contre +113 % pour le bac D) par translation des meilleurs élèves qui se sont détournés des filières littéraires¹⁵⁶.

*« L'orientation vers D, écrivent Christian Baudelot et Roger Establet, permet de récupérer de bons éléments jugés indignes de la filière C ; elle joue un rôle de formation scientifique pour les filles : nombre d'entre elles se détournent de la concurrence acharnée de la filière C/grandes écoles pour s'orienter, via la biologie, vers les professions de santé. Dans l'ensemble la filière est féminisée : 6,2 % d'une génération de filles contre 5,7 % pour les garçons. »*¹⁵⁷

Jouait aussi la force de rappel d'une socialisation sexuée qui pousse les filles bien plus que les garçons à aller vers une profession médicale (57 % contre 18 %) dès lors qu'elles envisagent une activité « scientifique », et bien moins vers des projets techniques (32 % contre 61 %) ; qui les amène à formuler le vœu de se diriger vers des activités telles que « aider, soigner, s'occuper des autres » (1^{er} rang chez les filles, 6^{ème} sur 8 items chez les garçons), et non pas « fabriquer, réaliser, produire (dernier rang chez les filles, 1^{er} à égalité chez les garçons avec les items « étudier, rechercher, inventer »)¹⁵⁸. Le fait pour elles de

¹⁵⁴ François Delaporte, « La formation aux professions de la santé en 2000-2001 », *Série statistiques, Document de travail*, DREES, n° 37, 2002, p. 44.

¹⁵⁵ Bernard Convert, « Des hiérarchies maintenues », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n°149, 2003, *Ibid.*

¹⁵⁶ Nathalie Bulle, *La Rationalité des décisions scolaires*, Paris, PUF, 1999, p. 106. Signalons que l'avancée décisive des filles dans les baccalauréats généraux, qui se déroule entre 1968 et 1984, voit, bien plus que dans d'autres filières, une augmentation des filles en série D (+50 %). Voir Claude Lelièvre, *Histoire de la scolarisation des filles*, *op.cit.*, p. 213.

¹⁵⁷ Christian Baudelot, Roger Establet, *Le Niveau monte*, *op. cit.*, p. 40.

¹⁵⁸ Françoise Vouillot, *Filles et garçons à l'école : une égalité à construire*, Paris, CNDP, 1999, pp. 83-84

choisir la série D plutôt que C était-il une question de niveau ? Sans doute en partie (un certain nombre ont d'ailleurs interrompu leurs études avant de passer le bac), mais, on le sait bien, le fait de ne pas se sentir suffisamment armées pour aller en filière C, leur moindre ambition sont aussi affaire de différences identitaires inscrites au plus profond d'une socialisation différenciée des sexes.

« J'ai redoublé ma 1^{ère} D. J'en avais marre de l'école, donc j'ai arrêté. (...) J'ai travaillé 4-5 mois à la maison de retraite et il y a ma sœur qui était sur une maternité dans le Paris 15^{ème}, comme femme de ménage et qui m'a dit qu'il y avait éventuellement un poste pour moi... ASH, Je m'occupais de faire les lits. »

Geneviève

« Je n'ai pas eu mon bac. Avant le bac j'ai passé la première partie qui pouvait remplacer le bac. À l'époque on pouvait passer une première partie, au cas où on n'avait pas le bac. Et j'avais passé la même année (le concours d'infirmière) et j'ai tout eu la même année. Donc, pour moi, le bac n'avait pas beaucoup d'importance. »

Clémence

Du côté des filles (contrairement aux garçons), l'orientation vers le bac D allait régulièrement de pair avec, à la suite, des études courtes, tournées notamment vers le métier d'infirmière. Il est difficile, toutefois, de faire la part, dans leurs propos, de la nécessité faite vertu et d'un projet d'emblée affirmé pour cette profession de santé.

« J'ai fait un bac scientifique, bac D à l'époque. Infirmière, parce que je voulais faire ça. J'aurais bien fait médecine peut-être, je voulais travailler dans le milieu médical, ça c'est sûr. Médecine, non, je ne voulais pas travailler tant que ça. Les gamins veulent faire pompier, et bien moi, je voulais faire infirmière, et après quand vous arrivez au lycée, vous procédez par élimination. Bon, vétérinaire, c'est trop dur, médecin le nombre d'années d'études, ce n'est pas bon. Au lycée, Je me débrouillais pour être un tout petit peu moyenne au-dessus, 11-12, donc pas très courageuse, mais suffisamment, pour ne pas être larguée. »

Odette

Au final, la situation évoquée ci-dessous résume assez bien la différence entre les filières C et D. Affaire de niveau scolaire sans doute, de milieu social souvent par là même; affaire aussi, assez largement, de projets marqués au coin par une socialisation différenciée, ...ainsi voyait-on des filles épouser leur condition.

« Je suis allée au lycée normalement. J'ai fait un bac D, qui existait à l'époque. Et j'avais toujours voulu faire infirmière. Ça a été immédiat, je suis rentrée à l'école d'infirmières aussitôt après. Lui (son futur mari) était au même lycée que moi. Il a eu le bac C et il est rentré en classe prépa pour préparer les écoles d'ingénieurs agronomes. Donc c'est vrai que notre but à tous les deux, c'était de partir. Donc, lui aurait été ingénieur agronome et moi infirmière ; je pouvais me poser n'importe où il se poserait. »¹⁵⁹

Sophie

¹⁵⁹ De fait, tous deux iront en Amérique latine pendant son service militaire, effectué dans la coopération. Quand, plus tard, il prendra un poste d'ingénieur agronome, en milieu rural, elle, devenue entre-temps infirmière hospitalière, devra se résoudre, sans grande appétence au départ, à travailler en libéral, faute de parvenir à obtenir un poste dans l'hôpital local proche de leur nouveau domicile.

La filière F 8, une pépinière ?

Le baccalauréat F8 est régulièrement présenté comme une filière au sein de laquelle les jeunes filles qui s'y sont inscrites ont effectué un choix positif et n'y sont donc pas par défaut (et cela vaudrait d'ailleurs aujourd'hui encore pour son prolongement, le bac SMS). La forte demande d'une telle orientation en porterait témoignage, contrairement à ce qu'il en était des filières G. De telles représentations méritent d'être considérées avec prudence. Derrière le « choix positif » peut se profiler, ni plus ni moins, une acceptation résignée, même si, après coup, on la présente comme un choix vocationnel. Il est en effet très probable qu'une telle orientation, réaliste, ait été effectuée par des élèves en difficulté scolaire qui, en tout état de cause, auraient été dissuadées de faire des études secondaires générales. En somme, iraient plutôt vers le bac F8 celles qui ont intériorisé les verdicts négatifs de l'institution scolaire, mais qui évitent ainsi à bon compte d'être dirigées vers un BEP.

De fait, la série F8 est bien de « ces filières qui offrent à des élèves qui se savent médiocres et que leur origine sociale n'incline pas à des ambitions démesurées, une solution honorable, au prix d'une spécialisation précoce »¹⁶⁰. La scolarité des infirmières libérales qui l'ont empruntée a été plutôt bonne, puisqu'il n'y a pas eu beaucoup d'abandon et que les redoublements n'ont pas été nombreux. En ce sens, cela valide l'observation selon laquelle les élèves de F8 sont les meilleures de l'ensemble des bacs technologiques. Pour autant, on perçoit moins nettement que chez celles qui ont emprunté la filière D, le choix assuré du métier d'infirmière.

« J'ai passé un bac F8, sciences médico-sociales. C'est un peu, je ne dirais pas le hasard, mais je me suis dirigée vers cette branche-là parce que j'étais nulle en maths. Et en F8 il y avait très peu de mathématiques. Donc j'ai choisi cette branche-là au départ pour ça. Et en fait ça m'a énormément plu. »

Anne

Les unes s'accommodent, les autres se font une raison, et dans quasiment tous les cas ce cursus, et les stages afférents¹⁶¹ notamment, permettent de se construire une destinée en accord avec des aspirations que l'on dit avoir eu depuis longtemps. Et tant mieux si du coup on évite d'être jugée sur la bête noire : les mathématiques.

« J'ai eu un bac F8, médico-social et je suis rentrée à l'école d'infirmières. En plus les études générales me gonflaient. Moi, faire des maths modernes, c'est bien mais... Quand je vois qu'on sélectionnait pour entrer en seconde sur les maths, alors que j'allais bosser, je savais que je n'en aurais pas besoin, franchement non. »

Clotilde

¹⁶⁰ Bernard Convert, *Une Quelconque hiérarchie des formations*, op. cit., p. 80. Il apparaît très nettement que les infirmières libérales interrogées, titulaires d'un bac F8, sont de milieu populaire.

¹⁶¹ Nous avons entendu assez souvent l'évocation de stages, durant la scolarité en filière F8, qui ont pu être déterminants. Ainsi par exemple on va-t-il de Michelle : « En première, on avait une obligation de stage ; et moi, je ne sais pas pourquoi, je m'étais retrouvée à l'urgence de l'hôpital. J'ai adoré ce stage (...) J'ai adoré ce service et, je me souviens, j'avais des contacts avec les infirmières et j'avais dit qu'après normalement, moi, après mon bac, je commence des études d'infirmières. "Oh, c'est bien, dès que tu as fini, tu viens ici !" Et bien, je m'y suis retrouvée, mon premier poste ».

« Un bac F8, parce que justement il y avait moins de maths et plus de médico-social et plus de relationnel. Et je trouvais ça plus adapté, plutôt que de se mettre des maths dans la tête. »

Yvonne

Si cela n'a pas empêché telle ou telle d'interrompre ses études avant le bac, généralement les infirmières libérales interrogées ont exprimé le sentiment qu'elles avaient emprunté là une filière pour ainsi dire naturelle, puisque, de toute façon, elles n'envisageaient pas de poursuivre leurs études par la suite.

« F8 à l'époque, donc sciences médico-sociales. Parce que je me disais qu'après le bac je n'aurais sûrement pas envie de continuer, donc je voulais avoir une profession. »

Christine

« J'ai fait une seconde F8, ça a été la création de la seconde F8. On essayait les plâtres, on n'avait pas de bouquin, rien, mais enfin bon, ça a été. J'avais redoublé dans mon enfance, parce que j'avais été malade, j'avais deux ans de retard et un milieu très modeste où on ne pouvait pas assumer des études financièrement. J'ai réussi par dérogation à passer le concours d'infirmière, parce que moi, ce que je voulais c'était ne pas aller jusqu'au bac. »

Lucie

Qu'en est-il aujourd'hui du bac SMS, présenté comme le strict équivalent du bac F8, et vers lequel très probablement vont aussi celles qui seront appelées à se diriger vers l'exercice libéral ? Il arrive en tête des bacs parmi les nouveaux bacheliers inscrits en IFSI (près du tiers)¹⁶². Il n'est pas du tout certain cependant que l'on puisse raisonner de la même manière que pour les titulaires du bac F8. En effet l'option SVT du bac S – que l'on dit volontiers correspondre à l'ancien bac D – n'a jamais retrouvé le niveau des effectifs de D (17 % des bacheliers en D en 1994, 11,4 % en S filière SVT en 1996). Seules les filles d'origine aisée et « à l'heure » lui sont restées fidèles. Le renforcement de la biologie et des mathématiques semble bien avoir fait fuir d'autres jeunes filles, au moment où une forte proportion des élèves de cette filière sont là pour ensuite poursuivre vers des études supérieures longues. Il ne serait pas étonnant qu'une part d'entre elles opte alors pour la filière SMS.

Le présent tour d'horizon n'épuise pas, loin s'en faut, l'examen des filières secondaires suivies par les infirmières libérales. Bac G2 (« *Et moi qui ai exécré la compta toute ma vie* ») ; Bac F4 (« *J'ai franchement dérivé* »), d'autres voies encore... À la marge, on n'en finirait pas de relever les orientations particulières de quelques infirmières sollicitées. Ce faisant, on peut cependant avoir une idée de la scolarité secondaire des unes et des autres, scolarité que l'on peut qualifier effectivement de moyenne et plutôt accordée au milieu social dont elles sont issues.

Des autres voies projetées aux études supérieures effectivement entreprises

On se tromperait si on pensait que le choix du métier d'infirmière s'est imposé d'évidence entre mille. Près de la moitié des infirmières libérales auprès desquelles nous nous

¹⁶² Le taux de titulaires du bac SMS parmi les entrants en IFSI est de 32,8 % en 2003 et de 30,8 % en 2004. Voir Amandine Schreiber, « La formation aux professions de la santé en 2002 et en 2003 », *Série Statistique, Document de travail*, DREES, n°69, 2004, p. 67 et Rémy Marquier, *Les étudiants en soins infirmiers en 2004*, *op. cit.*, p. 9.

sommes entretenus ont projeté de se diriger vers d'autres formations, vers d'autres métiers, Un quart environ se sont d'ailleurs effectivement inscrites dans des formations supérieures. Une fois encore, cela relativise le discours vocationnel, qui peut effectivement n'être qu'une reconstruction *a posteriori*.

Si l'on se cantonne dans un premier temps aux formations vers lesquelles les unes et les autres se seraient volontiers dirigées, sans toutefois franchir le pas, les études de médecine arrivent nettement en tête. Laissons provisoirement de côté les hommes, qui sont nombreux, dès lors qu'ils étaient titulaires d'un bac D voire C, à avoir été tentés par de telles études. Ce qui surprend, c'est la manière dont elles ont tendance à rapporter les raisons de leur renoncement. À les entendre, c'était affaire de durée trop longue, d'éloignement de l'université, etc. Si parfois pointe un certain réalisme quant à la difficulté d'y poursuivre des études jusqu'à terme, souvent la rationalisation prend d'autres détours, curieux parfois...

« Je voulais faire médecine, et en fait je ne me suis pas sentie de faire, de partir pour 7 ans d'études, donc je suis allée au plus court et j'ai fait des études d'infirmières. »

Denise

« Je me suis dit pourquoi pas les carrières médicales, donc en premier médecin, et après j'ai dit non au médecin, ça prend beaucoup de temps, et comme je voulais avoir une grande famille, j'ai donc dit je serai infirmière. »

Ankita

« Je me suis inscrite à la fac de pharmacie et puisque l'UREPS, je l'avais raté et que, dans ma tête, je voulais de plus en plus devenir infirmière. Et donc je me suis inscrite en fac de pharmacie. Quand les papiers sont arrivés, je me suis aperçue que c'était les mêmes que la fac de médecine, donc j'ai abandonné car j'avais trop peur du bizutage. C'est idiot, mais ça me prenait au ventre, et j'avais peur d'en baver pendant une année simplement à cause du bizutage. »

Karine

« J'étais intéressée par tout ce qui était scientifique de toute façon. C'est vrai que les études médicales me semblaient hors de portée, mais bon, j'avais peut-être un petit désir derrière. »

Irène

En dehors des études de médecine, mais parfois chez les mêmes, nous avons relevé, sans que cela soit vraiment étonnant, la palette de tous les métiers du secteur médico-social. Kinésithérapeute, podologue, audioprothésiste, ergothérapeute, sage-femme, etc. les projets étaient nombreux et plusieurs d'entre elles (et aussi, très clairement, une très forte proportion d'hommes) ont tenté les concours afférents¹⁶³. Parfois il s'agissait d'ailleurs d'un concours commun à l'entrée en IFSI. Le métier d'institutrice a aussi tenté plus d'une. Ce n'est qu'en troisième rang que viennent les métiers du travail social, ou plus précisément, dans la quasi-totalité des cas, le métier d'assistante sociale. Là encore, certaines ont passé sans succès le

¹⁶³ À la question « Avant votre entrée en IFSI, ou dans le même temps, avez-vous tenté d'autres examens ou concours ouvrant sur des formations ou métiers différents ? » 41,7% des hommes et 32,9% des femmes ont répondu positivement. Les cursus relevant du secteur médical viennent en tête (17,3 % des hommes et 15 % des femmes). Ensuite ont été mentionnés le secteur social (respectivement 5,8 % et 4,9 %) et le secteur de l'enseignement (4,3 % et 2,6 %). D'autres types d'examen ou de concours tentés, sans grande précision, ont rassemblé tout de même 14,4 % des hommes et 10,3 % des femmes. Cela corrobore bien l'idée que les personnes sollicitées avaient assez souvent d'autres idées en tête que la seule inscription en IFSI.

concours. Ce n'est que très rarement, finalement, que nous avons entendu la mention de concours réussis mais sans suite donnée. On peut alors se demander si, la plupart du temps, dès lors qu'il y avait succès, le choix était vite tranché pour une formation autre que celle d'infirmière. Très rarement, et encore une fois surtout chez les hommes, il a été fait mention d'autres voies tentées que celles des secteurs médico-social ou éducatif, et c'est alors souvent non sans déchirement face à l'échec ressenti que cela est évoqué.

« C'est vrai que pour moi, c'est un échec de ne pas avoir continué mes études de laborantin, ou chercheur ou autre. »

Charles

De fait, il peut y avoir eu loin de la coupe aux lèvres. Pour autant le quart des infirmières et 30 % des infirmiers se sont bel et bien inscrits en formation supérieure (et on ne doit pas exclure une sous-déclaration en la matière). Sans surprise, il s'est agi en premier lieu des études de médecine (8,7 % des hommes et 6,4 % des femmes). Ensuite, en toute logique une fois encore, les hommes ont mentionné la faculté des Sciences (4,3 %) et les femmes la faculté des Lettres et Sciences humaines (4,5 %). Dans un cas comme dans un autre, il a été fait aussi mention parfois de la Faculté de droit (2 % environ). Bien souvent, ces incursions sur les bancs universitaires sont présentées comme ayant été des solutions d'attente, sans y croire, sans vraiment être motivées. *« Un petit peu de », « J'ai dû aller quelques mois pour voir ... »* etc. À les entendre leur investissement était très relatif puisque, de toute façon, il ne s'agissait que d'un passage.

« Je suis entrée six mois en fac de médecine, histoire de faire le point. »

Malika

« En sortant de D, j'ai reçu un courrier comme quoi j'étais trop jeune pour le concours. Je n'ai pas compris, alors je suis restée une année à attendre. J'ai été deux mois en médecine, deux mois en sciences éco, j'ai traîné un peu mes guêtres. »

Catherine

« Donc j'ai un bac série D, autrefois, donc c'est scientifique, option biologie et puis j'ai... j'ai essayé les études de médecine. J'ai fait une année, puis une seconde première année et puis je suis revenue à l'école d'infirmières qui était en fait mon... mon but premier. »

Madeleine

Parfois les uns et les autres – des hommes souvent ont retraduit à leur manière ces incursions dans un univers où il apparaît souvent qu'ils ont peiné à trouver leur marque. On sait en quoi « le métier d'étudiant » requiert des capacités, un rapport au temps, etc. très inégalement (et socialement) partagés. À entendre plus d'un, on a effectivement l'écho des difficultés qu'ils ont pu éprouver.

« J'ai essayé la fac des sciences, mais je n'accrochais pas du tout, non. Il y avait des choses intéressantes, des cours intéressants, mais c'était trop anonyme pour moi, c'était assez scolaire, je n'accrochais pas. Un grand cours dans un amphithéâtre, alors que l'école d'infirmières, on est beaucoup plus impliqué, on a des évaluations régulièrement, c'est plus motivant. »

Désiré

« J'ai essayé médecine quoi, et puis j'en ai eu tellement marre d'avoir bien bossé et d'avoir eu des résultats qui n'étaient pas bons. Je suis parti, changer d'air, et puis comme ça, cela m'a permis de décompresser. »

Florent

Finalement, combien d'entre elles, d'entre eux, ont obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur ? Nous n'avons pas directement inclus cette variable dans notre questionnaire. Au fil des entretiens, il a été fait mention ici d'un DEUG d'Administration économique et sociale (AES), là d'un DEUG d'Histoire-géographie, de quelques autres diplômes encore. De fait, il apparaît que ce n'est que très rarement que les hommes et les femmes exerçant en libéral ont poussé leurs feux jusqu'à l'obtention de telles certifications. Aujourd'hui, parmi les nouveaux entrants en IFSI, environ 3,5 % des étudiants sont titulaires d'un DUT ou d'un BTS, 5,3 % d'un diplôme de premier ou de second cycle universitaire (et même 0,7 % d'un diplôme de troisième cycle...)¹⁶⁴. Dans tous les cas, cela reste très minoritaire ; à plus forte raison chez des professionnelles exerçant en libéral, et qui ont donc rarement moins de 30 ans.

222. La formation en école d'infirmières

Toutes les infirmières libérales sont obligatoirement passées sous les fourches Caudines de la formation en école d'infirmières – en IFSI dit-on désormais¹⁶⁵ – . Pour autant, certaines n'en étaient déjà pas à leur première expérience dans le secteur de la santé, puisqu'elles avaient pu exercer auparavant le métier d'aide soignante par exemple. Par ailleurs, il apparaît qu'un certain nombre d'entre elles ont eu l'occasion de se familiariser avec le milieu du soin lors de stages, d'un travail occasionnel effectué, ici et là, durant l'été, voire pendant une période plus longue. Grande découverte pour les unes, la formation en IFSI a donc été pour d'autres – minoritaires toutefois – la poursuite d'une trajectoire entamée depuis déjà quelques années. Ce n'est qu'à la marge que nous avons croisé quelques hommes qui ont été formés au métier d'infirmier durant leur service militaire, voire au fil d'une première partie de carrière, dans l'armée. Ceux-là ont pu, à une époque, faire valider leur cursus par la suite et exercer en institution hospitalière voire s'installer très vite en libéral.

Tant le niveau scolaire exigé, les modalités de sélection que la durée même de la formation¹⁶⁶ ont varié au cours des années. Selon leur âge, les infirmières libérales que nous avons interrogées ont donc intégré la formation dans des conditions, à un rythme assez différents. Il a pu s'agir d'IFSI publics (dans les ¾ des cas), souvent adossés à des hôpitaux, ou d'IFSI privés, de la Croix-rouge par exemple. Pour autant, nous n'avons pas observé d'écarts importants, à quelque niveau que ce soit, entre les profils des impétrantes, les formes pédagogiques mises en œuvre, etc. selon le statut de l'institut de formation. Tout juste peut-on pointer que l'offre de formation, inégale selon les régions, a pu induire, dans l'Ouest notamment, des cursus, dans des IFSI privés, supérieurs à la moyenne. Les hommes se sont

¹⁶⁴ Rémy Marquier, Les étudiants en soins infirmiers en 2004, *op. cit.*, p. 9.

¹⁶⁵ Le décret 92-264 du 23 mars 1992 a instauré le terme d'étudiant à la place de celui d'élève infirmière, et celui d'institut de formation en soins infirmiers à la place de celui d'école infirmière : « A compter de la date de publication du présent décret le mot "élève" et les mots "école d'infirmiers" son respectivement remplacés par le mot "étudiant" et les mots "centre de formation en soins infirmiers" dans tout acte administratif en comportant la mention » (Art. 4).

¹⁶⁶ En 1958, le premier programme officiel de formation des infirmières prévoyait deux années d'études. A l'heure actuelle, la durée de la formation est de 37 mois et demi.

dirigés un peu plus que les femmes (78,7 % contre 72,2 %) vers des IFSI publics. Il y a des explications à cela, sur lesquelles nous reviendrons.

Première toilette, première agonie... bien des expériences extrêmement éprouvantes ont ponctué, parfois très vite, une formation professionnelle placée sous le signe d'une pédagogie de la reproduction. On ne sera pas surpris d'entendre que les stages ont été souvent évoqués, non sans émotion parfois, comme les moments les plus intenses de tout le cursus. Dans tous les cas, les unes et les autres ont pris prestement la mesure d'un univers hospitalier marqué au coin par une hiérarchie très marquée des métiers et des fonctions, par un travail en urgence aussi souvent, avec son lot de tensions, de situations où les uns et les autres – médecins notamment – ne se montrent pas nécessairement sous leurs plus beaux jours. « L'expérience infirmière » a bel et bien débuté, souvent sans grand préalable, dès les premières semaines, pour des jeunes filles pas toujours averties de ce qui les attendait. Des opinions se sont forgées, des impressions se sont dégagées qui ont pu être déterminantes pour la suite. Cette expérience ne peut cependant pas être réduite au seul suivi des cours, à la seule inscription dans les divers stages qui ont ponctué la formation. À plus d'un titre, l'entrée en école d'infirmières fut aussi le temps de la distance prise avec ses parents ; distance symbolique liée à la prise d'âge, distance parfois en termes d'éloignement géographique tout simplement, notamment pour toutes celles qui, résidant en province, sont allées se former en région parisienne.

Avec en filigrane la question des raisons du choix de la carrière libérale à un moment donné de leur trajectoire, c'est l'ensemble de ces points que nous nous proposons de passer en revue.

Une socialisation professionnelle parfois déjà entamée en amont

Le tiers des hommes, le quart des femmes interrogés par nos soins pouvaient se prévaloir, à l'entrée en IFSI, d'une expérience professionnelle préalable. Si nous en restons aux infirmières, dans la grande majorité des cas, en dehors de l'encadrement de colonies de vacances – qui n'est en rien incidente¹⁶⁷ –, il s'agissait bien d'une première socialisation dans le secteur médical ou médico-social. Remplacement d'été dans un hôpital ou dans une maison de retraite, « petits boulots » dans un service d'aide aux personnes âgées, trouvés parfois grâce à des appuis familiaux, emplois à part entière quelquefois, y compris durant nombre d'années (en clinique, etc.), certaines savent, en quelque sorte, à quoi s'attendre quand elles postulent à l'entrée en IFSI.

« J'ai d'abord fait des saisons dans l'hôtellerie, et ensuite je suis rentrée comme agent de surface dans une clinique. Je suis restée 8 ans comme... Ensuite j'ai eu l'opportunité d'aller à la stérilisation, qui dépendait du bloc opératoire, stérilisation des instruments. J'étais ASH, sans formation, sur le tas. (...) Un jour on m'a dit, "écoute Alice, si tu ne fais rien, il va y avoir des licenciements, donc si tu as l'opportunité, passe ton concours d'entrée en école d'infirmières". Et j'ai passé le concours, j'avais 28 ans. On a supprimé mon poste pour que je

¹⁶⁷ Voir sur ce point Olivier Douard, « Le Brevet d'aptitude aux fonctions d'animateurs (BAFA), une entrée ritualisée dans le monde des adultes », *Agora Débats-Jeunesses*, n° 28, 2002, pp. 58-71.

puisse bénéficier de la formation du Fongécif, de façon à avoir un salaire pendant ma formation. J'ai passé à plusieurs endroits, obligé ! J'ai été reçue à A., donc j'ai fait mes trois années de formation dans l'école de l'hôpital. »

Alice

Nombre d'infirmières libérales sont de condition modeste. Travailler durant l'été, voire au-delà, faisait partie des expériences obligées, allant pour ainsi dire de soi. La formation elle-même entraînait des dépenses auxquelles la famille ne pouvait pas nécessairement faire face. Quand bien même « *le fil rouge qui traverse la filiation est bien souvent entrelacé d'un fil d'argent* »¹⁶⁸, les unes et les autres avaient, de toute façon, intégré le fait qu'elles devraient subvenir largement elles-mêmes à leurs besoins. Certes, il s'agissait là d'engranger des expériences en vue du concours d'entrée en IFSI, mais au départ il n'est pas certain que, dans la majorité des cas, il y ait eu de tels desseins. Des opportunités d'emplois, plus ou moins précaires (remplacements, etc.) se présentaient dans un secteur où les filles sont recherchées en grand nombre. De fil en aiguille parfois, elles se sont retrouvées à travailler dans un secteur auquel elles n'avaient pas nécessairement pensé au départ puis, pour telle ou telle raison, elles ont prolongé cela en entamant une formation sans vraiment avoir de vocation déclarée pour le métier d'infirmière.

« Les étés précédents, je travaillais en maternité, deux étés, en 1^{ère} et en terminale, et après, pendant mes études d'infirmière, je travaillais dans la même clinique, mais je faisais des nuits, embauchée comme infirmière en fin de 1^{ère} année. Je faisais ça dans la nuit de samedi à dimanche. »

Denise

« Les aléas de la vie... Je me suis retrouvée à être aide opératoire d'un chirurgien alors que j'avais un bac, oui, un bac, non, un CAP de comptabilité ! (...) Au départ c'était un emploi d'été, et j'ai été obligée, contre mon gré, d'arrêter mes études, parce que mes parents voulaient absolument que je travaille. Ma mère avait des relations avec une famille de chirurgiens, et les bonnes sœurs trouvaient que j'étais une fille très bien, et que j'étais la fille de madame untel, commerçante connue. Je n'avais pas de formation officielle, j'avais une pratique avec un ou deux chirurgiens, alors ça me paraissait petit quoi, resserré. Je suis restée 3 ans quand même, 3 ans pour avoir une bourse, pour pouvoir faire des études. »

Brigitte

En ce qui concerne les infirmières libérales qui ont aujourd'hui 50 ans et plus, environ 75 % à 80 % d'entre elles sont entrées en formation alors qu'elles avaient entre 18 et 22 ans. Ensuite on observe assez nettement une plus grande dispersion, et l'arrivée dans les écoles de filles plus âgées. Bon an mal an, la proportion reste constante au fil des années : environ 10 % des infirmières interrogées avaient plus de 26 ans lors de leur entrée en IFSI. Si l'on se penche spécifiquement sur les hommes, il est clair que la proportion de ceux qui ont travaillé avant d'intégrer la formation est plus importante – de l'ordre de 10 % supérieure aux filles – . L'inventaire à la Prévert des emplois qu'ils ont connus, souvent en grand nombre, mais durant de courtes périodes, rappelle le spectre bien plus large des métiers vers lesquels ils pouvaient toujours se tourner. Si quelques-uns ont fait là leurs premières armes dans le secteur de la

¹⁶⁸ Claudine Attias-Donfut, Nicole Lapierre et Martine Ségalen, *Le Nouvel esprit de famille*, op. cit. p. 106. Signalons d'ailleurs qu'à plusieurs reprises, nous ont été évoquées des situations où des filles issues de familles plus aisées ont également dû se débrouiller seules financièrement, du fait de mésententes et autres ruptures familiales qui paraissent avoir été assez fréquentes.

santé, cela demeure minoritaire. Déménageur, jardinier, cantonnier, éboueur, ouvrier en usine automobile, certains ont aussi travaillé à l'étranger, d'autres ou les mêmes on « fait les saisons », les vendanges, etc. Se donnent là à entendre, ni plus ni moins, d'autres indices des nombreux détours empruntés par bien des hommes, plutôt indéterminés quand à la direction à donner à leur avenir. Parfois, puisqu'ils avaient un bac C ou D, ils se sont retrouvés, durant leur service militaire, affectés dans un service de santé, y ont pris goût et/ou se sont dit, qu'après tout, il s'agissait là d'une issue possible... Dans quasiment tous les cas on peut parler d'un parcours, au départ, bien hésitant.

« J'ai passé mon bac A. Ensuite j'ai fait... un DEUG d'Histoire-géo, tout en étant surveillant dans une école. Petit boulot pour avoir un rond, pour payer une 2CV et pour mettre de quoi l'alimenter. Sinon j'ai été éducateur, enfin éducateur sans diplôme ; j'ai dû faire deux ans. J'ai travaillé ensuite dans une banque un an et demi. J'ai fait aussi des petits boulots, dans le bâtiment comme manuel, et je suis rentré comme infirmier en 75, donc j'ai démarré à 25 ans. Je me suis retrouvé avec pas mal de jeunes qui avaient 19-20 ans, qui venaient tout de suite après le bac. »

Marcel

L'inscription en IFSI

Les conditions requises pour entrer en IFSI ont évolué au fil des années. Si aujourd'hui seules 3 % des étudiantes ont un niveau scolaire inférieur au baccalauréat, il n'en fut bien entendu pas toujours de même. Nombre d'infirmières libérales ont ainsi évoqué l'absence de concours d'entrée, dès lors qu'elles avaient le bac, et le fait que, parfois, elles préféraient toutefois le tenter, même si elles pensaient qu'ayant réussi les épreuves d'admission, ce fameux bac ne leur serait pas vraiment indispensable. En seconde, en première, bientôt en terminale, une part d'entre elles a par contre interrompu avant son terme leur cursus scolaire pour intégrer une école d'infirmières, non sans un certain soulagement, à entendre celles pour qui le lycée ne convenait décidément plus du tout.

« Moi, mon parcours ? Tout simple, banal, c'est-à-dire bac F8, donc complètement centré dedans... et l'école d'infirmières. À l'époque j'ai passé le concours mais il n'était pas obligatoire. La seule obligation, c'était le baccalauréat. En 1976, j'ai raté le concours, mais ce n'est pas grave parce que j'ai eu mon bac, donc je suis rentrée en école d'infirmières. »

Michelle

« À l'époque on pouvait rentrer en école d'infirmières avec... comment dire, avec le bac, on entrait d'office et en seconde on passait le concours. Alors moi, je me disais, bien à l'époque, comme je suis gauchère, on m'a perturbé ma scolarité, donc j'avais redoublé une classe. Et je me suis dit, ça va faire encore première, terminale, donc je vais essayer le concours. »

Yolande

« Moi, je n'étais pas du tout scientifique, j'avais un bac A à l'époque, donc littéraire, et j'ai réussi à trouver une école, à Dreux, qui prenait uniquement avec le bac, sans concours. »

Carine

Selon quels critères les candidates ont-elles opté pour telle école plutôt que telle autre ? La possibilité de faire ses études pas trop loin du domicile familial a sans nul doute été

déterminante dans la majorité des cas¹⁶⁹. Pour autant, d'autres facteurs ont pu entrer en ligne de compte. L'offre de formation est inégalement répartie selon les régions, et la Région parisienne concentre ainsi nombre d'IFSI où sont donc allées se former bien des étudiantes venant d'ailleurs. Si l'on met en perspective la région d'origine et la région où se situe l'IFSI où se sont formées les infirmières libérales interrogées, au moins ¼ d'entre elles ne sont pas fidèles à leur région. Seules 72,4 % de celles qui sont originaires de Bretagne, par exemple, s'y sont formées tandis que 15,2 % ont choisi l'Île-de-France et 4,1 % la région Provence Alpes Côte-d'Azur. Les infirmières de la région Midi-Pyrénées se sont dirigées, pour 12 % d'entre elles, vers le Languedoc-Roussillon, tout proche il est vrai, mais 8 % environ se sont tournées vers Paris et ses départements limitrophes. Ceci étant, les infirmières libérales ont-elles été moins mobiles que celles qui sont restées, qui exercent toujours dans le cadre hospitalier ? Nous poserions volontiers une telle hypothèse, mais, faute de données disponibles, on ne peut s'en tenir qu'à des indices.

Envie de prendre ses distances avec ses parents, quitte à partir entre amies, opportunités d'être accueillies sur place par un membre de sa famille – nous avons ainsi déjà évoqué les cas d'Agnès et d'Odette, venues se former à Paris grâce à l'hébergement proposé par une tante –, dans bien des cas il n'y a rien de fortuit à une telle inscription loin de son domicile. En ce qui concerne l'Île-de-France, où se sont formées environ 12 % des infirmières libérales qui n'en sont pas originaires, a pu jouer à la fois la plus grande facilité à y être admises, compte tenu de l'offre, et la possibilité de bénéficier d'un financement des études, moyennant un contrat d'engagement de cinq ans, ramené ensuite à quatre puis à trois ans, dans les IFSI de l'Assistance publique. Plusieurs nous ont précisé que, sans ce financement, elles n'auraient pas été en mesure de suivre une telle formation.

« J'ai loupé le concours la première année. J'ai fait des petits boulots à l'hôpital, comme personnel d'entretien ou garde-malade, des choses comme ça, et puis j'ai retenté une fois encore, ici à B. Je l'ai encore loupé, et puis j'ai retenté à Paris, à l'Assistance publique. Cette fois je l'ai eu. »

Thérèse

« J'ai commencé par faire un BEP agent de laboratoire. Ensuite, j'ai fait une formation, c'est un diplôme pour passer l'examen d'infirmière, c'est un examen de niveau. J'ai fait six mois de formation et donc je l'ai eu. (...) C'était dans un hôpital, c'était en banlieue parisienne. Je suis partie sur Paris parce que, sur C., j'avais raté le concours, donc c'était une école publique, en 3 ans. »

Blandine

« J'ai passé le concours à F., à l'École de la Croix Rouge, et j'étais sur liste d'attente. La directrice m'a dit "C'est très aléatoire, la liste d'attente. Il y a des années où il y a beaucoup qui se désistent, d'autres fois il n'y a personne". Et donc elle m'a donné l'adresse d'une école où, en région parisienne, il y avait des places, donc je suis parti là-bas. »

Désiré

Parfois des réorientations entre écoles ont pu intervenir aussi en cours de formation, même si chacune s'évertuait probablement à garder précieusement ses élèves quand le contexte était plutôt à la pénurie d'infirmières.

¹⁶⁹ Voir sur ce point les constats, qui corroborent notre observation, de l'étude de Stéphanie Girod, Sylvie-Anne Mériot et Nathalie Quintero, *Enquête sur l'insertion professionnelle des jeunes infirmiers diplômés*, Marseille, CEREQ, 2004, p. 4-5.

« La première année, j'étais à C. On est parti à trois ou quatre, c'était sympa. Et puis j'en avais marre de cette ville... L'ambiance était vraiment très scolaire et on avait deux ans de contrat à faire après à l'hôpital, et si on partait, on avait deux ans de notre salaire à leur donner. Je me suis dit, autant partir à la fin de la première année, et donc j'ai écrit aux écoles ici pour savoir s'il n'y avait pas des places, parce que, des fois, il y a des redoublants et ils prennent des gens de l'extérieur. »

Amélie

Durée et rythme de la formation

À peu près stabilisée autour de 22 à 24 mois dans l'entre deux guerres, la formation d'infirmières n'a pas connu ensuite de profonds changements, en termes de durée, avant 1973. Elle est ensuite passée à 28 mois, puis à 33 mois en 1979. Aujourd'hui elle se prolonge sur quelques 37 mois et demi. Compte tenu du nombre important de femmes et d'hommes que nous avons rencontrés, il n'est guère étonnant que quelques-unes, quelques-uns aient été en formation lors de différents changements intervenus dans la réglementation de cette durée, voire au moment où d'autres réformes portant sur le programme, l'organisation des stages, etc. sont intervenues.

« En 82, c'était la première promotion en trois ans. On a essayé les plâtres. Ce n'était pas des années, c'était des modules qui n'avaient pas la même durée, donc tu pouvais très bien avoir des modules qui duraient trois mois et un module qui durait un an. On était censé voir la théorie en amphi à l'école et ensuite, on partait en stage dans les services. Quelquefois on avait stage le matin, des cours l'après-midi, quelquefois on partait carrément en stage un mois. »

Constance

Quelque soit la durée, le principe d'une formation comprenant pour moitié des stages et pour moitié des cours voire des heures imparties à un suivi personnalisé, comme c'est le cas actuellement, a toujours été la règle. Le rythme par contre a évolué. À entendre les unes et les autres, très longtemps cette alternance se vivait quotidiennement, puisque l'une des demi-journées – le matin le plus souvent – était consacrée au stage dans un service et l'après midi aux différents cours.

« On est formé à l'hôpital, on est tous les matins à l'hôpital. (...) On passait notre matinée, de 8 heures à 13 heures à l'hôpital, le matin à servir les gens, à travailler, à aider les infirmières, à prendre des responsabilités, des fois beaucoup plus que nos capacités, mais, on était très hospitalières. »

Brigitte

« À l'époque, c'était deux ans et c'était tous les matins en stage hospitalier, et tous les soirs on était en cours de deux heures à sept heures. (...) On avait un examen probatoire au 3^{ème} mois, donc si vous ne l'aviez pas, vous étiez blackboulés. (...) On était un peu exploité quand même. On faisait les week-ends, on faisait Noël, on faisait les fêtes, tout ça. Et puis on faisait les nuits et on allait en cours. »

Hélène

À plusieurs reprises nous a été mentionné le strict contrôle des absences. « On avait 15 jours de carence pour être malade sur trois ans d'études » nous dira Alain. Si cela ne paraît

pas leur avoir particulièrement pesé, il en va tout autrement pour celles qui ont été enceintes durant leur formation. De fait, une part significative des infirmières libérales fait partie de ces générations qui vont connaître un âge au mariage et à la première naissance parmi les plus avancés de tout le siècle¹⁷⁰. Quand ensuite cet âge évolue lentement à la hausse, pour celles nées à partir de 1950-1955, les femmes qui sont issues des milieux « traditionnels » ou des classes populaires continuent encore à être les plus précoces des mères, puisque bien plus d'une femme sur deux, issues de ces milieux sociaux, a son premier enfant avant 25 ans. Formation conçue comme une immersion, une entrée de plain-pied dans le métier, et à ce titre requérant une disponibilité sans faille, à plus d'un titre la grossesse d'une élève semble bien gêner les responsables des écoles. Une mise au point est souvent d'ailleurs faite dès le début de la formation : les unes et les autres sont instamment invitées à éviter de se retrouver dans ce genre de situation. On peut aussi se demander jusqu'à quel point ce statut de mère, synonyme d'une maturité acquise, n'embarrasse pas des formatrices bien plus à leur aise avec des jeunes filles « sans histoire » perçues comme malléables qu'avec ces jeunes femmes qui, inévitablement, vont « avoir la tête ailleurs ». Nous avons d'ailleurs perçu, à plusieurs reprises, ce même embarras vis-à-vis des étudiantes plus âgées que la moyenne, qui font leur entrée dans les IFSI durant les années 1980. Dans tous les cas, celles qui ont persisté à mener à terme leur grossesse, tout en poursuivant leur formation, demeurent plutôt amères sur la condition qui leur a été réservée.

« J'ai tout fait normalement, sans aménagement. En fait, on s'est retrouvé au moment du diplôme à être 15 personnes à être enceintes. Mais sur une promotion de 150 ! Mais, enceintes, on n'avait aucun aménagement au niveau des stages »

Élisabeth

« J'ai accouché au mois de mai et fin juin j'ai reçu un coup de fil de l'école d'infirmières. Mes collègues m'envoyaient tous les cours à la maison, mais je ne faisais pas les stages, c'était fin juin et donc ils me disent si fin juin vous ne réintégrez pas l'école, vous perdez votre année. J'allais, ma fille avait un mois et demi, je l'ai laissée à maman, et j'ai passé mon DE au mois de janvier. »

Agnès

« À l'entrée on nous avait signalé qu'il était fortement déconseillé de se retrouver enceinte pendant la formation. Et vlan, je me retrouve en cloque ! J'ai décidé de poursuivre ma grossesse et voilà, mais cela a été très mal vu. Je peux dire que l'on ne m'a fait aucun cadeau. (...) J'étais enceinte de 8 mois et demi, une infirmière m'a fait faire un premier lever d'une dame après une intervention chirurgicale, et ensuite un bain de pied pour bien s'accroupir. Donc ça s'est fait, je me suis arrangée avec le gynécologue pour accoucher à telle date pour avoir mon module. Bon, ça a été un accouchement déclenché, et qui s'est soldé par une césarienne évidemment ! »

Claire

¹⁷⁰ Voir Laurent Toulemon, « Combien d'enfants, combien des frères et sœurs depuis cent ans ? », *Population et sociétés*, n° 374, 2001.

L'école d'infirmières, une institution totale ?

« *La mémoire est la vie, toujours portée par des groupes vivants, et à ce titre en évolution permanente, ouverte à la dialectique du souvenir et de l'amnésie, inconsciente de ses déformations successives.* »¹⁷¹

Commençons par une remarque d'importance, qui vaut d'ailleurs pour la plupart des points qui vont suivre. Les souvenirs de la formation évoqués par les infirmières libérales que nous avons sollicités sont bien du moment, du présent. Parce qu'ils font appel à la mémoire, ils entretiennent un certain rapport au passé, non dépourvu d'oublis, peut-être même de déformations, etc. À ce titre, rechercher dans le passé de ces infirmières libérales, par exemple lors de leur passage en IFSI, ce qui aurait pu influencer sur leur itinéraire futur¹⁷², est une entreprise toujours un peu sujette à caution. Pour donner du sens à leur choix, à leur trajectoire ultérieure, plus d'une a pu, consciemment ou non, sélectionner tel ou tel fait, grossir le trait, mettre en scène tel ou tel événement qui, aujourd'hui, d'après elle, a été déterminant dans le fait de déroger à la carrière hospitalière, mais qui, peut-être, à l'époque, ne l'a pas été tant que cela. Dans la situation d'entretien, il y a bien eu interaction, questionnement voire objection, etc. de notre part, mais les paroles recueillies demeurent bel et bien des reconstructions. De plus, à l'instar de ces journalistes qui ne s'intéressent pas vraiment aux trains qui arrivent à l'heure, celles qui ont souligné ce qui, en toute logique, a été marquant pour elles, sont plutôt de celles qui avaient, qui ont à redire. Cette mise en récit, qui régulièrement cherche à mettre en cohérence les choix passés, participe aussi à plein de la construction d'une identité professionnelle¹⁷³, quitte ici, pour ce faire, à creuser un peu la plaie quand il s'est agi de convoquer des souvenirs de la formation, et plus largement, de l'univers hospitalier qu'à un moment elles ont quitté et d'une certaine manière, contre lequel – dans les deux sens du terme – elles se sont positionnées.

Cette remarque faite, il n'est guère étonnant que nombre d'entre elles aient souligné combien la formation qu'elles ont reçue cherchait, comme dans bien des institutions totales, au sens d'Erving Goffman¹⁷⁴, à régenter leur comportement, « *en les faisant vivre, comme disait Emile Durkheim, dans un même milieu moral, qui leur soit toujours présent, qui les enveloppe de toutes parts, à l'action duquel ils ne puissent pour ainsi dire pas échapper. L'éducation est alors organisée de manière à pouvoir produire l'effet profond et durable qu'on attendait d'elle* »¹⁷⁵. Ce n'est sans doute qu'au moment où se faisait jour un certain décalage entre ce qui était encore de règle dans les écoles d'infirmières et ce qui avait cours

¹⁷¹ Pierre Nora. *Les lieux de mémoire*, T. 1, Paris, Gallimard, 1984, p. XIX.

¹⁷² Le terme « itinéraire » est polysémique. Nous nous référons ici à l'approche que propose Jean-Claude Passeron : « *La manière dont un trajet se trouve dirigé par l'ensemble des déterminations inscrites en amont de chacun de ses mouvements.* » Nous dirons alors des trajectoires qu'elles « *actualisent un habitus au travers des conjonctures qu'il traverse* » et ce faisant les remarques de l'auteur : « *Qui croira qu'un individu soit chose si simple ou si docile qu'il puisse ainsi 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 ? (...) On voit dès le principe qu'il s'agit de composer une force et une direction initiales propres à un mobile avec les champs de forces et d'interactions qu'il traverse* ». Jean-Claude Passeron, *Le raisonnement sociologique*, Paris, Nathan, 1991, chapitre VIII, « Le Scénario et le corpus. Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », pp. 202-205

¹⁷³ Voir sur ce point Alain Vilbrod, « Les fondements de l'identité professionnelle », *Informations sociales*, n°94, 2001, pp. 42-50 et Alain Vilbrod, *L'Identité incertaine des travailleurs sociaux*, Paris, L'Harmattan, 2003, pp. 71-79.

¹⁷⁴ Erving Goffman, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968.

¹⁷⁵ Émile Durkheim, *L'Évolution pédagogique en France*, Paris, PUF, 1969, p. 139.

ailleurs, que telle ou telle disposition, règlement, etc. posaient problème, comme l'exprime finalement Laurence en quelques mots : « *L'impression de retourner dans un milieu, très, très scolaire, très dirigé. Après deux ans de fac, c'est dur, oui.* »

« J'ai fait mes études dans une école protestante où on était obligatoirement pensionnaire, coupé de la famille. (...) Il y avait le principe des blanches et des bleues. Première année, les blanches, seconde années les bleues et on avait toujours une aînée, entre guillemets, qui nous initiait aux études. On nous voyait de loin, parce qu'on avait cet uniforme ringard, on avait une petite cornette, on avait une robe rayée avec un petit tablier blanc, des bas blancs, des petites chaussures blanches... Donc la risée de tout le monde ! »

Francine

À entendre beaucoup d'infirmières, la modernité a eu bien du mal à s'imposer dans les écoles. Il est vrai que l'on a affaire à un espace souvent très intégré à l'hôpital, où la hiérarchie n'est pas un vain mot, et au sein duquel des décennies d'obéissance attendue du personnel subalterne ont abouti à sédimenter des usages, des façons de se tenir, de se déplacer, de paraître même, de la part d'infirmières aux ordres. Restent des souvenirs que l'on perçoit datés même si parfois pointent des critiques sur un univers où certains traits perdurent.

« Avec l'uniforme et tout, on était à l'école, internes, des chemisiers bleu pâle avec des jupes bleues marine. Comme des religieuses on était élevé. »

Marguerite

« Il fallait regarder les internes entre le nœud de cravate et la ceinture, Ah oui, c'est dingue, c'était drôlement sévère, pas de bijoux, pas de cheveux longs, un uniforme avec une coiffe. Mais c'est toute une époque. »

Sylviane

« L'école d'infirmières, c'était à R., dans l'hôpital. Au bout de huit jours j'avais fait mes valises. Ma mère a été déterminante pendant la première semaine de l'école, parce que, il n'y aurait eu que moi, j'aurais tout plaqué. C'était une formation très scolaire, plus que le lycée, très cadrée, petite jupe plissée bleu marine et socquettes blanches. On retrouve bien ça dans plein de démarches après, et ça ne me plaisait pas du tout. »

Constance

Des formatrices fort peu évoquées, des médecins « pour qui souvent, on était transparente »

À quoi tient le fait que tout ce qui a trait aux cours, aux enseignements dispensés par des formatrices, des monitrices, etc. ait été peu abordé lors des entretiens ? Sans nul doute est-ce avant tout de notre fait, tant nous n'avons pas vraiment poussé les unes et les autres à rassembler leurs souvenirs sur ce point précis¹⁷⁶. Pour autant, au fil d'entretiens qui étaient fort peu directifs, nous aurions pu glaner des assertions, des anecdotes. Il n'en a rien été ; il faut croire que les souvenirs les plus marquants, ceux qui aussi ont participé et participent

¹⁷⁶ Une hypothèse, parmi d'autres, peut toutefois être avancée, mais elle concerne plutôt les infirmières les plus âgées : jusqu'aux années 1970, l'enseignement en école d'infirmières était réservé aux médecins. Aujourd'hui, ils assurent simplement l'enseignement des pathologies, le reste de la formation étant totalement pris en charge par les cadres formateurs, y compris pour ce qui concerne l'aspect théorique. Cet effacement des formatrices de l'époque dans le cadre du « face à face pédagogique » pourrait expliquer, en partie, cette absence dans les discours recueillis.

encore de la construction identitaire, ne passent pas vraiment par ces versants, pourtant au cœur de la formation reçue, mais qui font pâle figure à côté du reste, des stages avant tout. De manière assez étonnante, ce sont plutôt alors ce que l'on pourrait appeler de « bons souvenirs » que nous avons entendus. Les infirmières qui nous en ont fait part paraissent avoir vécu leur formation de manière exaltante, comme une succession de découvertes toutes aussi passionnantes les unes que les autres. Souvent, celles-là ont croisé des personnalités auxquelles elles se sont identifiées, qui ont pu être pour elles de véritables initiatrices. Bien des éléments nous ont ramené alors à ce que l'on connaît, depuis les travaux des sociologues interactionnistes américains, en particulier de Everett C. Hughes ou de Fred Davis¹⁷⁷, du rôle de la formation dans une éducation au métier, qui est indissociablement affaire d'apprentissage, d'initiation et de « conversion doctrinale ».

« L'école d'infirmières était une petite structure, avec très peu de monde et un encadrement assez important. Les monitrices nous connaissaient, très très bien, elles nous encadraient énormément. Je n'ai pas mauvais souvenirs de l'école d'infirmières. Au contraire, c'était très familial, très sympa. »

Sophie

« On avait une vieille monitrice de l'ancienne école, vraiment la méthode Florence Nightingale, c'était vraiment... On avait le savoir-faire d'une vieille monitrice qui était extraordinaire. C'était une vieille fille qui avait passé sa vie à enseigner et par amour du métier aussi, c'était vraiment une femme, elle nous passait tout ce qu'elle savait, et puis elle était vraiment de grande qualité de cœur. »

Virginie

Au-delà de ces quelques contre-exemples, la plupart ont eu tendance à réduire à la portion congrue le rôle, et l'impact des monitrices, dépeintes comme effacées derrière la figure omnipotente du médecin. Une bonne part des hommes qui, par ailleurs se dépeignent volontiers comme de « fortes têtes » durant la formation, n'hésitent pas à mettre en doute leur compétence. Non sans une certaine fierté parfois, de recevoir des enseignements de professeurs réputés, ce qui est retenu de la formation a trait, pour l'essentiel, à ces cours et aux stages.

« Les cours étaient assurés par les médecins du CHU (centre hospitalier universitaire) et des monitrices. Les monitrices, c'était uniquement pour nous apprendre les gestes techniques, mais autrement on était formé sur le tas, dans le service. »

Élisabeth

Si – nous allons y venir – les unes et les autres ont été on ne peut plus prolixes dans l'évocation des situations vécues en stage ; dans ce cadre, comme d'ailleurs en école, globalement les médecins sont dépeints comme des figures lointaines et assez inabordables. Toutefois, ce n'est pas une règle, et la taille de l'IFSI, ses effectifs paraissent un critère assez déterminant dans ce qui en est rapporté. Quand les élèves infirmières sont peu nombreuses par promotion, peut s'établir ce qui est dépeint comme une sorte de climat familial, avec des relations aux différents interlocuteurs, médecins compris, moins marquées au coin par la distance et les strictes relations hiérarchiques.

¹⁷⁷ Voir Danièle Carricaburu, Marie Ménolet, *Sociologie de la santé*, Paris, Armand-Colin, 2004, pp. 62-64.

« On avait de très bons rapports avec les médecins. Ça, ils étaient très sympathiques avec nous, que ce soit dans le service à l'hôpital, déjà on avait une tenue spéciale, donc on nous reconnaissait, et c'était très bien. L'avantage qu'on avait, c'était qu'on n'était pas très nombreuses »

Léa

Là où certaines apprécient une tutelle qui peut prendre toutes les formes connues de l'adhésion communautaire et de l'inclusion au groupe, y compris dans ce qui a trait à une « orthopédie » spécifique qui passe par le port de l'uniforme, la coupe de cheveux, la discrétion du maquillage, etc. et aussi, classiquement, par une certaine théâtralisation de l'émotion collective à l'occasion de tel ou tel événement dans la promotion ; d'autres demeurent rétives à ce que suppose une telle affiliation. Sans doute est-ce affaire de maturité, de construction identitaire personnelle qui déjà puise à d'autres sources, mais il se peut aussi que des situations mal vécues durant la formation provoquent une sorte de traversée du miroir. Le sens de tous ces gages à donner à l'esprit de corps, de tous ces rites d'institution – docilité attendue comprise – devient alors trop visible, trop lisible. « Le temps et le tempo de la formation ne pénètrent plus le corps », pour composer sur une expression de Michel Foucault¹⁷⁸, et tout le cursus, désormais, peut être vécu sur le mode de la résistance à l'enveloppement, à l'imposition de l'éthos attendue des infirmières hospitalières qu'elles apprennent à être. Souvent, on l'a vu, on a affaire, pour celles qui deviendront infirmières libérales, à des femmes plus habituées à l'indépendance qu'à la soumission, dont l'habitus n'emprunte pas vraiment les voies d'une certaine dépossession de soi, condition *sine qua non* pour une nouvelle d'identité¹⁷⁹. Il est difficile d'effectuer de manière assurée le lien entre ce qui est inscrit, du fait de leur socialisation primaire, au plus profond d'elles-mêmes et la façon dont elles peuvent réagir face à telle ou telle situation. Cependant, on ne peut exclure qu'effectivement, dès le temps de la formation, s'exprime, « s'extravase » en somme, un état d'esprit qui s'accommode mal avec toutes ces formes d'intégration qui participent au « devenir infirmière hospitalière ».

« Et l'école, j'en ai gardé un mauvais souvenir. Je trouvais qu'on était traité comme des enfants de 5 ans. Pas du tout comme des adultes ; et j'estimais que j'étais adulte, j'avais 18 - 19 ans. Il fallait se mettre debout quand quelqu'un entrain. Il y avait une vénération des médecins qui intervenaient. Autant j'avais du respect pour le travail qu'ils faisaient, autant le fait de s'abaisser et d'avoir ce côté condescendant, je trouvais ça épouvantable. C'est quelque chose que je ne comprenais pas du tout. »

Catherine

Nous l'avons déjà signalé, les plus âgées, souvent, se tiennent à distance et à ce titre d'ailleurs, contreviennent régulièrement à la bonne disposition attendue d'elles, vis-à-vis de la formation. Parfois, elles ont d'ailleurs déjà en tête le fait de s'installer, dès que possible, en

¹⁷⁸ Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 154.

¹⁷⁹ Rappelons, à la suite de Pierre Bourdieu, que l'habitus n'est pas un destin mais un ensemble de dispositions vécues comme autant de facettes de notre être. « *Il ne se révèle -c'est un système de virtualité- qu'en référence à une situation. Contrairement à ce que l'on me fait dire, c'est dans la relation avec une certaine situation que l'habitus produit quelque chose. Il est comme un ressort, mais il faut un déclencheur.* » On verra plus loin quels ont pu être ces « déclencheurs » du choix de l'exercice libéral chez des infirmières « prédisposées » dans un certain sens, mais qui auraient, dans d'autres circonstances, pu tout aussi bien demeurer au sein de l'hôpital toute leur carrière. Voir Pierre Bourdieu, « Sociotoile », transcription de l'entretien avec l'historien Robert Chartier. « L'habitus comme système de virtualité qui ne se révèle qu'en situation », diffusé dans l'émission de France-Culture *Les Chemins de la connaissance*, partie 4, 1988.

libéral – c’est le cas de Claire – . Sans ambages alors, elles peuvent jeter un regard acide, y compris sur quelques envers du décor.

« En tant qu’élève infirmière, on était vraiment très très mal reçu. Tu étais vraiment... (...) Quand j’ai commencé, j’avais 26 ou 27 ans, ce n’est pas pareil que quand on a 18 ou 19. Bon, tu n’acceptes pas les mêmes choses et tu le dis. Donc là, ça ne c’était pas bien passé, parce que j’avais dit ce que je pensais. (...) Avec les médecins, les relations étaient inexistantes. On était transparentes vraiment. En cardio, il y en a un qui draguait tout ce qui lui passait à portée de main, et celui-là, lui, l’intérêt qu’il avait, ce n’était pas du tout lié à la profession, ni à la formation, c’était si ton minois lui plaisait. Sinon, non, on était transparente. »

Claire

Du côté des hommes, les propos peuvent différer. Les assertions renvoyant au refus de la domination féminine abondent. Elles rappellent combien, durant les stages, ils ont dû composer avec des infirmières en poste, avec des cadres féminins aussi, qui les supervisaient et pouvaient mettre à mal certains de leurs schémas mentaux... Par contre, ils ont souvent rapporté leur proximité avec les médecins, leur complémentarité, le fait qu’en somme, ils étaient du même bord ou, en tous les cas, vite reconnus pour leurs particulières compétences.

« Il y avait le Professeur A., en cardiologie, avec tout son staff, et nous les étudiants, on suivait derrière, et un moment il nous regarde et il m’appelle, j’étais en 2^{ème} année. Il dit : “Donnez-moi les signes de l’infarctus du myocarde”. Il m’a interrogé devant tout le monde, ça a été pour moi valorisant, je n’étais pas là... On me voit et on fait attention à vous. Non, j’ai de très bons souvenirs des collègues, des patients, des médecins, pendant toute la durée de ma formation. »

Aimé

« Il y avait quelques services qui étaient réputés pour ne pas soigner ses élèves, pour les rabaisser un petit peu, mais nous, on avait un statut différent, nous les hommes. »

Gaël

Des mises en situation éprouvantes

« L’important du point de vue de l’effet pédagogique est moins ce qui est enseigné que ce qui est enseigné à travers les conditions dans lesquelles s’effectue l’enseignement. L’essentiel de ce qui est transmis se situe, non dans les contenus apparents, programmes, cours, etc. mais dans l’organisation même de l’action pédagogique. »¹⁸⁰

Nous nous sommes particulièrement arrêtés, lors des entretiens, sur le temps des stages. Nous aurions voulu l’éluder que, de toute façon, il serait venu d’une manière ou d’une autre sur le devant. En effet, mille et uns souvenirs renvoient à des situations, à des événements qui restent gravés comme autant d’épreuves qui dépassent la plupart du temps ce qu’elles imaginaient. Ce temps des stages, assurément, structure la formation, en constitue la colonne vertébrale. C’est là que le métier est rentré, c’est là que, sans échappatoire, elles ont eu le sentiment de devenir infirmière. Le reste, à la limite, meuble ou prépare, et n’en représente que les contours, les prémisses, le sas. Pour autant, les premiers pas dans l’univers hospitalier, du moins pour celles qui ne le connaissent pas encore, peuvent s’avérer décevants. Elles font l’expérience d’un statut de second rang, elles sont de celles qui encombrant,

¹⁸⁰ Pierre Bourdieu. *La Noblesse d’État*, Paris, Minuit, 1989, p. 155.

d'autant plus qu'on sait qu'elles ne font que passer. Transparentes aux yeux des médecins, elles peuvent l'être aussi à ceux des infirmières. Ce métier, qu'elles s'impatientent à intégrer, se défausse ; ces professionnelles, à qui elles veulent ressembler, déçoivent. Parfois ce sont des petits riens, de petits détails, mais qui révèlent une sensibilité à fleur de peau, à la hauteur d'attentes qui sont si fortes que peu de choses suffisent à les faire vaciller.

« Il y avait une surveillante à chaque étage, et c'était souvent, je m'excuse, mais des vieilles filles. Et bien, pour Noël si les malades offraient des bonbons, nous on n'en avait jamais, c'était pour les médecins et les infirmières diplômées, on ne comptait pas nous. À l'époque on n'était pas considéré du tout. »

Édith

« Ils ne nous regardaient pas, ils ne s'occupaient pas de nous, les médecins. Déjà, au niveau des infirmières, il fallait bien arriver en 2^{ème} année pour devenir intéressantes. On commençait à savoir faire des choses, ça allait, mais les tous premiers stages, rien quoi, on nous mettait au bureau, on nous faisait voir les dossiers, c'est tout. Là c'est vraiment un mauvais souvenir. »

Anne

« J'ai vécu des trucs insupportables, depuis, là, je me suis jurée que jamais je n'y travaillerai. (...) C'est-à-dire vous débarquez dans un service, les infirmières s'assoient et prennent le café, vous n'avez pas le droit de vous asseoir, vous ne faites que des tâches ingrates, on vous plantait dans une petite pièce à broser des pincés, je restais des journées à la stérilisation, des trucs comme ça. »

Odette

Les premières journées de stage, dans un temps où, très rapidement, les futures infirmières étaient orientées vers des services, suscitaient régulièrement bien des émois. Apparemment, à entendre quasiment toutes celles que nous avons interrogées, ce n'est pas tant cette plongée sans grands préalables qui posait problème, que le type de tâches qu'elles étaient amenées à assumer. D'ailleurs, et c'est le sens du propos d'Anne, les premiers stages effectués désormais dans des crèches, des centres sociaux, etc. ne sont pas toujours très bien vécus parce qu'ils sont perçus comme trop périphériques à ce à quoi elles brûlent de se confronter, y compris, peut-être, pour vérifier si elles sont vraiment faites pour...

« Dès le premier jour on était en stage. À 18 ans, je me rappelle, on m'envoyait faire des prises de sang avec l'infirmière de service. Elle m'a dit "tu piques". Je n'avais jamais fait ça mais moi, j'étais prête, je l'avoue, j'aimais ça, je n'ai eu aucun problème. »

Virginie

« À l'époque on était en stage le matin et on avait cours l'après midi. C'est comme ça que ça fonctionnait. Et on avait dans les mois d'été un mois complet de stage où là on remplaçait les infirmières. C'est ce que je dis, nous, on plongeait dedans, carrément, tout de suite. On était dans le bain immédiatement. Moi je suis rentrée au mois de septembre, en octobre on piquait. »

Michelle

Généralement, le choix des stages ne leur appartient pas. La conformité aux divers règlements qui, peu à peu, organisent la formation sur le terrain, la priorité donnée, dès les années 1970, à l'étude de l'homme sain au cours de la première année, l'obligation d'en passer alors d'abord par des stages dits « extra-hospitaliers », etc. Tout cela les amène à être

dirigées vers différents services sans grande latitude, même si, ici et là, elles peuvent émettre des vœux pris en compte dans la mesure du possible. De plus, les IFSI sont souvent adossés à des hôpitaux – avec leur palette plus ou moins étendue de services – vers lesquels, en priorité, elles sont orientées, et ce n'est finalement que dans l'épreuve qu'elles peuvent commencer à mesurer ce qu'elles apprécient le plus ou ce qui, *a contrario*, les déroutent. Pour autant, à entendre les plus jeunes, il est parfois possible de réitérer des stages, là où on s'est plu, de choisir ceux que l'on est amené à effectuer l'été ou l'un de ceux qui vont ponctuer la dernière année. Il est aussi loisible de procéder à des échanges et finalement on pressent que, peu à peu, des marges se libèrent dans leur cursus, quant au parcours que l'on dira « clinique ». Des goûts, des attirances s'expriment alors. Peut-on relever déjà si on va avoir affaire à des infirmières attirées par des services réputés techniques ou par d'autres, en médecine par exemple, moins tenus par l'urgence et, peut-être, laissant plus d'espace aux relations avec les patients ? Certaines, mais elles sont peu nombreuses, expriment d'emblée qu'elles se rangent parmi les « relationnelles ».

« J'aime bien la médecine en général, et tout ça, c'est du relationnel, ça m'a intéressé, la gériatrie. »

Agnès

« Je préférerais la médecine à la chirurgie, contrairement à beaucoup de mes collègues. »

Catherine

De fait, la plupart effectivement expriment leur attirance pour les services « où ça bouge », comme la chirurgie, la traumatologie, le bloc, etc.

« J'ai fait beaucoup de chirurgie parce que j'aime bien la chirurgie. On pouvait influencer le choix en demandant médecine, chirurgie. Je me suis entendue répondre à un moment "T'as fait un peu trop de chirurgie, faudrait peut-être que t'ailles en médecine". »

Odile

« Moi, de toute façon, j'étais très technique, c'était la technique. Moi, je voulais faire réa. D'ailleurs, j'ai fait réa. Moi, c'était ça. »

Véronique

« Techniciennes », « relationnelles »... Il convient de prendre avec quelques précautions cette dichotomie qui paraît désormais s'imposer d'évidence et à laquelle les unes et les autres font d'ailleurs naturellement appel avec toute la force de deux catégories tranchées, comme si elles ne pouvaient appartenir qu'à l'une ou l'autre, alors que la réalité est bien plus complexe. Bien que cette catégorisation bi-polaire n'ait pas vraiment de consistance, le fait est que ce système de représentations est extrêmement prégnant au sein de la profession infirmière. C'est un répertoire commun dans lequel on puise pour construire les identités des unes et des autres au travail, pour caractériser les pratiques individuelles, mais aussi collectives, des équipes, voire des générations, etc. Ce ne sont pourtant que des catégories de papier, des formes bien hâtives de typologie, utiles sans doute, mais ne faisant pas vraiment dans la nuance. Ce que l'on peut simplement avancer ici, c'est que l'on a affaire à des élèves infirmières qui paraissent vouloir en découdre, s'approprier les savoirs, découvrir, apprendre, se familiariser avec des techniques particulières. Les stages en psychiatrie sont d'ailleurs unanimement décriés parce que « on n'y fait rien de ses dix doigts » et ceux en médecine ou en gériatrie assez peu courus. Alors qu'on pourrait s'attendre à croiser des jeunes femmes qui,

déjà à l'époque, auraient été plutôt attirées par des stages en long séjour, etc., si l'on considère qu'aujourd'hui leurs pratiques professionnelles sont assez proches de cela à l'heure où leur clientèle est avant tout composée de personnes âgées, et leur métier appelant des qualités relationnelles évidentes ; de fait ce n'est pas le cas. Certes, on manque encore et toujours de repères, de possibilités de comparaison, mais on ne peut pas dire que ces infirmières-là étaient d'emblée peu attirées par un travail réclamant des compétences pointues. Si une tendance se dessine, à les entendre, elle est même assez nettement inverse.

Cela n'empêche pas que bien des stages les ont déstabilisées. Découverte des corps, pudeur et impudeur, nudité, toute honte bue, gêne que tout révèle là où on voudrait prendre le dessus et ne pas laisser paraître... Nombre d'entre elles ont cherché les mots ou ont tourné autour. Ce fut souvent une épreuve sinon un choc, et régulièrement, nous avons entendu des remarques telles que « À 18 ans », « À 19 ans », « Encore jeune tout de même ». Nous avons aussi relevé, et cela, bel et bien, nous rappelle quelque chose¹⁸¹, des expressions comme « J'ai dit à ma mère que.. », « Dans l'état où ma mère m'a retrouvée », « Heureusement que ma mère m'a soutenue, parce que sinon... », etc. Ces parents, ces mères plutôt, semblent bien avoir, d'une manière ou d'une autre, accompagné les premiers pas de leurs filles, projetées sans prévention dans des mondes où leur expérience de la vie d'adulte pouvait être encore bien ténue.

« Je n'avais jamais mis les pieds dans un hôpital et ça été un choc énorme. Je ne savais pas ce que c'était.(...) Moi, j'étais envoyée avec une cuvette, un gant, une serviette, nettoyer les personnes âgées dans un service... vraiment... qu'on ne voit plus heureusement à l'heure actuelle. »

Sophie

« Mon premier stage, je l'ai fait début novembre en psy, première toilette, à 18 ans. Je suis rentrée chez moi, j'ai dit à ma mère "je n'y retournerai pas demain". J'étais désespérée, je pleurais, j'étais dans un état. "Pas pour faire ça, je passerai pas ma vie à faire des toilettes comme ça". Et en plus en psy ! »

Clotilde

Entre toutes, et il y en a pourtant bien d'autres, telles que la découverte de la déchéance des personnes âgées ou du sentiment d'impuissance face à la souffrance, l'épreuve la plus marquante est sans conteste l'expérience de la mort d'un patient et du désespoir des proches. Le premier, celui dont on leur a dit qu'elles ne l'oublieraient jamais. Et, effectivement, cela apparaît bien marquer un passage¹⁸². Sans nul doute, le récit est déjà rôdé sur ce sujet, mais l'émotion transpire toujours. Ensuite il y a un « après » ; l'épreuve est passée : je peux. Toutefois, certaines, à les entendre, n'ont jamais pu prendre le dessus quand

¹⁸¹ On connaît, depuis les travaux de Talcott Parsons, en quoi il y a lieu de distinguer la fonction expressive de la mère et la fonction instrumentale du père dans l'ensemble des interactions verbales qui participent bien des solidarités familiales à l'épreuve de l'insertion professionnelle des jeunes et plus largement de ce « faire famille » dans lequel, éminemment, les futures infirmières libérales et leurs mères sont inscrites. Voir sur ce point Olivier Marchand, « Parler en famille : les échanges entre parents et enfants », *Économie et Statistique*, n°304-305, 1997, pp. 163-177.

¹⁸² Confirmation, s'il le fallait ; François Dubet note dans son ouvrage « Le Déclin de l'institution » : « Les infirmières de notre groupe de recherche rappellent que la plus grande épreuve des élèves infirmières est celle de la mort d'un patient, de sa souffrance, du désespoir des familles, de la déchéance des personnes âgées, et que là s'arrête le métier. "Avec le premier mort, on peut ou ne peut pas, et je n'encourage pas ceux qui ne peuvent pas" dit Chantal ». François Dubet, *Le Déclin...*, op. cit. p. 204.

il s'agissait d'enfants, les résonances étant trop fortes sans doute, au moment où leur désir d'enfants, ou la proximité avec les leurs tout simplement, réveillait des craintes plus ou moins enfouies.

« Voir ces patients qui se retrouvaient à étouffer sans faire le moindre geste, c'était épouvantable ! Il n'y avait pas de prise en charge de la douleur à l'époque, c'était vraiment mourir à petits feux. J'ai le souvenir de voir des gens étouffer dans leur lit. J'étais jeune, c'était mon 2^{ème} stage. »

Catherine

« Les enfants, je n'ai pas supporté, c'étaient des enfants qui arrivaient avec des malformations cardiaques, qui étaient en réanimation ; ça a été mon plus mauvais souvenir. Je ne suis pas capable de soigner des enfants. »

Marguerite

Parfois on pourrait penser que le choc est un peu moins rude, puisque, avant d'être le témoin d'une agonie, les élèves infirmières peuvent avoir été chargées d'effectuer des toilettes mortuaires, ou réalisent un court stage à la morgue d'un hôpital, mais il n'empêche, l'évocation de la mort paraît intégrée, quasi inévitablement, à la présentation de soi comme ayant connu l'épreuve majeure. Et tout préparé qu'il puisse être, le récit fait régulièrement remonter à la surface le refoulé de l'émotion ressentie alors.

« Alors le premier stage, ça a été quelque chose ! On m'envoie dans une maison de retraite, foyer de résidence exactement, tenu par un militaire de carrière, le directeur. La première chose qu'on me fait faire, une personne décédée dans la nuit, on m'a demandé d'aller la laver. Tout de suite ! C'est une chose, bon j'en ai parlé même à la directrice, parce que ça m'avait quand même plus ou moins choquée. Ça pouvait briser un élan. »

Valérie

« La mort aussi ça m'a marqué. Il y a des morgues. On avait un petit stage à la morgue, c'était particulier, surtout quand on est jeune et qu'on n'a jamais vu. »

Michel

À côté du rappel de ces épreuves, qui souvent viennent en premier dans le récit, même si elles ont annoncé que, à notre invite, elles allaient procéder chronologiquement dans le rappel des souvenirs des différents stages effectués, on n'en finirait pas d'évoquer les situations où elles ont été amenées à faire la preuve, sans grande préparation, de leurs toutes nouvelles compétences. Se rappelle alors le fait que, réelles ou vécues comme telles, il y a toujours eu, à un moment, un pas à franchir, une immersion où elles se sont retrouvées toute seule.

« J'ai un souvenir en service de gastro, mémorable. Il y avait une infirmière malade, une en vacances, ça commençait déjà. Et je me rappelle que celle qui restait faisait le tour avec le médecin. Et elle était débordée, et elle me dit "vous avez déjà vu des tubages gastriques ?" Je lui ai dit "Non, on a juste vu la théorie de Gérencourt, on n'a pas encore fait sur le mannequin. Débrouillez-vous, le malade a l'habitude, il en fait un tous les jours". Heureusement que je révisais mes cours, Je savais ce qu'il fallait comme matériel. J'ai pris le

plateau, j'ai juste préparé, et je suis allée tremblante faire le tubage gastrique au pauvre homme, qui, lui, effectivement, avait l'habitude. Donc, je l'ai fait, rien qu'en ayant lu la théorie, une fois, le soir. »

Colette

« C'était un hôpital psychiatrique. (...) C'étaient des salles immenses, des dortoirs immenses et tout ça, c'étaient des gens qui hurlaient, ça puait la pisse, la merde. Donc, le 1^{er} jour, j'ai accompagné, et le 2^{ème} on te donne une clé et donc tu arrives, tu accèdes aux vestiaires et des vestiaires, tu as une clé qui donne sur une immense salle. (...) Pour accéder aux salles de soin, il faut traverser ça. Je suis restée 10 minutes derrière la porte. »

Claire

Ruptures, tournants, situations extraordinaires... bien des récits reprennent la trame, entre préliminaires, mises en péril et assumption au rang de professionnelles, du rite de passage qui fait mûrir et devenir. Elles ne pouvaient, de toute façon, pas demeurer trop longtemps à flotter entre deux mondes. Des occasions se sont présentées ou ont été saisies pour entrer dans le métier. « L'expérience montre qu'à défaut de théâtralisations et d'épreuves de ce type, il est des processus qui tout simplement ne s'enclenchent pas, rendant le passage aléatoire », écrit Pierre Erny¹⁸³. De fait il y a des stages qui, pour les infirmières libérales que nous avons rencontrées, sont mal passés, se sont mal passés. En somme, parfois, elles sont restées sur leur faim, ou sur le seuil. On ne peut pas exclure que, pour certaines, ce que l'on dira « des mauvaises expériences » ait un lien avec le regard qu'elles vont désormais porter sur l'hôpital. Pour peu que, par la suite, se soient accumulées d'autres situations déroutantes, et le ferment de la révolte a pu lever...

Le ferment de la révolte ?

Sans aucun doute, certaines élèves infirmières ont trouvé, lors des stages, cette ambiance, cette « chaleur de la communauté soignante » qu'évoque Françoise Acker¹⁸⁴ ; cette relation aussi, teintée d'admiration, pour un grand patron qui allie compétence et simplicité, au point de tout pouvoir demander à son équipe. « Bon rapports, bons souvenirs. Les patrons, plus ils étaient grands, plus ils étaient simples » nous signalera Flora. « J'ai tout aimé » nous dira Geneviève ; « Deux années merveilleuses » nous glissera aussi Virginie. Il y a donc bien des stages que l'on quitte la larme à l'œil, des « professeurs » dont on continuera à parler longtemps avec déférence ; mais pour d'autres, il n'y a rien à faire, trop de situations ont été insupportables. Parce qu'émergent alors des souvenirs précis, ce n'est qu'en filigrane que l'on peut saisir une critique plus générale de l'univers hospitalier, entre absence de temps, excès de la hiérarchie et manque de respect à l'égard des patients. Les faits qu'elles rapportent se veulent illustratifs et, disent-elles souvent, elles en auraient encore tellement à dire. Tout

¹⁸³ Pierre Erny, « La notion de rite de passage », dans *Rites de passage*, ss. dir T. Goguel d'Allondans, Toulouse, Éres, 1994, p. 29. On peut souligner ici que nous avons souvent relevé un paradoxe : les infirmières rapportent toutes quasiment des premières expériences éprouvantes, en lien notamment au manque d'accompagnement des stagiaires et à un processus des délégations de soins (*dirty work*) en chaîne : au final, elles se retrouvent donc seules à faire une injection, une intubation, une toilette mortuaire voire même l'annonce d'un pronostic fatal ou encore, sur un autre registre, à diriger une équipe d'aides-soignantes ; etc. Or, quand elles évoquent la formation actuelle des futures infirmières, ces expériences négatives sont inversées, et deviennent positives dans le sens de « on était tout de suite mises dans le bain » et on était opérationnelles, voire professionnelles, dès le début de la formation. Ce renversement de vision peut d'ailleurs s'opérer entre le début et la fin du même entretien.

¹⁸⁴ Françoise Acker, « La fonction infirmière, l'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et Santé*, n°2, 1991, pp. 124-143.

paraît se passer comme si, à la suite de tel ou tel stage traumatisant, rien par la suite ne pouvait faire varier leur point de vue. Pour celles-là, l'hôpital va demeurer une figure repoussoir, et souvent, de fait, leur carrière y sera très brève. Avaient-elles d'emblée des préventions telles qu'à la moindre occasion, le ferment de la révolte pouvait lever ? On ne peut l'exclure, pour ce qui concerne notamment les plus âgées, et les hommes, qui mériteront vraiment que l'on s'y attarde spécialement. Le langage commun parlera de « fortes personnalités » ; pour notre part, on l'aura compris, on a déjà relevé tout ce qui font d'elles des femmes peu enclines à se fondre dans le moule.

« La visite, c'était comme ça : le médecin, l'assistant, l'interne, l'externe, la surveillante, l'infirmière, la 3^{ème} année, la 2^{ème} année et la 1^{ère} . Je m'étais trouvée là, et ça a été à moi de dire à cet homme-là, et je m'étais rendue compte que c'était le père d'une fille que je connaissais bien, et je lui ai demandé : "Et chez vous, c'est comment ? Il y a des marches partout." Et on lui coupait la deuxième jambe. J'étais complètement démunie face à des choses comme ça ».

Irène

Régulièrement, nous avons pu relever des allusions à des situations qui se sont révélées d'autant plus difficiles à vivre qu'elles venaient en écho à des événements, etc. vécus, d'une manière ou d'une autre, personnellement.

« Je me souviens de visites, parce que c'était très classique, à l'Assistance publique, vous avez le chef de service qui arrive, les internes, tout le monde rapplique, la surveillante, l'infirmière, le chariot, les élèves, et tout le monde débarque autour du malade qui est dans son lit, qui se retrouve submergé d'un tas de monde là, et les dossiers, plouf, plouf, sur le lit, là, comme s'il n'y avait personne dedans ! Et c'est tout juste si on dit bonjour à la personne. Et les gens se regardent d'un air entendu parce qu'ils savent très bien qu'elle a un cancer et qu'il ne faut surtout pas le dire. Moi, en plus de ça, j'étais sensible à tout ça parce que, comme mon père était handicapé, j'avais été de l'autre côté de la barrière. En tant que famille, on est plus sensible à ça. () Maintenant je pense que la mentalité a peut-être changé un peu, mais je crois que c'est ça aussi, qui m'a fait... alors je suis partie de l'hôpital, parce que je pense que, quand je suis écœurée de quelque chose... »

Adèle

« C'était en gynéco, il y avait deux, trois chambres réservées aux IVG, aucune infirmière ne voulait aller s'occuper de ces filles, aucune. Il n'y avait que les élèves infirmières, et elles étaient dédaigneuses avec des filles, alors ça, ça m'avait... Alors, les mamans qui venaient accoucher, qui avaient des problèmes de grossesse, c'était impec', mais alors les pauvres qui venaient avorter, qu'est-ce qu'elles prenaient ! Elles n'avaient droit à rien, elles ne rentraient pas dans leur chambre, les élèves allaient leur prendre la tension, s'occupaient d'elles et les préparaient. Alors ce service ! »

Odette

L'univers hospitalier requiert des stagiaires une acceptation, sans dire mot bien souvent, d'un ordre hiérarchique immédiat qui a pu être extrêmement prégnant, avant que la technicisation vienne intercaler d'autres formes de pression, temporelles notamment, ou encore bureaucratiques. Les hommes, souvent, sont en haut de l'échelle et c'est bien aussi une domination masculine qui prévaut, domination qui peut ne pas passer...

« Sur le terrain, je l'ai vu, la soumission complète. Au bon vouloir des hommes. Celles qui s'en sortaient bien dans notre promotion, c'est celles qui avaient déjà vécu, qui étaient déjà mères de famille, qui avaient des mômes, qui avaient travaillé. Autrement, il y avait beaucoup de gens dans mon cas quand même, plus dociles, mais qui étaient quand même agités par le système, oui. »

Irène

Plus largement, ce sont des manières de faire, une ambiance de travail en équipe à laquelle on sent confusément qu'on ne pourra pas s'adapter qui ont été évoquées. L'hôpital porte alors tous les maux, quitte sans doute à creuser la plaie, tant on va bientôt illustrer tout ce que, justement, le libéral n'est pas.

« Et puis, il y a des choses qui m'ont quand même choquée : "Est-ce que tu peux faire le pansement du 6 porte ou du 5 fenêtre ?" »

Claire

« Je m'étais rebiffée, j'avais osé ! On nous faisait faire les toilettes, les premières toilettes à des gens qui arrivaient dans un état ! Puis, à chaque fois, moi je me retrouvais avec un nouveau, alors que les autres continuaient à garder leur patient qui était déjà nettoyé. C'est un peu trivial mais... Et chaque fois, j'en avais un gros à nettoyer. Excusez-moi, mais quand même j'ai dit, "Ce n'est pas normal !" »

Flora

« La hiérarchie, les médecins, les surveillantes, les infirmières, Il y avait une mauvaise entente. C'était vraiment... les histoires de planning, moi je veux tel jour, et moi je veux tel jour, et celle-ci a des vacances. Ça, ça ne me plaisait pas du tout. D'ailleurs, c'est pour ça, je pense, que je me suis dirigée vers le libéral. »

Anne

Le libéral, un non-lieu

Il est bien délicat de choisir, dès lors que la matière est tellement riche, à l'aune des quelques 150 entretiens réalisés, des extraits qui soient à la fois significatifs et suffisamment illustratifs des observations et des analyses avancées. La sélection réalisée cherche bien à renvoyer à ce que l'on nomme souvent « un effet de saturation »¹⁸⁵, c'est-à-dire le fait que les informations restituées sont si redondantes que les propos ici rapportés, tout singuliers qu'ils soient, reflètent nombre et nombre d'assertions tellement entendues que l'on peut raisonnablement penser que les faits relatés, les idées exprimées « disent quelque chose » de ce que vit, de ce que pense un ensemble large d'infirmières libérales sollicitées par nos soins. Finalement, au lieu et place des propos retenus, on pourrait sans peine y substituer bien d'autres, qui tous vont dans le même sens. Ce faisant, on se doit de mentionner la diversité des points de vue, qu'il s'agisse de la manière dont les stages ont été vécus ou, plus haut, de la façon dont la scolarité secondaire par exemple a été investie par les unes et les autres. Rares sont, en effet, les thèmes où l'unanimité se dégage, et cela n'est guère étonnant bien entendu. Il convient alors de souligner, puisque ce n'est qu'exceptionnellement le cas, quand un thème rassemble à ce point les avis exprimés qu'on en viendrait à regretter de n'avoir pas eu la chance d'entendre au moins un avis clairement divergent. Indubitablement c'est le cas présentement. Certes il y a des nuances, et surtout une évolution au fil des dernières années,

¹⁸⁵ Voir Jean-Claude Kaufmann, *L'Entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 1996.

mais l'exercice libéral apparaît bien être un non-lieu dans le cadre de la formation en IFSI. Aujourd'hui, on le sait, quelques initiatives visent à fidéliser dans la pratique libérale des jeunes infirmières qui, dès leur formation, vont être « parrainées », « tutorées », et ce afin de combler, en Haute-Normandie en l'occurrence, le déficit chronique d'infirmières libérales¹⁸⁶. On mesure alors le chemin parcouru – et celui qui reste assurément à parcourir – tant, jusqu'à il y a peu, les IFSI ignoraient la pratique libérale, voire la considéraient comme une trahison à la cause.

Soulignons d'abord que, bien souvent, les unes et les autres disent très simplement qu'elles étaient de toute façon à mille lieues de penser qu'un jour elles pourraient exercer en dehors de l'hôpital. Ce n'est en effet qu'une minorité, que sur la base des entretiens on ne peut que difficilement évaluer, qui a un projet, sinon, avant cela même, une connaissance un tant soit peu précise de ce que recouvre la pratique libérale. Sans nul doute, chez nombre de ces jeunes femmes, y a-t-il en germe des dispositions allant notamment dans le sens d'une mobilité sociale ascendante, mais elles ne s'expriment pas souvent durant la formation. Ce n'est que bien plus tard, et on verra dans quelles circonstances, que la force de rappel de l'habitus fera en quelque sorte son œuvre. Pour l'heure, et l'expression est revenue à de multiples reprises, « *elles n'avaient pas la tête à cela* ».

« Je ne savais même pas ce que c'était. Je n'avais aucune idée de ce que c'était. »

Sophie

« Je ne savais même pas moi. (...) À l'époque, je ne pensais pas que j'allais faire infirmière libérale. Moi, je me voyais à l'hôpital tout le temps. »

Sylvie

« Le libéral je n'en ai jamais entendu parler. Le seul souvenir, ce sont des religieuses qui venaient, parce que ma sœur était asthmatique, elles avaient des piqûres, mais c'est tout. »

Agnès

Si les connaissances qu'elles ont de ce métier sont incertaines voire bien approximatives ; dans le cadre de la formation, il apparaît assez nettement que l'exercice libéral est plutôt décrié. Certes, il faut comprendre ce qu'elles rapportent – et, on le lira plus tard, la balle qu'elles renvoient en quelque sorte – comme participant là encore à l'affirmation identitaire, mais nombre d'entre elles ont rapporté des propos de cet acabit, qui ont bien eu cours dans les écoles d'infirmières (et qui ont encore cours d'ailleurs...) :

« Vu de l'hôpital et vu de l'école, le libéral, ça ne paraît pas être le boulot d'infirmière »

Constance

« À l'école, on disait que l'infirmière libérale n'a pas du tout un boulot technique, et à l'école, on mise tout sur le technique, toutes les formations sont centrées là-dessus. »

Corentine

¹⁸⁶ Voir « La Haute-Normandie expérimente », *Haute-Normandie Santé*, n°16, 2005, p. 1.

« Les seules fois où on nous parlait des infirmières libérales, c'est quand un malade venait, qui était chez lui et qui revenait avec des escarres : "C'est pas normal, mais vraiment, les infirmières libérales, qu'est-ce qu'elles font !" »

Geneviève

« Une infirmière qui disait vouloir faire du libéral était vue comme une infirmière de second niveau. »

Blanche

À plusieurs reprises, pointe un antagonisme, pour ainsi dire, par essence, entre un vrai métier et une occupation qui ne l'honore pas, tout au contraire même...

« On était hospitalier d'emblée, mais vous savez que le libéral continue à... Je vais dire deux mondes. Maintenant, on commence de plus en plus à avoir un rapprochement entre les deux, mais à une certaine époque, c'était vraiment deux mondes, mais qui étaient hostiles l'un par rapport à l'autre, qui étaient antagonistes complètement ! À l'époque où j'ai fait mes études, on n'en parlait même pas du libéral. Moi, pendant mes études on n'a jamais parlé d'extra hospitalier. On était branché hôpital, on ne concevait même pas sortir des études et partir dans l'extra hospitalier, ce n'était même pas concevable. (...) Le libéral était réservé aux sœurs. On avait cette image-là. Donc, pour les laïcs, pour nous, le libéral, du tout, du tout, il y avait encore une forte présence des religieuses. »

Michelle

« Moi, l'image que j'en avais n'était pas très gratifiante. Tout le monde disait, c'est pour se faire du fric. Je sonne, je pique, je pars. »

Blandine

« On nous en parlait en mal. Les infirmières libérales, c'étaient des filles qui voulaient se faire du fric sans bosser ; ou alors les plus nulles, à la limite, elles pouvaient faire infirmières libérales. »

Joëlle

Régulièrement, les infirmières libérales ont côtoyé voire ont pris la suite de religieuses. Cette image, associée à celle de la piqueuse, court largement dans les écoles d'infirmières, surtout en province, au moins jusqu'aux années 1970 voire 1980. Durant cette dernière décennie-là on commence toutefois, timidement, à évoquer, en dernière année, l'exercice libéral comme étant un débouché possible. Cela paraît toutefois être dit du bout des lèvres, sans doute à un moment où les hôpitaux ne sont plus en mesure, comme cela était le cas de façon entendue, de « *prendre toute la promo* ». Ici on invite une infirmière (nous avons d'ailleurs plutôt entendu parler, curieusement, d'infirmier libéral, souvent délégué de la Fédération nationale des infirmiers (FNI) – un syndicat sur lequel nous reviendrons – . On passe aussi de courts films qui évoquent, entre autres choses, ce débouché-là, et quelques-unes se souviennent aussi d'imprimés mis à disposition, présentant de façon succincte l'exercice libéral.

« En formation, on ne m'en a parlé qu'une seule fois, c'était un mois avant le DE. L'infirmier libéral qui, à l'époque, était président de la FNI de B., Monsieur L., est venu nous présenter

un peu ce que c'était que le métier d'infirmier libéral et nous a découragé parce que, pour lui, c'était bouché, c'était... Alors que ce n'était pas bouché, parce que, je vous dis, il y avait deux cabinets qui m'attendaient. »

Valérie

« Un infirmier libéral est venu nous faire deux heures de cours, et de son rôle, de ses obligations, de ses droits. Oui, et je l'ai encore, c'est une feuille recto verso, c'est vraiment très limité. »

Clotilde

« Il me semble qu'il y avait, vous savez des petits films qui montrent justement les différents aspects du métier. Oui, il y avait un petit truc... »

Adèle

Des stages matriciels

À entendre les unes et les autres, ce n'est que dans les années 1990 que des stages auprès d'infirmières libérales ont été possibles. Avant cela, ici et là, il semble bien que seuls des centres de soins infirmiers accueillissent, de temps à autre, des stagiaires. Ce n'est qu'une très faible part des infirmières que nous avons sollicitées qui ont effectué ce type de stage. Par contre, très nettement, elles (ou « ils », puisque bien des hommes qui sont allés vers la pratique libérale au sortir de la formation ont fait, lors de ces stages, leurs premières armes) ; elles avaient d'une certaine manière de la suite dans les idées puisque, la plupart du temps, dès que possible, elles ont bifurqué vers la pratique libérale effectivement. Parfois même, un stage en centre de soins était obligatoire, notamment quand il s'agissait d'écoles d'infirmières catholiques... et de centre de soins tenus par des religieuses...

« Je crois que c'était imposé dans le cursus des stages. Je n'avais pas apprécié beaucoup, parce qu'on était dans un milieu très défavorisé, où il y avait de gros problèmes d'hygiène. On était avec des sœurs qui étaient infirmières. Les premiers temps avec, et puis après, toute seule. J'étais quand même capable de me débrouiller toute seule dans les rues. C'était le matin, l'après-midi on était en cours. »

Odile

« J'ai dû demander un stage optionnel en fin de 3^{ème} année pour voir ce que c'était que le libéral. C'est moi qui ai dû demander et trouver mon stage. C'était assez mal vu, parce qu'on était formé au CHR (centre hospitalier régional) et, par la suite, inclus au CHR. (...) Et donc stage optionnel, et donc j'ai tourné à l'époque avec un gars qui est devenu un collègue par la suite. Roulement de nuit et de jour, ça s'est très bien passé parce que je me sentais dans mon élément. (...) Ma devise c'était d'avoir un diplôme et de m'installer rapidement en libéral. »

Alain

« C'était une démarche volontaire de faire un stage en libéral. J'ai dû faire trois, quatre semaines, je ne sais plus. Un stage qui m'a beaucoup plu. À l'époque, c'était illégal, mais... non, pas le stage, mais la manière dont on l'a fait fonctionner. (...) Parce ce qu'en fait, pendant deux jours, je faisais une tournée avec quelqu'un et puis, ensuite, on me disait "Tu prends une sacoche et puis..." »

Sylvain

Conclusion

Les parcours scolaires des infirmières libérales n'apparaissent pas véritablement originaux. Ils sont ceux, très prosaïquement, de filles d'extraction modeste, mais arrivant à un moment où les familles n'envisagent plus de tracer le mariage comme seule destinée à leur descendance féminine et misent de plus en plus sur l'école pour que leurs enfants, d'une manière ou d'une autre, prolongent leur trajectoire, au besoin en divergeant vers des métiers mieux assurés que les leurs, métiers féminins en l'occurrence. Leur réussite scolaire – toute relative – ne leur permet pas, de toute façon, de rivaliser avec les jeunes d'autres milieux, et l'ambition affichée ici et là apparaît peu étayée. Si, au fil des années, elles poussent leurs feux de plus en plus loin, c'est bien parce que la surenchère des diplômes nécessaires pour tirer son épingle du jeu les amène à penser notamment le bac comme évidence. La plupart du temps, le collège, le lycée ne sont pas des sources de plaisir infini mais, au contraire, sont plutôt synonymes de labeur.

Sans doute trouvent-elles plus leur compte dans une formation professionnelle. Pour autant, les écoles d'infirmières déboussolent plus d'une. Nombre d'entre elles sont peu habituées à tenir en place, à accepter, sur le mode de l'allant de soi, des rapports hiérarchiques où, comme le dit joliment l'une d'entre elle, « *il faut regarder le médecin entre le nœud de la cravate et la ceinture* ». Mille et un propos laissent à penser qu'elles ne sont pas de celles qui s'en laissent compter. De ce point de vue, la formation comme rite d'intégration ne semble pas les avoir pleinement converties. Elles sont actives mais elles sont réactives aussi, et le monde de l'hôpital ne les fascine pas nécessairement. Elles abordent en tous les cas le métier avec un œil critique mais avec aussi, dans le même temps, une forte aspiration à s'engager et à payer de leur personne ; du moins pour celles (et ceux) qui vont vers l'hôpital, puisque, on l'aura compris, ferment de la révolte et opportunité de diverger prestement ont déjà poussé certaines, certains, vers la pratique libérale. Celles-là, ceux-là, pour autant, sont minoritaires. La plupart entame donc le métier sans faux-semblants. À ce stade, savoir qu'elles ont dérogé à la carrière hospitalière, plus ou moins rapidement certes, demeure encore un peu énigmatique puisque, d'une certaine manière, on pressent qu'elles vont vouloir en découdre et seront plutôt de celles qu'*a priori* la complexité des soins, l'appel à la technique, etc. ne rebutent pas, tout au contraire.

23. Les modes d'entrée dans le métier

Une fois encore, il va falloir se défier de toute généralisation, tant les trajectoires que connaissent celles et ceux qui, à un moment donné, vont bifurquer vers la pratique libérale, sont plurielles. Si on risquera donc, ici et là, quelques typologies, il faudra toujours avoir à l'esprit qu'elles ne sont rien d'autres que des repères, permettant de mesurer des écarts entre la diversité des voies empruntées et de suggérer un certain nombre de parcours type. Certaines infirmières ne restent pas longtemps à l'hôpital, d'autres, au contraire, y font durablement carrière et peuvent d'ailleurs faire valoir des droits à la retraite de la fonction publique, quand, dans le même moment, elles « posent leur plaque ». L'une des infirmières libérales interrogées, Charline, nous a déclaré, de manière tranchée : « *Il n'y a pas de vocation libérale. Le libéral, c'est quand on a ras le bol de la clinique ou de l'hôpital, et puis qu'on veut chercher autre chose.* » Sans nul doute il y a-t-il un fond de vérité dans sa remarque, mais dans le même temps, un certain nombre de situations rencontrées modulent sa vision des

choses. Il y a même des infirmières qui en sont vraiment venues au libéral à reculons et qui, si elles l'avaient pu, seraient volontiers restées travailler dans l'hôpital où elles étaient complètement à leur affaire et où elles se plaisaient beaucoup. Il y a donc des tendances assurément, mais pas d'univocité.

Les maux dont souffrent les hôpitaux, les conditions de travail éprouvantes de ses personnels sont désormais assez bien connus. Les seuls rappels que nous risquons ne seront donc là que pour signaler en quoi, indubitablement, une fraction importante de celles qui vont embrasser la carrière libérale n'a plus trouvé en hôpital, à un moment donné, un espace d'accomplissement à la hauteur de leurs attentes. On le pressentait, et les données dont nous disposons le confirment : la plupart d'entre elles se sont engagées avec beaucoup d'allant dans le métier d'infirmière. Sans même évoquer celles et ceux qui divergent délibérément dès la fin de leurs études en IFSI – on ne les retrouvera donc que plus tard dans notre propos – , une part de ces infirmières qui prennent pied dans l'hôpital sont cependant vite découragées par les conditions de travail qu'on leur propose. Le contexte de rationalisation des années 1980-1990, l'émergence de diverses formes de bureaucratisation, les tensions inhérentes à la pression temporelle, les difficultés à faire équipe... il n'y avait effectivement aucune raison pour que tout ce lot de récriminations ne soit pas exprimé. Sans s'y attarder outre mesure, il va bien falloir nous y arrêter quelque peu. En effet, au-delà de bien des dimensions individuelles, dont on ne peut pas, bien entendu, faire l'impasse, il apparaît nécessaire de resituer *a minima* les « tournants de carrière » (au sens d'Everett Hughes¹⁸⁷) de ces infirmières dans leur contexte. Les évolutions techniques, les transformations du champ professionnel, les modifications organisationnelles, les changements politiques et économiques sont, de fait, à prendre en considération. Ainsi, les mutations du travail infirmier ont assurément joué un rôle dans l'inflexion des cheminements singuliers des unes et des autres. Parmi celles-ci, nous pouvons citer encore : l'alourdissement des pathologies et des prises en charge, la complexification des traitements, le vieillissement des malades, l'intensification des tâches de soins, la responsabilisation accrue des professionnels du soin, la maîtrise des dépenses de santé, etc. Dans ce contexte, les modes de gestion de ces tournants de carrière vers le libéral peuvent bel et bien être perçus comme des tentatives d'adaptation ou comme des stratégies d'anticipation permettant d'affronter des mondes professionnels et organisationnels qui, en pleine mutation, en viennent à constituer des sources d'insatisfaction pour ces professionnelles.

On ne peut pas vraiment dire que ces infirmières, qui bientôt vont franchir le pas du libéral, n'attendaient, en quelque sorte, que cela. Par contre, à n'en point douter, leurs exigences, à la hauteur de leurs espérances, étaient fortes. On a affaire, rappelons-le, à des femmes qui sont réactives ; qui, à la limite peuvent être assez indociles et, en tous les cas, qui ne paraissent pas cultiver à l'excès l'art du compromis. Au plus profond de leur habitus, demeurent des schèmes de pensée, comme une grammaire virtuelle, qui ne s'accordent pas nécessairement avec l'ordre hiérarchique posé une fois pour toutes, avec les atermoiements de collectifs de travail en panne de véritable coordination, et plus généralement avec les effets de ces mutations évoquées plus haut. On ne peut pas exclure non plus qu'une certaine ambition, bientôt déçue, les habite, même si elle ne s'exprime ouvertement que chez les infirmiers. À un moment donné donc elles prennent le parti de « s'installer » – étymologiquement, de « s'établir dans sa charge, dans sa stalle » – .

¹⁸⁷ Everett. C. Hughes. *Le Regard sociologique*. Essais choisis (textes rassemblés et présentés par J.M. Chapoulie), Paris, EHESS, 1996 (tout particulièrement le texte 11, « Carrières », pp. 175-185)

Quasiment dans tous les cas, ce fut une aventure, parfois d'ailleurs vécue bon gré mal gré. En effet, nous avons toutefois entendu, trop souvent pour que cela n'ait pas un sens, que le libéral, ce fut aussi parfois faute de mieux. On a en effet affaire à des femmes qui, classiquement, vont être redevables de la carrière de leur mari, de leur compagnon. En ces lieux aussi, la domination masculine n'a pas dit son dernier mot. On évoque volontiers l'héliotropisme qui, effectivement, pousse à des installations dans des terres ensoleillées déjà bien pourvues en cabinets infirmiers. On descend de fait – plus que de raison disent certains – vers le Sud¹⁸⁸, mais on revient aussi au pays, ou bien ; plus prosaïquement, on suit un mari qui, pour sa carrière, doit être mobile, et vis-à-vis duquel on doit parfois sacrifier quelques aspirations personnelles. Plus d'une est amenée alors à s'installer en libéral, faute de parvenir à décrocher un poste là où désormais elle réside. Certes parfois elles posent leurs conditions, mais pas à tout coup.

On le voit, l'arrivée dans l'exercice libéral résiste à toute explication schématique. Une fois l'idée acceptée – et, rappelons le encore, ce n'est pas quelque chose qui généralement les effraie, que ce travail indépendant et tout ce que cela suppose – , elles n'ont aucune peine à s'établir. La mise en scène des circonstances de la rencontre avec une offre peut toujours emprunter les détours du hasard, de la petite annonce entrevue, de la démarche – et dieu sait qu'elles ne sont pas inactives en la matière ! – d'infirmières libérales qui viennent frapper à la porte de leur domicile privée voire, véritablement, les débaucher sur leurs lieux de travail ; il ne s'agit pas d'être dupe. Quand l'idée a suffisamment germé, les unes et les autres savent se donner les moyens de leur décision, quitte à parer alors le libéral de bien des vertus.

À l'hôpital, on l'a entendu, a pu courir une représentation des infirmières libérales comme étant « intéressées » – sous entendu, cela va sans dire, par l'argent – . Nous ne dirions pas la même chose des hommes (ou des maris...)... mais il n'est pas du tout sûr que ce motif ait été souvent premier. Certaines ont pensé aussi gagner en latitude pour organiser leurs horaires, et effectivement on peut relever de ces tournants de carrière, qui se déroulent au moment où les enfants grandissent, etc. voire quand surviennent des événements particuliers (séparation, divorce, etc.). De ce point de vue, souvent, elles vont déchanter. Il est vrai que pour nombre d'entre elles, devenir libéral c'est arrêter ce travail de nuit, pour lequel, dans un premier temps elles étaient partantes et qui, d'une certaine manière « leur allait bien » – on comprendra pourquoi – mais qui désormais commence sérieusement à les miner.

Les raisons du passage à l'exercice libéral, on l'a dit, sont multiples (et les premiers contacts avec le métier, souvent épiques...). On peut toutefois tenter de les ordonner et de les analyser.

231. Les premiers postes en hôpital ou en clinique

Les stages effectués au cours de la dernière année de formation, stages qui, souvent, sont de plus longue durée que les précédents, voire stages que l'on a pu choisir, peuvent être l'occasion des premières armes faites dans ce qui va devenir le premier emploi à part entière que l'on va occuper. Ici et là des surveillantes, des médecins parfois, repèrent des infirmières – ou des infirmiers, qui sont rares – et s'arrangent pour qu'elles ou qu'ils puissent venir les rejoindre. Dans tous les cas, le responsable du service qui va recevoir une jeune infirmière sait

¹⁸⁸ voir Bernard Lavit et Nadine Hermann, Les Infirmiers (ères) Diplômés (ées) d'État (IDE) en Languedoc Roussillon, *DRASSInfo* n°27, DRASS Languedoc Roussillon, 2001.

déjà à qui il va avoir à faire, sans compter qu'il fera aussi l'économie d'un apprentissage ; ce qui, dans un contexte où chacun court après le temps, est toujours cela de gagné.

« Je pouvais aller en réanimation à B. si j'avais voulu. J'ai fait deux stages de 6 semaines, c'est la surveillante qui m'avait repéré et qui me voulait absolument là-bas. »

Thierry

« À l'issue de ma formation, ce que je voulais faire, c'était le bloc opératoire. Donc le libéral, je n'en avais jamais entendu parler et puis, à l'époque, je ne savais pas que j'allais épouser un breton et partir au fin fond de la Bretagne, donc ça ne m'était jamais venu à l'esprit. C'était le bloc opératoire. (...) Et puis, en fait, la directrice m'a appelée, me demandant si le bloc m'intéressait vraiment, parce que personne ne voulait y aller. (...) Pendant mes stages, j'avais fait beaucoup de stage en service arthro-veineux et j'étais allée plusieurs fois au bloc, et, y étant, je me suis dit : ça me plaît. »

Ankita

Un tel prolongement de stage n'est toutefois par la norme, loin s'en faut. À l'Assistance publique des hôpitaux de Paris par exemple, la procédure est rôdée et, puisque plusieurs infirmières libérales ont effectué là leur formation, avec à la clé obligatoirement un contrat de plusieurs années – cinq ans dans le cas de Flora –, les critères d'embauche et les modalités d'affectation sont fixés :

« On nous réunit dans une grande salle. Il y a tous les hôpitaux qui sont représentés, et puis, selon les résultats du DE, on vous dit "Vous arrivez de telle heure à telle heure". Après il y a plusieurs bureaux, et vous allez voir un peu tous les hôpitaux, ce qu'ils proposent. Moi, il me fallait un boulot tout de suite. Et puis voilà, j'ai atterri à F. On m'a dit "Vous êtes disponible ? Oui, bon, vous allez vous présenter, vous allez prendre tel service et puis"... »

Flora

« Je suis sortie dans les 50 premières, donc j'ai été au choix de poste. Je me souviens, c'était à la Salpêtrière, il y a la salle où sont les représentants des hôpitaux de la région parisienne, de l'Assistance publique et compagnie. (...) J'ai choisi un hôpital qui n'était pas trop loin de chez moi, un service de réa. J'aime bien la réanimation, c'est intéressant. (...) C'était une barre assez haute, parce que même si vous sortez dans les 50 premières, parce que vous avez une bonne tech', ça ne remplace pas l'expérience, les gestes techniques, et on peut facilement se retrouver dans une situation un peu d'insécurité, parce que vous arrivez dans un service de réanimation, un respirateur, il faut savoir le brancher en 5 minutes, s'il y a un malaise. Ce sont des choses comme ça auxquelles on n'est pas forcément prêt, et si l'accueil dans ce service, si les gens ont le temps, les personnes vont vous aider, vous faire répéter des gestes. »

Adèle

Quand il s'agit d'IFSI privés, en l'occurrence ci-dessous d'une école de la Croix-rouge, même s'ils ne sont pas adossés à une institution hospitalière, régulièrement, un placement s'organise cependant, en lien avec des hôpitaux ou des cliniques qui sont à la recherche de personnel infirmier, et qui peut-être font aussi spécialement confiance à la réputation de telle ou telle école.

« Je suis allée à L. On était beaucoup de jeunes diplômées à avoir été prises, parce que les religieuses qui étaient là s'en allaient. Il y avait toute une communauté et elles étaient parties, donc on était plein de jeunes infirmières. J'étais en gériatrie. On m'avait mise là parce que

c'était une place qui restait là, et on m'avait dit : "Quand il y aura une place ailleurs qui se libérera vous suivrez". (...) Comme jeune infirmière, on a envie d'être dans un service actif, chirurgie, médecine, pour faire des tas de choses, donc je suis partie. »

Léa

Dans tous les cas ou presque, l'arrivée dans un poste à part entière s'accompagne de tout son lot de découvertes. La grande variété des situations rencontrées, des pathologies, des équipements techniques, des formes d'organisation du travail, etc. renvoie les jeunes professionnelles à tout ce qu'elles ont encore à apprendre. Elles ont désormais « la licence ». Pour s'octroyer « le mandat »¹⁸⁹, elles vont devoir s'initier, faire la preuve de leurs compétences, compétences qui passent par la maîtrise de savoirs spécifiques certes, mais aussi par bien d'autres versants plus informels que l'école n'apprend pas nécessairement. Tour de main, bricolage, paroles accompagnant l'action, etc. le métier dépasse toujours la seule logique instrumentale ou l'unique rationalité technique¹⁹⁰. Pour cela, il faudra du temps donc, et présentement, les unes et les autres en sont encore, dans bien des aspects, au stade des apprentissages. Parfois même les infirmières peuvent être orientées vers des populations qu'elles n'ont jamais côtoyées jusqu'alors...

« On a fait des accouchements, j'en n'avais jamais fait, j'en avais vus, mais jamais faits, des examens de labo, j'en n'avais jamais faits non plus. La pharmacie aussi, et moi, je n'avais jamais vu un seul enfant handicapé de ma vie. »

Yvonne

Une majorité des infirmières que nous avons sollicitées n'ont eu aucun mal à trouver du travail au sortir de leur école. Il y avait, à une époque, des besoins conséquents en personnel, et, à la limite, elles n'avaient aucun effort à déployer pour chercher un emploi. Cette génération a ainsi bénéficié de conditions d'insertion professionnelle extrêmement favorables, ce qui est moins le cas actuellement pour les jeunes générations¹⁹¹. Au cours de la décennie 1970, le développement de l'hôpital public s'est accompagné en effet d'un recrutement massif de personnels, en particulier d'infirmières : entre 1964 et 1984, les effectifs infirmiers ont plus que doublé¹⁹². La croissance des effectifs hospitaliers a connu cependant un infléchissement très net à partir de la fin des années 1970. Durant toute cette première période, les IFSI recueillaient les offres et les futures professionnelles disposaient. Dans bien des cas d'ailleurs, l'affaire était vite réglée puisque les hôpitaux déjà absorbaient, année après année, la totalité des promotions sortantes de leur IFSI. Les plus avisées pouvaient d'ailleurs négocier leur emploi voire faire racheter, par un hôpital intéressé par leur candidature, les années d'étude qu'elles devaient si elles rompaient le contrat qui ensuite les liait durant un certain nombre d'années à l'institution hospitalière dont dépendait leur école. « *Tapis rouge* », « *époque royale* », « *120 à sortir, toutes prises, on croit rêver !* » disent-elles. De fait, la demande était supérieure à l'offre, et elles étaient même parfois en mesure de choisir le service où elles allaient faire leurs premiers pas dans le métier, service qui, à la limite, leur avait promis la place et n'attendait plus qu'elles aient leur DE pour leur faire signer leur contrat d'embauche.

¹⁸⁹ Everett. C. Hughes. *Le regard sociologique*, *ibid*, pp. 99-106.

¹⁹⁰ Voir Michèle Descolonges, *Qu'est-ce qu'un métier ?* Paris, PUF, 1996.

¹⁹¹ Voir Rémy Marquier, « Les cinq premières années de carrière des infirmiers sorties de formation initiale, *Études et Résultats*, n°393, 2005.

¹⁹² Catherine Dubois-Fresney, Georgette Perrin, *Le métier d'infirmière en France. Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers*, *op. cit.* p. 71.

« On nous attendait comme le messie. »

Michelle

« Vous écriviez, vous aviez 36 réponses. »

Claudine

« Vous sortiez, vous aviez un diplôme et 36 000 possibilités de travailler. »

Hélène

« À l'époque il y avait une énorme pénurie d'infirmières et j'ai négocié avec le plus offrant, parce que je pouvais géographiquement. (...) Et il y en a un qui a proposé de racheter mon contrat, de me trouver un logement. C'était carrément le tapis rouge. Oui, j'ai eu un logement en deux jours, alors que personne ne trouvait ni à se loger, ni quoi que ce soit. »

Sophie

Dans les années 1980 semble t-il, le vent tourne, les temps changent. Rechercher du travail, entreprendre des démarches déroutent plus d'une, tant jusqu'alors la situation était complètement inverse. Ici et là, à la fin des années 1980, si l'on n'est pas mobile, on peut être amené à se tourner vers des emplois que l'on n'envisageait pas du tout. Quand, au sortir de la formation, on prenait poste en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) par exemple, la plupart du temps, c'était faute de mieux. On verra plus loin en quoi ce type de poste ouvre régulièrement, à terme, sur le passage à l'exercice libéral. Ces circonstances sont donc, parmi d'autres, de celles qui peuvent amener des infirmières ou des infirmiers à renoncer à quoi elles ou ils aspirent, et bientôt à déroger définitivement à la carrière hospitalière vers laquelle pourtant elles ou ils se sentaient *a priori* le mieux à leur place.

« J'ai mis deux, trois mois à trouver du travail. C'était la première année où ils ne reprenaient pas la totalité de la promo. Ils en ont pris 40 sur 100. Ça, ça a été dur dur ! Parce que, jusqu'alors, tout le monde était pris. Donc il a fallu chercher du travail, ça a duré un mois ou deux. »

Catherine
DE en 1980

« D'habitude, chaque année, ils prenaient pratiquement toute la promo. Du coup, on a été une des rares promos à devoir chercher du travail en dehors de l'hôpital. (...) J'aurais bien aimé aller en chirurgie, j'aurais bien aimé rester à l'hôpital, mais j'ai été... En fait, ça s'est fait comme ça, c'est le hasard, il s'est trouvé que j'ai écrit à ce centre de soins, qui m'ont proposé pendant l'été, et c'est parti comme ça. »

Gaël
DE en 1988

Si ce n'est la pratique réelle, du moins les représentations qui courent à son sujet, chez les infirmières hospitalières notamment, tendent à accoler à l'activité des infirmières libérales, la mise en œuvre de compétences bien plus « relationnelles » que « techniques », notamment pour tout ce qui a trait aux dits « soins de nursing » réalisés auprès de personnes âgées, et dont la part effectivement, on le verra, est grandissante dans leur travail. Chaque trajectoire est singulière sans nul doute, mais un fait apparaît assez nettement, et ce, dès que l'on se penche sur les premiers postes qu'elles ont été amenées à occuper : la majorité d'entre elles exerce dans des services où prédominent des soins que l'on dira « médico-techniques » tels que la

réanimation, le bloc opératoire ou les urgences par exemple. Ce sont des services qualifiés d'« actifs » ou encore de « rapides » dans le milieu hospitalier, en opposition aux dits « services lents ». Catégories « indigènes » en quelque sorte, elles recouvrent cependant les observations d'un certain nombre de chercheurs : nous pensons notamment à Anne Véga¹⁹³, à Antoinette Chauvenet¹⁹⁴ ou encore à Christian Chevandier¹⁹⁵. Ici, ce que les entretiens nous apprennent corroborent les informations dont nous disposons, par le biais de l'enquête par questionnaire.

Comment distinguer ces deux types de service ? On peut risquer une première mise en perspective

SERVICES DITS LENTS	SERVICES DITS ACTIFS OU RAPIDES
Médecine non spécialisée ou polyvalente	Médecine de spécialité
Prédominance de soins plus « relationnels », de « nursing » (figure de l'infirmière « relationnelle », « humaniste »).	Prédominance d'une activité technique, de pointe, innovante (figure de l'infirmière « technicienne »). Efficacité des soins.
Personnels non spécialisés.	Personnels médicaux et paramédicaux qualifiés et spécialisés, soit par la possession de diplômes (exemple : infirmières IADE, IBODE) ou par la maîtrise et l'expérience (infirmière en dialyse).
Services plus fortement féminisés et qui n'attirent pas les jeunes professionnels.	Souvent services plus masculinisés, recherchés par les hommes infirmiers car plus prestigieux. Souvent services où exercent des personnels plus jeunes aussi.
Relations plus réservées au sein de l'équipe, plus de distance soignants/médecins.	Des services où l'esprit d'équipe est souvent très fort, organisé autour du charisme d'un médecin (« le patron »).
Durée de séjour plus longue.	Durée de séjour plus courte, voire fort turn-over des patients. Soins coûteux.
Prise en charge du malade « globale ».	Prise en charge centrée sur une pathologie, un organe, une thérapie.
Malades de « moindre valeur » sur le plan médical : personnes âgées, handicapées. Pathologies « sans noblesse », voire « sales » (gastrologie), hors des ressources thérapeutiques, (malades incurables), etc.	Malades et maladies « plus intéressants ». Exemple : jeunes patients atteints de pathologies graves.
Activité routinière, programmée à l'avance. Rythme lent.	Activité moins prévisible, voire imprévisible. Rythme de travail soutenu.
Exemples : Gériatrie, longs et moyens séjours, alcoologie, psychiatrie, pédiatrie, etc.	Exemples : bloc opératoire, chirurgie, réanimation, urgences, transplantation, hémodialyse, soins intensifs...

À partir d'une telle distinction, il apparaît assez nettement que les premiers emplois occupés par ces infirmières l'ont été dans des services dits actifs ou rapides. Ainsi, par exemple, près du quart de ces premiers postes renvoie aux seuls services des urgences, de traumatologie, de réanimation, de bloc opératoire ou de soins intensifs. Selon les années cette part peut monter à plus de 30 % (au début des années 1970 et à la fin des années 1980).

¹⁹³ Anne Vega, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et Santé*, n°3, 1997, pp. 103-131.

¹⁹⁴ Antoinette Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978, en particulier le chapitre portant sur la hiérarchisation des médecines.

¹⁹⁵ Christian Chevandier, *Les Métiers de l'hôpital, op. cit.*

Sans doute il y a-t-il des effets d'âge : les plus jeunes aspirent à en découdre, sont partantes pour aller vers des services « où ça bouge », vers des plateaux techniques qui requièrent une forte disponibilité, un apprentissage permanent des nouvelles machines, etc. là où celles qui sont plus âgées goûtent au temps pris avec les patients, à un rythme plus prévisible, à un turn-over plus mesuré. De fait, la distinction entre la dimension relationnelle et la dimension technique du soin sert aussi à spécifier les différentes générations infirmières qui se côtoient sur le terrain : les jeunes infirmières « techniciennes » s'opposant alors tout naturellement aux anciennes « relationnelles¹⁹⁶ ». Il n'empêche, même si cela vient du fait qu'elles ont intégré que c'est par là qu'elles devront de toute façon passer, compte tenu des postes disponibles, elles manifestent un entrain, une appétence assurée. Quand elles se remémorent leurs débuts de carrière, elles en éprouvent – et l'expriment ouvertement souvent – une certaine nostalgie. Ainsi le bloc opératoire et la réanimation ne sont donc pas, pour elles, de ces « services repoussoirs » pourtant évoqués par Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller¹⁹⁷. Une fois encore, répétons-le, c'est affaire de souvenirs convoqués, de « mémoire arrangée », mais on peut simplement avancer que cela apparaît non feint. Mille et une anecdotes ponctuent alors leur récit de ces années exaltantes. Elles étaient disponibles, fortement motivées, conscientes de tout ce qu'elles avaient encore à apprendre sur le tas. Chacune à sa manière avait fait son miel de tel ou tel stage, de tel ou tel moment fort, vécu dans la promotion ou au sein d'équipes soignantes. Rares sont celles qui n'avaient pas rencontré quelques professionnelles à qui elles auraient bien voulu ressembler. Bref, d'une certaine manière la formation avait fait son œuvre malgré tout ce qu'elles avaient à en redire. Il est vrai qu'en elles, socialement inscrites en somme, il y avait aussi les potentialités d'une certaine socialisation primaire. Durant leur scolarisation secondaire, nombre d'entre elles n'avaient pas été dans leur élément, beaucoup plus durant leur formation en IFSI, quoi qu'elles en disent, ou plutôt, parfois, malgré ce que ces IFSI adoptaient comme mode pédagogique.

« J'ai fait beaucoup d'hôpitaux, réanimation pédiatrique, les prémas, la chirurgie osseuse, chirurgie infantile, les grands brûlés à Marseille. »

Louise

« En stage, j'ai fait des choses techniques, pas toujours, des gens en fin de vie oui, vu mourir des gens pas mal, oui, mais... Le fait que ce soit technique, ça m'a toujours plu davantage, par exemple en psychiatrie, on ne fait rien de ses dix doigts, et pour moi, c'était insupportable, d'être là avec des clés constamment dans la main, discuter, attendre, alors ça c'était très dur pour moi. (...) À l'A P., quand ils ont commencé à faire les premières greffes du foie, à cette époque, et ça, j'avais trouvé ça hallucinant. C'était comme si c'était de la réa, sans être vraiment de la réa. L'IGR¹⁹⁸, ça m'a bien plu, la cancéro, ça m'a toujours bien plus. L'ORL, ça c'était difficile, c'est un service qui est dur en cancéro. (...) Je voulais travailler dans les centres anticancéreux, c'était un truc tout neuf, qui prenait beaucoup d'ampleur, comme c'était européen, donc je voulais travailler là un an ou deux, faire des services de pointe comme ça. Ils m'ont prise, bon j'avais fait quand même pas mal de stages, j'ai fait plusieurs stages à l'IGR, et donc voilà, j'y suis restée cinq ans. »

Odette

¹⁹⁶ Florence Douguet, « Le vieillissement des personnels hospitaliers : les effets de l'âge sur la relation soignant-soigné », *Gérontologie et société*, n° 104, 2003, pp. 103-114.

¹⁹⁷ Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller, « 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, p. 41.

¹⁹⁸ Institut Gustave Roussy.

« Et en 68 j'ai travaillé. Je suis allée en bloc opératoire. Trois ans, parce que j'aimais beaucoup la chirurgie à l'époque. Après j'ai fait de la chirurgie et des soins post-opératoires beaucoup aussi. (...) À l'époque il ne me serait jamais venu de penser travailler autrement. Le libéral ? Non, non, jamais je n'y avais pensé, ah non, pas du tout. Ah non, moi j'étais diplômée, je suis partie en bloc opératoire parce que j'aimais ça, j'étais passionnée, et puis célibataire. Oh, c'est n'importe quelle heure, aucun horaire. »

Virginie

« À l'hôpital, j'ai fait 7 ans d'urgence et de SAMU (service d'aide médicale urgente) et ensuite, j'ai fait de la cancéro. (...) Je travaillais dans un service très technique, le SAMU, les urgences. (...) Et donc très technique, et ensuite de la pneumologie, alors là, c'était la cancérologie, donc là aussi, c'est un peu dans ce domaine-là. On faisait des thérapies qu'on préparait nous-mêmes. »

Lydie

« Je suis sortie en 86, 33^{ème} sur 1 300 élèves. J'étais dans les premières à choisir, j'étais très contente. Je suis allée directement sur un poste en réa, que j'ai pris. Service Réa V., qui n'existe plus, mais c'est la réa des poly trauma à la Pitié, le truc est hyper connu, en dessous de chez Cabrol. (...) Ce sont mes plus belles années ! »

Véronique

Le statut qui a été le leur au sortir de la formation a pu varier notablement au fil des années. Si l'on met de côté toutes celles qui « doivent » un temps donné aux hôpitaux auquel leur IFSI était adossé, et qui ont donc eu leur formation prise en charge, toutes n'ont pas connu cette période où la pénurie d'infirmières était telle qu'une grande latitude leur était offerte. Au fil des années 1980, voire 1990, les unes et les autres devaient quasi invariablement en passer par une période de remplacement. Durant l'été les hôpitaux faisaient largement appel aux jeunes diplômées, ensuite cela pouvait être une toute autre affaire quant à obtenir un poste pérenne.

« Je ne trouvais que des remplacements. Je suis restée au maximum un mois ou deux sans travail, et à chaque fois je retrouvais des remplacements, et en clinique, c'était uniquement un remplacement de trois mois pendant l'été, sans... C'était pas renouvelé du tout, et la première proposition qui s'est faite, c'était un long remplacement, au moins six mois, en libéral. »

Julia

Pour bien des garçons, le fait d'effectuer des remplacements, et à la limite de ne pas avoir d'autres alternatives, ne pose pas de problème ; cela leur permet d'attendre l'appel sous les drapeaux. Pour les filles par contre, il peut en aller tout autrement. Ici et là quelques unes se dirigent alors vers des agences d'intérim. Sans nul doute il y a-t-il une relation entre l'état du marché du travail et la fréquence des installations en libéral, du moins tant qu'il était possible d'y prendre pied directement au sortir de la formation ; jusqu'en 1992 donc. Pour autant les disparités peuvent être fortes en fonction des régions où elles aspirent à travailler.

« J'ai travaillé en hospitalier 3 mois, un contrat d'été après mon DE, et ensuite le service militaire, donc à l'hôpital des armées, à B., dans les services techniques, en traumatologie. »

Bruno

« J'ai fait du remplacement en M, dans une clinique. J'ai aussi fait du remplacement dans une clinique à F. C'étaient des sociétés d'intérim. Elles nous envoient... c'est ce que l'on appelle

une mission. Donc j'ai fait des missions, et après j'ai travaillé à l'hôpital de V. J'ai commencé en dialyse. (...) Et après je suis allée aux urgences, ça j'ai eu pendant huit ans. »

Félicie

Il n'y a pas deux itinéraires qui soient semblables. Selon les régions, selon les villes où ces infirmières s'apprêtent à prendre poste, la situation du marché du travail qui s'ouvre à elles diffère largement. En région parisienne, l'Assistance publique s'attache une main-d'œuvre nombreuse, à la hauteur de ses besoins, et offre bien des opportunités. En province la situation peut être beaucoup plus contrastée. On l'a vu, là où certaines parviennent directement à se faire embaucher dans un service qui répond à leurs attentes, d'autres doivent patienter, s'accommoder de postes qui ne vont pas vraiment dans le sens de ce qu'elles souhaiteraient. De plus, bien des éléments interfèrent dans leur carrière. Certaines ont un compagnon qui ne réside pas nécessairement là où elles travaillent, parmi celles-ci, une part ne tarde pas à se marier et bientôt à le rejoindre où à le suivre dans ses déplacements. Peuvent aussi subvenir des naissances. Par ailleurs, il arrive que pointent à un moment ou à un autre, quelle que soit leur situation matrimoniale, des velléités de revenir dans sa région d'origine, quand ce n'est pas dans sa ville ou dans son village. Chacune est donc ainsi amenée à composer avec de multiples facteurs sur lesquels elle a plus ou moins prise. Ce n'est donc qu'une fois attentivement étudiées les trajectoires hospitalières des unes et des autres que peuvent se dégager sinon un certain nombre de constantes, du moins quelques variables qui prédominent.

L'enquête par questionnaire ne permet pas de bien saisir les éléments explicatifs de l'itinéraire de ces infirmières au sein des institutions hospitalières ou la durée réelle de la carrière hospitalière des unes et des autres. Certes on connaît leur âge lors de l'obtention du DE et lors de leur arrivée en secteur libéral, mais, entre ces deux dates, bien des événements ont pu s'intercaler (congés maternité, arrêt de l'activité professionnelle pour élever des enfants ou lors d'un changement de lieu de résidence, etc.), qui réduisent d'autant la durée effective du travail en institution hospitalière. Par ailleurs, comme on peut s'en douter, nous avons croisé bien des professionnelles qui ont travaillé plus ou moins durablement à temps partiel, qui ont connu simultanément deux employeurs, sans oublier celles qui ont eu l'occasion de travailler en libéral, qui sont revenues à l'hôpital, puis qui en sont de nouveau reparties, etc. De fait, quand nous avons reconstitué les itinéraires des infirmières libérales auprès desquelles nous nous sommes directement entretenues, nous avons pris la mesure de toute cette complexité. Mise à part celles (et ceux) qui se sont installées dès l'obtention du DE, nous avons rencontré des situations extrêmement diverses, allant de cette infirmière qui n'est restée que 4 mois en poste salarié, à cette autre, qui a dû attendre les trois années désormais nécessaires pour s'installer tout en préparant assez minutieusement l'implantation de son cabinet. Dans tous les cas, environ 13 % des infirmières auxquelles nous avons eu affaire se sont installées directement au sortir de leur école. Sans surprise les hommes sont, quant à eux, 17,2 % dans ce cas. Chez les plus jeunes (moins de 40 ans), infirmières et infirmiers confondus, cette proportion est de 17 %. Par ailleurs, d'après l'enquête par questionnaire, environ un tiers des infirmières interrogées n'ont connu, sinon qu'un seul poste avant leur arrivée en secteur libéral, du moins qu'un seul type de service. Toute précaution gardée, on observe deux « vagues » de départ, l'une parmi des infirmières ayant moins de cinq à six ans d'ancienneté, l'autre entre 10 et 13 à 15 ans. Entre ces deux moments il y a un léger creux, mais ce n'est là qu'une tendance. On sait qu'à la fin des années 1980, et donc juste avant 1992, année à partir de laquelle il ne fut plus possible de s'installer avant de

pouvoir faire valoir trois années de travail en institution, le passage direct en libéral était à la hausse¹⁹⁹, mais on ne peut pas vraiment en dire plus.

À côté des départs relativement précoces, on observe donc des trajectoires d'infirmières qui quittent l'hôpital après une quinzaine d'années d'ancienneté en hôpital, parfois même bien plus. Nous avons aussi pu échanger par exemple avec Jacqueline qui, après 23 années d'activité, sans quasi aucune interruption d'activité dans un même hôpital local, a fini par rejoindre le cabinet libéral implanté sur la même commune. Sa situation nous paraît emblématique d'un cas de figure assez particulier et qui vaut que l'on s'y arrête quelque peu. Jacqueline a travaillé en réanimation durant 7 ans, puis 4 ans en centre de transfusion, afin de bénéficier d'horaires mieux adaptés pour élever son tout jeune fils. Ayant eu des jumeaux, elle a choisi alors de travailler de nuit en longs séjours de gériatrie, à mi-temps (7 nuits par mois). Toujours à mi-temps, elle s'est dirigée ensuite vers les consultations externes, où elle est restée 7 ans. Enfin elle a travaillé 5 ans en orthopédie puis, avant son installation en libéral, 6 mois en long séjour.

« J'ai beaucoup travaillé en orthopédie, c'est un service qui tourne énormément et je m'y suis vraiment bien plu. (...) J'ai fait 6 mois dans le long séjour, juste après l'orthopédie, j'avais un ras le bol de l'hôpital, ma mère était malade. Du balai ! Ce n'est pas dans mon travail que je le ressentais, mais justement du travail de autres, des aides soignantes auprès des personnes âgées. Je trouvais qu'elles ne s'occupaient pas suffisamment. Je demandais peut-être trop donc, et je suis partie et donc je me suis mise en libéral. Je n'étais plus satisfaite, mais je pense qu'il y avait un manque aussi de personnel dans ces services, parce que les gens demandaient énormément de temps et c'était très lourd et il n'y avait pas beaucoup d'infirmières et peu d'aides soignantes, je trouvais ça assez désagréable. (...) Je n'ai pas suffisamment réfléchi, parce qu'à ce moment-là j'aurais pu avoir une année de congé sans solde et ce qui m'aurait permis de m'occuper de ma mère tranquillement et de réintégrer après l'hôpital, donc moi, j'avais trouvé un poste, enfin un cabinet d'infirmier où ce n'était pas trop chargé. »

Jacqueline est de ces infirmières – nous en avons croisé d'autres dont la situation est proche de la sienne – dont le passage en libéral constitue une stratégie de gestion de fin de carrière, fin de carrière souvent problématique à l'hôpital sur le plan de la santé (fatigabilité accrue, troubles ostéomusculaires, troubles psychiques d'où absentéisme, etc.)²⁰⁰. Sa trajectoire nous paraît renvoyer aux travaux de France Lert sur le vieillissement des infirmières à l'hôpital²⁰¹ : Cet auteur a repéré les diverses stratégies mises en œuvre par les professionnelles au fil de leur avancée en âge et en carrière pour se maintenir au travail : passer à temps partiel, sur des postes à horaires réguliers, sélectionner les postes dits « doux » et les services où les conditions de travail sont les moins difficiles, devenir cadre, quitter l'hôpital et exercer dans un autre cadre... En fait, dans le contexte actuel, les hôpitaux n'ont

¹⁹⁹ Rappelons que, d'après l'enquête sur les débuts de carrière des infirmiers sortis de formation initiale en 1998, 4 % ont choisi de travailler en libéral au bout de 5 ans (9 % des hommes et 3 % des femmes). Quelque 7,6 % de ceux et de celles qui sont toujours salariés précisent que le travail en libéral est, pour eux, un projet et 21,1 % n'excluent pas cette possibilité. Voir Rémy Marquier, *Les débuts de carrière des infirmiers sortis de formation initiale en 1998*, op. cit., pp. 24-26

²⁰⁰ C'est ce que montre une étude en ergonomie d'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 », *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, Vol. 5, n° 1, 2003.

²⁰¹ France Lert, Marie-Josée Marne, Alice Gueguen, Isabelle Niedhammer, *Devenir professionnel et santé des infirmières des hôpitaux publics. Suivi longitudinal à 10 ans*, Rapport INSERM U88 St-Maurice, 1993.

plus de solutions à proposer aux salariés vieillissants : les postes aménagés sont tous occupés. Du coup les régulations individuelles prennent le pas sur les régulations organisationnelles. Jacqueline a quitté tardivement l'hôpital parce que les conditions de travail ne lui convenaient plus et parce qu'à l'époque elle soignait aussi sa mère âgée. Or, en libéral, elle est parvenue à se créer son poste « ultra doux » si l'on peut dire : elle travaille à mi-temps (14 demi journées par mois), elle tient à son statut de collaboratrice afin de ne pas avoir à s'occuper de la gestion et de l'administration du cabinet. Elle envisageait de prendre sa retraite dans les mois suivants l'entretien (à 56 ans).

Au-delà de telles situations, à la fois singulières mais révélatrices, l'enquête par questionnaire permet d'avoir une première idée, à la fois sur les difficultés que les infirmières interrogées ont le plus ressenties durant leur travail en hôpital ou en clinique et sur les attentes qui étaient les leurs en s'installant en libéral.

Difficultés les plus ressenties dans le cadre d'un travail en hôpital²⁰²

	Femmes (n = 377)	Hommes (n = 2390)	Ensemble (n = 2767)
Horaires	11,8 %	11,9 %	11,8 %
Faible considération du personnel infirmier	16,2 %	18,8 %	16,6 %
Poids de la hiérarchie	21,1 %	20,4 %	21,0 %
Revenu trop faible	13,1 %	19,6 %	14,0 %
Entente difficile avec les autres personnels	12,6 %	10,3 %	12,3 %
Faible variété des actes	2,2 %	1,9 %	2,1 %
Relations superficielles avec les malades	18,0 %	12,5 %	17,2 %
Autres types de difficultés	3,4 %	2,4 %	3,3 %
Non-réponse	1,6 %	2,2 %	1,7 %
Total	100,0	100,0	100,0

Dans tous les cas, il apparaît bien qu'est mise en cause la teneur des relations hiérarchiques et plus largement la place faite au personnel infirmier. Le rapport s'inverse très nettement entre hommes et femmes pour ce qui est de la faiblesse des revenus et des relations superficielles avec les malades. Par contre, quand on sait vers quels types de services sont allées régulièrement les unes et les autres, il n'est guère étonnant que la faible variété des actes par exemple n'ait pas été beaucoup citée.

Manière de croiser les réponses et de vérifier l'évolution des opinions exprimées, nous avons par ailleurs demandé les raisons du choix de l'exercice libéral.

²⁰² Il s'agit d'une question permettant trois choix ordonnés (d'où les 2767 réponses apportées par 1004 personnes) et s'adressant aussi aux infirmières qui n'ont connu l'hôpital qu'à travers leurs stages puisqu'elles (ils) se sont installées directement dès l'obtention de leur DE. Il en va de même du second tableau.

Les raisons du choix de l'exercice libéral

	Femmes (n = 379)	Hommes (n = 2 438)	ensemble (n = 2 817)
Maîtrise des horaires de travail	12,3 %	9,2 %	11,9 %
Diversité des actes et des situations	12,4 %	14,5 %	12,6 %
Revenus plus conséquents	12,0 %	17,4 %	12,7 %
Lassitude du cadre de travail antérieur	12,1 %	14,0 %	12,4 %
Impossibilité d'un autre cadre de travail	4,9 %	2,1 %	4,5 %
Relations différentes aux patients	24,4 %	19,3 %	23,7 %
Choix des collègues	4,8 %	3,2 %	4,5 %
Satisfaction de monter son affaire	12,7 %	16,1 %	13,2%
Autres raisons évoquées	4,2 %	3,7 %	4,2 %
Non-réponse	0,2 %	0,5 %	0,3 %
Total	100,0	100,0	100,0

Femmes et hommes classent en premier la teneur des relations avec les patients. Pour autant l'écart subsiste dans leurs réponses. Les femmes sont plus sensibles aux horaires de travail et évoquent plus souvent, mais de façon minoritaire, l'impossibilité qui était la leur d'une alternative à l'installation en libéral. Les motivations masculines sont, quant à elles, plus marquées par la satisfaction de monter son affaire et les revenus plus conséquents. On peut être surpris par les suffrages remportés par la variable « diversité des actes et des situations ». On saisira plus loin les raisons d'une telle opinion, aussi régulièrement entendue, d'une manière ou d'une autre, lors des entretiens.

232. La critique des conditions de travail

Bien des propos tenus par les infirmières libérales que nous avons sollicitées apparaissent plutôt congruents avec les nombreux travaux menés ces dernières années sur les conditions de travail des professionnels des établissements de santé. Si l'on se réfère par exemple à l'enquête sur ce thème, diligentée par la Drees en 2003, on saisit bien en quoi elles ont été souvent de ces personnels hospitaliers qui se caractérisent par « *un cumul élevé de charges physique et mentale, dans un environnement plus souvent perçu comme défavorable, généralement jeunes et spécialisés, qui travaillent à la fois de jour et de nuit* »²⁰³. Forte impression de manque de collègues et de temps pour travailler correctement, obligation de se débrouiller souvent seule, etc. Tout cela va de pair avec un travail dans des services dits actifs, qui sont bien ceux où une large part de ces infirmières, en particulier celles qui ont moins de

²⁰³ Romuald Le Lan, « 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, p. 3.

40 ans, ont travaillé. Elles ont quitté l'hôpital depuis déjà quelques années. À les entendre, la dégradation des conditions de travail, régulièrement observée, ne daterait donc pas d'hier²⁰⁴. Toutefois, sans doute faut-il se souvenir que l'on a affaire à des professionnelles qui, à la fois sont prêtes à s'adonner à la tâche, mais qui peuvent être aussi on ne peut plus réactives.

Souvent, leurs propos, peu tendres vis-à-vis de leurs conditions de travail, se doublent des critiques sur les difficultés de communiquer entre services, sur les cloisonnements qu'elles ressentent, au risque de la bévue²⁰⁵, de la perte d'énergie, etc.

« J'en avais marre de l'hosto', j'ai fait de la réa', j'ai fait du bloc, et puis, on fait des heures pas possibles, on n'a jamais de congés, on est payé au lance pierres. À l'hosto, c'est une horreur. Enfin, à l'hosto, le privé c'est pareil, c'est la même chose. Et puis on ne peut jamais prendre un jour de repos. J'avais 200 heures de rab' quand je suis parti. C'est une vie de dingue, c'est fou. On prévoyait une semaine de repos souvent avec ma femme, et le jour d'avant... (...) À l'hosto, c'était clac clac, clac, et ça ne passe pas d'un cadre à l'autre. »

Hubert

Les propos entendus donnent l'impression que ces infirmières se sont quelque peu épuisées à la tâche. Elles semblent bien s'être données corps et âme à un travail qu'elles trouvaient passionnant ; jusqu'au moment où les contraintes ont été telles qu'elles ont déchanté voire se sont rendues compte en quoi il pouvait être dépersonnalisant. Il n'est pas rare que leur décision de diverger ait été prise à la suite de tel ou tel événement qui, en quelque sorte a été de trop. La coupe était pleine et ce qui, en d'autres temps, n'aurait été qu'un incident, les a amenées à se tourner bon gré mal gré vers l'exercice libéral. Il est difficile d'avancer des proportions. Sur la base des entretiens, il apparaît que c'est au moins la moitié des infirmières libérales dont la carrière hospitalière, dans des services dits actifs surtout, a été courte, qui ont vécu ce type de situation. Régulièrement d'ailleurs, elles paraissent conserver de ces expériences professionnelles, un fond de nostalgie, un sentiment d'inachèvement mais aussi comme un parfum d'amertume.

« On peut faire des trucs formidables, je veux dire, ça peut être super. Mais à condition qu'on ne soit pas constamment en train de chercher nos informations, en train de courir après le temps, en train de chercher à faire reconnaître notre travail, et puis que le médecin et les structures veuillent bien jouer le jeu. »

Constance

« J'avais de très bons rapports avec les chirurgiens, j'avais une surveillante générale, qui était très très dure, très intègre, très juste, c'était une femme... elle m'a beaucoup marquée. Elle n'était pas commode, elle piquait des colères épouvantables, mais une infirmière hors

²⁰⁴ Les données recueillies dans le cadre d'une autre étude indiquent que les soignantes hospitalières situent le début de cette dégradation des conditions de travail dans le courant des années 1980 : « Cela fait 18 ans maintenant que je travaille à l'hôpital, quand on avait un arrêt maladie, le lendemain il y avait une remplaçante, il y a 18 ans. Dans le début des années 1980, en 1985-1986 ça a commencé à déraper, et maintenant un congé de maternité, c'est un mi-temps, c'est la moitié, un poste absent. » (une infirmière d'un hôpital local). cf. Florence Douguet, « 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, 2000, p. 49.

²⁰⁵ Voir, à ce propos, le témoignage « de l'intérieur » de Jean de Kervasdoué, « L'hôpital vu d'en bas », *Le Monde*, 28/11/2003, p. 16.

pair, vraiment admirable. Et on travaillait comme des dingues car il y avait très peu de personnel. Dans toutes les cliniques en général, ils tirent au maximum sur le personnel. Je faisais des heures épouvantables, mais un travail intéressant. (...) Donc, quand on m'a proposé ça, le libéral, ça a vraiment été le cas de conscience terrible, pendant des jours et des jours, je me suis demandé... »

Apolline

Nous avons souvent entendu parler du travail de nuit. À lire Anne Peraut-Soliveres²⁰⁶, on prend la mesure de ce qui est bien un temps particulier. Temps de l'aventure, de l'inattendu, c'est aussi un temps où la raréfaction des professionnels entraîne des relations qui peuvent changer du tout au tout, à la fois avec les patients mais aussi entre les différents acteurs du soin qui se côtoient. Les rapports hiérarchiques se desserrent, les sentiments s'expriment plus librement, les malades sont moins chosifiées, la scansion des heures prend une autre allure. Sans nul doute s'agit-il d'un tout autre tempo.

« Je considère, écrit l'auteur, qu'il faut être nettement plus qualifié et expérimenté pour travailler la nuit que le jour. Seul dans un service, le soignant n'a que ses pairs, collègues des services voisins, avec qui partager ses doutes, ses angoisses, ses limites et cela l'oblige même à se dépasser (...) Cette capacité à se débrouiller est ainsi contrainte et développée par la solitude devant la décision, d'autant que cette décision engage systématiquement plusieurs niveaux de responsabilité du soignant... »²⁰⁷

À de multiples égards, les propos entendus renvoient à ces observations. Les infirmières rencontrées semblent bien être de celles que les responsabilités à assumer, la diversité des tâches formelles et informelles à réaliser, la nécessité aussi de se débrouiller seules, de prendre des chemins de traverse pour résoudre un problème, une situation urgente, etc. n'effrayaient guère. Elles y trouvaient un certain espace d'autonomie, et une possibilité de nouer des relations moins marquées au coin par les rapports hiérarchiques. Ce type de travail *a priori* s'accordait donc assez bien avec leurs aspirations, et avant cela avec tout ce qu'elles pouvaient puiser dans un habitus de fait en adéquation avec ce que requiert comme qualités ce type de poste.

« J'ai toujours travaillé de nuit, j'ai fait 5 ans de nuit. C'est un choix. Parce que j'avais l'impression que c'était plus cool. Les gens on les voyait, c'était d'autres rapports. J'ai l'impression que dans la journée, il y a beaucoup de monde, l'impression que c'est plus intime la nuit, c'est d'autres rapports. Au petit matin, je traînais, parce que j'avais des copines qui étaient de jour, je traînais boire un café. Mais, au bout de 5 ans la nuit, c'est fatigant, là j'en avais marre. »

Flora

« L'ambiance était fabuleuse. La nuit on était 3 infirmiers pour 5 malades. On bossait avec les réanimateurs. Le bloc était juste à côté, les anesthésistes, les réanimateurs, les internes venaient. (...) On bossait vraiment avec eux, on mangeait ensemble. »

Pierre

« Je voulais apprendre à me débrouiller toute seule. Je savais que dans la journée, on est deux infirmières et que la nuit on est une infirmière et une aide soignante, et il faut qu'on se

²⁰⁶ Anne Peraut-Soliveres, *Infirmières, le savoir de la nuit*, Paris, PUF, 2001.

²⁰⁷ Anne Peraut-Soliveres, « L'infirmière et la nuit », *Sciences humaines*, n° 39, 2003, p. 37.

débrouille toute seule. Parce que je me disais, je n'ai pas trop de caractère, je vais compter sur l'autre, je voulais apprendre... J'ai fait deux ans de nuit, et puis j'ai connu mon mari. »

Marguerite

« J'ai travaillé de nuit, de jour et de nuit aussi, ce n'était pas obligatoire mais à un moment donné ça a été mon choix. On a expérimenté toutes les pompes, comme ça arrivait sur le marché, et tout le système de robinetterie, de rampe, voilà, tout ça, mais tout cela, ça me passionnait aussi. (...) Et ça m'est arrivé plusieurs fois d'avoir des internes qui me disaient "Mais qu'est ce que tu donnes là, je ne sais même pas à quoi ça sert ! Alors bon, je disais attends, je vais t'expliquer comment on fait !" L'intubation pareil ! »

Rolande

Le choix de travailler la nuit n'a pas été nécessairement lié à tout l'intérêt qu'on y perçoit, voire au plaisir qu'on en retire une fois que l'on est en poste. De fait on découvre tout cela au fil d'une expérience qu'effectivement on choisit souvent alors de prolonger tant on mesure ce que la nuit génère de tout à fait différent dans les relations entre les personnes. La plupart du temps, ce sont des préoccupations liées aux enfants qui ont poussé les infirmières rencontrées à demander à « passer de nuit ».

« Je suis restée deux ans en réa. Puisque j'ai mon 2^{ème} enfant, que j'ai repris à 80 %, donc j'ai mis de la distance professionnelle et après, je suis partie et je suis allée dans un service de nuit en orthopédie. Pour mes enfants ; je voulais du temps pour mes enfants. Parce que j'en avais assez de ne pas avoir de vacances, de ne pas avoir les mercredis, de batailler pour tout, et du coup, je suis passée de nuit. Et le fait d'être de nuit, je n'étais plus stressée pour les enfants. »

Véronique

« J'ai eu un bébé, donc à la suite, comme j'ai eu des problèmes de garde, j'ai préféré travailler de nuit pour pouvoir le garder. Donc j'ai travaillé de nuit, 5 ans en tout. (...) Et je commençais vraiment... et la vie de famille. »

Geneviève

Il ne s'agirait pas, cependant, de n'en rester qu'aux aspects positifs d'un tel travail de nuit. Quelques infirmières libérales ont rappelé à la fois le dérèglement qu'une telle inversion du rythme pouvait provoquer sur leur organisme, sans compter la nécessité qui était la leur d'assumer des responsabilités qui étaient parfois démesurées.

« Donc là, j'ai travaillé dans un centre pédiatrique, j'ai travaillé de nuit, on faisait des chimiothérapies. (...) 5 ans, pas tout à fait. Comme je travaillais de nuit, j'ai eu quelques petits problèmes de santé, de mémoire, de gros problèmes de mémoire, genre à ne plus savoir où j'habitais. Donc voilà, et j'ai demandé un poste de jour, à V. Et je me suis retrouvée en médecine hépato, gastro-entérologie. »

Solange

« On ne m'a presque pas demandé, on m'a mise de nuit en chirurgie. Et là c'est très dur. Donc j'étais toute seule pour tout un service de nuit, et bon, je râlais. Tous les matins je disais au chirurgien qui était PDG de la clinique : "Moi, je n'en peux plus ici Je suis toute seule ça ne peut plus durer comme ça". J'étais toute seule de 8 heures du soir à 7 heures du matin. Donc, ce n'était pas faisable mais c'était peine perdue. Donc, je me suis dis, dans ces conditions, je ne pouvais plus travailler comme ça. »

Laurence

Demeure l'impression qu'il est bien difficile, après avoir travaillé de nuit, de reprendre un service de jour. Souvent les infirmières libérales que nous avons sollicitées ont évoqué des événements interférents pour expliquer pourquoi elles avaient dû interrompre cet emploi à horaires décalés (enfants en bas âge, répercussions physiologiques, etc.), mais dans le même temps elles ont exprimé combien le retour à des horaires plus normaux avait été douloureux. Bien des propos signalent ces difficultés de réadaptation, ou d'adaptation, pour celles – et elles ne sont pas si rares – qui ont toujours travaillé de nuit, sans que cela soit d'ailleurs nécessairement un choix au départ. Le sentiment de ne plus y trouver leur compte a pu les amener à être plus réceptives à ce qui, d'une certaine manière, représentait alors une échappatoire : le travail en libéral.

Pour d'autres, elles aussi assez nombreuses, l'antichambre, en quelque sorte, à l'installation en libéral a été un travail harassant dans un petit hôpital de province. On se souvient de Sophie, à qui un hôpital local avait non seulement racheté le contrat mais qui lui avait aussi fourni sur le champ un logement. Il y avait un revers à la médaille :

« C'était un service très dur, beaucoup d'angoisse. C'était un service où on marchait à la baguette, chirurgie générale, mais j'ai malheureusement échoué dans le secteur des lits privés de chirurgiens. On avait sur le dos 4 ou 5 chirurgiens. Et on travaillait dans une ambiance très particulière. Il fallait qu'on bosse, mais bosser à un point que je n'avais jamais imaginé. On bossait comme des dingues parce que, les lits, il fallait qu'ils tournent. Déjà à l'époque ça allait très vite, c'est-à-dire que quelqu'un sortait du lit et il y avait déjà quelqu'un qui était assis dans le couloir pour prendre le lit. (...) Il y avait une différence de comportement entre les deux services qui était difficile à supporter, et puis c'était une pression énorme. (...) C'était des gens qui étaient très autoritaires, et en plus, comme c'était leur clientèle privée, on avait le droit de ne rien dire, c'est-à-dire, si un malade n'était pas content sur ce qu'on avait fait, c'était le client, il avait toujours raison. C'était très pénible de ce côté-là. Et je connais la province maintenant assez bien, et c'était une bourgeoisie de province, assez sûre d'elle, et c'était assez pénible. »

Sophie

L'enquête PRESST²⁰⁸, réalisé en 2002, a révélé notamment en quoi, dans les hôpitaux locaux, les relations entre personnel soignant et médecins sont, plus qu'ailleurs, qualifiées par les infirmières et les aides soignantes de tendues ou d'hostiles ; en quoi aussi les tâches administratives absorbent beaucoup d'énergie, au détriment du patient. Ces petites structures semblent bien concentrer, parfois de manière aiguë, nombre de difficultés, qui en font, pour reprendre le titre d'un récent article à ce sujet, « un miroir grossissant des difficultés actuelles des institutions hospitalières »²⁰⁹. Sans doute que, plus que d'autres, – mais on va revenir sur ce point – les infirmières que nous avons sollicitées étaient attachées – quitte à revenir au pays – à ne pas trop s'éloigner de leur région d'origine ou du moins à préférer vivre en campagne ou dans des petites villes que dans des grandes agglomérations. Le fait est qu'une part conséquente d'entre elles a fait tout ou partie de sa carrière dans des hôpitaux locaux. Là encore une évaluation chiffrée est délicate, mais fréquemment, après un premier emploi – en lien éventuellement avec un contrat les liant à un hôpital dont dépendait leur IFSI – dans un CHR, un CHU, etc., elles se sont éloignées des grands hôpitaux et ont connu ces institutions,

²⁰⁸ Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail

²⁰⁹ Madeleine Estryn-Béhar, Marc Lorient, Olivier Le Nézet, Éric Ben-Brik et Jean-François Caillard, « Le travail de soins en hôpitaux locaux, miroir grossissant des difficultés actuelles des institutions hospitalières », *Gestions hospitalières*, n°429, 2003, pp. 603-611.

ou ces cliniques de province que dépeint Sophie. Ce ne fut généralement pas une sinécure, loin s'en faut.

Les relations avec les patients, on l'a vu, ne sont pas nécessairement ce qui est cité en premier lieu, dans l'enquête par questionnaire, quand il s'agit d'évoquer les difficultés ressenties. Pour autant, lors des entretiens, à bien des égards, les tensions inhérentes à la charge de travail, à son rythme, et leurs répercussions sur l'accompagnement des malades sont fréquemment ressorties. Souvent on a affaire à des infirmières qui étaient à leur aise dans la technique voire qui pouvaient être assez fascinées par les avancées technologiques qu'elles constataient année après année. Elles le disent d'ailleurs sans ambages : c'est de ce côté-là que régulièrement elles penchaient au départ. Elles paraissent en avoir vu les limites, compte tenu notamment des contraintes temporelles²¹⁰ et d'une multiplicité des tâches qui faisaient qu'à un moment le décalage devenait trop grand entre le rôle charnière qui était censé être le leur²¹¹ et la quasi impossibilité de l'assumer réellement. Le manque de disponibilité revient alors comme un leitmotiv, les unes et les autres pointant les limites d'un travail dans ces services dits rapides, techniquement performants, mais où le patient, parfois, est tout juste identifié.

« Le côté relationnel est quelque chose auquel je n'avais pas pensé au début, quand je voulais faire infirmier. C'est vrai, quand j'ai commencé les études infirmières, mon objectif c'était vraiment le technicien pur et dur, la technique avant tout. L'hôpital, il n'y avait pas de relations avec les patients. Quand vous êtes en bloc opératoire, où le patient est endormi, vous n'avez pas du tout de relation avec le patient. »

Marc

« Au bout de trois ans, j'en ai eu marre, mais vraiment ! Je trouvais qu'au niveau des soins, ça m'intéressait énormément, mais il manquait beaucoup de relationnel, parce que, une fois que les patients vous les avez accueillis dans la salle et préparés, ils dorment. Au départ, moi j'allais voir les patients quand ils étaient en chambre au bout de 2 ou 3 jours, pour voir comment ils allaient. On m'a dit que ce n'était pas le genre de la maison, donc si je pouvais m'abstenir, ce serait très bien, que ce n'est pas mon rôle, voilà. Du coup, vous faites quelque chose sur quelqu'un, mais vous ne savez pas le début, vous ne savez pas la fin, vous êtes au milieu. Donc moi je trouvais ça frustrant, et puis c'était surtout l'ambiance qu'il y avait au bloc, ça, je ne supportais plus. (...) Et au bout de trois ans j'en ai eu franchement ras le bol, et je vois une petite annonce... »

Alice

« Pour bon nombre d'infirmières, écrit Françoise Acker, l'attention aux problèmes personnels et sociaux du patient, l'aide à leur apporter constituent une dimension centrale

²¹⁰ Les contraintes temporelles sont particulièrement évoquées par les plus jeunes infirmières libérales. Pourtant, visiblement, tout ce qui a trait au rythme de travail s'est encore largement dégradé depuis quelques années... Voir Romuald Le Lan (en collaboration avec Dominique Baubeau), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et Résultats*, n°335, 2004, p. 7.

²¹¹ Faisant allusion au rapport d'Anne Branciard et de Philippe Mossé : *Hôpital, innovations, professions* (LEST, CNRS, 1994), France Lert écrit : « L'hypothèse initiale des auteurs de cette recherche qu'existerait une dimension méconnue de l'organisation des soins portée par l'expression collective des catégories intermédiaires, et particulièrement les infirmières, s'est avérée non fondée. Les infirmières n'apparaissent pas comme cette figure-charnière qui serait garante de la cohérence et de la continuité de la prise en charge du malade, invoquée par tous les acteurs de l'hôpital. » France Lert, « Le rôle propre des infirmières », *Sciences sociales et Santé*, n°3, 1996, p. 111.

des soins mais les tâches qui en découlent requièrent du temps, un temps qui s'inscrit parfois difficilement dans le temps prédéfini du séjour du patient. »²¹² Effectivement, à entendre les infirmières que nous avons sollicitées, le manque de personnel les a amenées à être sur tous les fronts, et du coup à se rendre compte des limites de leur travail et du manque de prise en compte du patient²¹³. En somme, on en revient toujours à ce décalage entre des représentations, un discours humaniste valorisant le rôle d'une infirmière rassurante et attentive à ses malades et des pratiques qui, jour après jour, disqualifient de tels attendus tant elle se retrouve tiraillée entre de multiples impératifs.

« En hôpital, il n'y a pas le temps, il y a trop de travail, on n'est pas du tout disponible. À l'hôpital, c'est du traitement. Tout le monde dit "Elles sont sympas les infirmières", mais on n'a pas le temps d'écouter ce qui ne va pas. On soigne les symptômes quoi, il y a quelque chose derrière, des fois ce serait bien d'écouter un peu. »

Judith

« Très vite j'ai découvert le manque de relations humaines dans l'hôpital, mais aussi, pas seulement le manque de relations humaines... Si on part du principe ... Ça devient faux... parce qu'il y a eu des périodes où on disait que quelqu'un qui se faisait un ulcère à l'estomac c'était le stress. Peut être que c'est encore le stress mais ce n'est pas seulement le stress apparemment, mais admettons. Alors, à l'hôpital, on va soigner l'ulcère médicalement, on ne va pas chercher pourquoi cette personne avait un stress, qu'est ce qui se passait. Elle revient et puis 3 ou 4 ans plus tard avec un ulcère, son deuxième ulcère, après perforation d'ulcère, mais on ne s'est pas posé la question, et c'est ça qui manquait, que je trouvais qu'il manquait. Alors je sais, soit l'infirmière on lui donne plus de temps soit on met des assistantes sociales par service... »

Brigitte

« Infirmière, ce n'est pas que faire des piqûres, je pique et je m'en vais. Non, c'est autre chose. À la limite l'hôpital c'est ça. Des soucis, manque de temps et manque de personnel. Les gens ne se rendent pas compte, mais l'hôpital c'est fou ! C'est une infirmière et puis, les malades, les médecins, et les familles... »

Léandre

Comme le dit Florent : *« Une personne qui est malade, c'était l'hôpital qui arrivait en face de lui. Donc, c'est le système qui arrive, et vous êtes noyés. C'est le malade qui doit subir, c'est la personne hospitalisée qui doit subir. »* Rien d'autre, en fait, que ce que disait, en conclusion de son édifiant témoignage, Jean de Kervasdoué : *« Si le patient est "au centre du système de santé", étant donné la taille du centre, le cercle doit être immense ! »*²¹⁴

Poids de la hiérarchie, faible considération du personnel, ...les récriminations des infirmières libérales vis-à-vis de ce qu'elles ont connues en la matière dans le cadre hospitalier arrivent nettement en premier lieu dès lors qu'il s'agit d'évaluer les difficultés

²¹² Françoise Acker, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue Française des Affaires sociales*, n°1, 2005, p. 164.

²¹³ Signalons ici l'étude menée par le CEREQ, dans le cadre du programme EQUAL, auprès des infirmiers et infirmières ayant quitté leur emploi, entre 1990 et 2002, au sein de l'institut Paoli-Calmette, de Marseille, spécialisé dans les traitements anti-cancéreux. Dans plus de la moitié des cas, le départ de cet institut, confronté à un très fort *turn-over*, s'est effectué vers l'exercice libéral. Le motif le plus souvent avancé a trait à la surcharge de travail, liée essentiellement à la pénurie de personnel. Isabelle Marion et Nathalie Quintero, *Mobilité externe et trajectoires professionnelles des IDE de l'institut Paoli-Calmette*, Marseille, CEREQ, 2003.

²¹⁴ Jean de Kervasdoué, « L'hôpital vu d'en bas », *op. cit.*

qu'elles ont ressenties avec le plus d'acuité. Plusieurs déclarent déjà que le travail en équipe n'était pas nécessairement ce qui les attirait le plus... Le fait est que, dans un contexte de fébrilité permanente, les tensions s'exacerbent vite, entre reproches larvés, rumeurs colportées, mises en accusation de ne pas en faire assez – ou d'en faire trop –, etc. entre les différents membres d'un personnel soignant qui tous courent en permanence après le temps et ont besoin, d'une certaine manière, d'un exutoire de la sorte²¹⁵.

« *L'ambiance était épouvantable, entre chirurgiens, entre collègues, c'est épouvantable !* »

Alice

« *J'ai du mal à travailler en équipe. C'est peut-être pour cela que je me suis mise en libéral* »

Juliette

« *Moi, à l'hôpital, j'ai travaillé en équipe et j'étais un peu découragée de voir comment certains travaillaient ! Car on a beau essayer de mettre des choses en place, il y en a qui ne se casseront pas la tête. Ils feront leur boulot comme ils le pensent, ils ne se remettront jamais en question et ils ne cherchent pas à savoir si le patient est satisfait ou pas, si le patient est bien. Alors c'est décourageant !* »

Corentine

Ces stigmatisations, ce noir tableau dépeint n'est pas la règle²¹⁶. Dans les services de nuit, on l'a vu, les critiques sont assez rares sur ce point. Dans les services de jour aussi il arrive que les unes et les autres gardent intact le souvenir d'une cohésion sans faux-semblant et de tout ce qu'elle permet, en terme de soutien réciproque « *pour affronter certaines charges émotionnelles insoutenables liées aux relations avec certains patients* »²¹⁷. Des évocations de la sorte, toutefois, sont minoritaires :

« *J'ai un bon souvenir, j'aimais le travail que je faisais, je m'entendais bien avec le chef de service, des bons chefs de service, donc vraiment une bonne ambiance, des collègues sympas, j'aimais bien ce que je faisais et puis une surveillante sympa, j'aimais bien ma surveillante...* »

Agnès

« *Il ne fallait pas aller en cardio. En cardio, c'était le pape et puis... et tout volait dans la pièce, mais chez nous, non, ce n'était pas comme ça, c'était très convivial, on avait un excellent rapport avec les médecins, les anesthésistes, les infirmiers, la surveillante... une monitrice super.* »

Ankita

Surveillantes, chefs de service, d'autres encore, situés, dans les rapports hiérarchiques, au-dessus des infirmières ; on s'en doute, à bien des égards, la manière dont ont été évoquées

²¹⁵ Voir Anne Vega, *Une Ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 2000.

²¹⁶ L'ambiance au sein de l'équipe de travail joue un rôle important dans le projet que peuvent formuler des personnels soignants de quitter la profession. Voir à ce sujet Madeleine Estryn-Béhar 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.

²¹⁷ Marcel Drulhe, « 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, p. 26.

les relations avec les médecins, des « patrons » aux internes, ou avec les cadres, ne donne pas à penser qu'elles ont été, en règle générale, très cordiales. Quasiment toutes les infirmières interrogées ont fait écho à des rapports de domination entre les personnel d'exécution au rang duquel elles ont souvent eu le sentiment d'être relégué et des praticiens qui attendaient avant tout d'être obéis et servis. Elles semblent avoir eu un sentiment aigu de la justice et, très nettement, ce sont les critiques de ces pressions de la hiérarchie qui sont évoquées en premier lieu quand il s'agit de dépeindre ce qui les a le plus insupportées. On en revient de l'évocation de ces « patrons », figures fascinantes, même si quelque peu idéalisés semble t-il, qui, eux, savaient mener leur monde, emporter l'adhésion et l'enthousiasme, mobiliser une équipe, savourer collectivement une réussite, etc. C'est à cet aulne-là qu'elles parlent des rapports de subordination que, régulièrement, elles disent avoir subi. Si un chirurgien « *piquait sa crise de temps en temps et envoyait tout valser* », ce n'était pas gravissime en soi. Après tout, elles aussi travaillaient en ressentant de telles pressions, et on pouvait comprendre de telles algarades²¹⁸. Par contre, le manque de confiance, la docte ignorance, les signes perçus d'une attitude méprisante, etc. tout cela devenait vite insupportable, d'autant plus quand de telles attitudes étaient le fait de personnes plus jeunes qu'elles, voire parfois vis-à-vis desquelles elles avaient le sentiment d'être en mesure de leur en apprendre.

« La hiérarchie ne me gêne pas trop dans la mesure où les choses sont dites correctement. Et je vous dirais que c'est même ce qui m'a poussé à faire du libéral parce qu'un jour.... Mais non, dans l'ensemble je n'ai pas rencontré de personnes qui étaient désagréables. J'essayais d'apprendre au mieux ce que j'avais à faire et je ne me focalisais pas sur les petits problèmes avec les personnages qui étaient là. J'ai connu un chirurgien orthopédique qui était un peu difficile, caractériel on va dire, certains le sont des fois, chirurgiens caractériels. Il y a eu des petites prises de bec ! En tant que personnel, il faut accepter certaines réflexions, ça dépend comment elles sont faites. »

Michel

« Je trouvais quand même un petit peu dur que des jeunes internes nous disent qu'on faisait mal notre travail. »

Zoé

« Quand vous êtes aux urgences, que vous sentez qu'il n'y a personne qui est là parce que si vous téléphonez au chirurgien, vous ne savez pas de quelle humeur il va être, quand c'est une espèce de climat comme ça, où vous ne vous sentez pas soutenus, en plus vous êtes une seule infirmière vous n'avez pas beaucoup d'expérience, ici, vous avez vite fait un ulcère à l'estomac ! »

Adèle

Conséquences probables de ce rythme effréné qu'elles disent avoir souvent connu, des responsabilités endossées par les unes et les autres à l'heure d'une judiciarisation rampante de l'univers du soin, de la recherche d'une rationalisation à tout crin, les infirmières sollicitées en sont souvent venues à dépeindre des situations au fil desquelles elles avaient le sentiment d'être tiraillées, harcelées, non reconnues dans le travail d'articulation qui était le leur et finalement de subir le contrecoup de toutes ces pressions qui rendent désormais intenable à leurs yeux le travail en hôpital. Quitte à enchanter – du moins dans un premier temps – l'exercice libéral, c'est en contre de tels rapports hiérarchiques qu'elles paraissent souvent

²¹⁸ Sur la version archétypale du « chirurgien au bloc », Voir Yann Faure, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n° 156-157, 2005, p. 113.

construire leur identité professionnelle, peut-être en creusant quelque peu la plaie. On les sent en tous les cas, sur ce point plus que sur tout autre, potentiellement réactives, peu enclines à subir durablement une domination que rien ne justifie.

« Dans les hôpitaux, vous avez 36 chefs au-dessus de vous, qui décrètent toujours plein de choses, plein de nouveautés, et en fait il n'y a qu'une infirmière auprès des malades, même s'il y a la surveillante chef et la la la, et donc j'ai dit, ça j'en ai marre, et je me suis lancée comme ça. »

Odette

« J'ai choisi le libéral pour me débarrasser des supérieurs, pour être vraiment tranquille. »

Thérèse

De ce point de vue, il apparaît très nettement que la plupart des infirmiers sont encore plus réactifs que les infirmières. Si, à l'instar de Michel, évoqué à l'instant, certains en prennent leur parti, d'autres, les plus nombreux, avancent comme raison essentielle à leur départ de l'hôpital, les relations hiérarchiques subies.

« J'ai très peu supporté la hiérarchie. »

Marcel

« Je n'avais à faire qu'à des cons, donc je suis parti au bout de 6-7 ans quand même. »

Maxime

Au sein des services où souvent elles ont travaillé durant une bonne partie sinon la totalité de leur carrière hospitalière, les infirmières sollicitées ont souvent eu le sentiment de se retrouver seules à devoir assumer des responsabilités qui les dépassaient. Le manque de soutien, la difficulté à établir des relations sereines avec des aides soignantes, l'impression aussi de jouer parfois le rôle de souffre-douleur, d'aucuns diraient même de « fusible », a été souvent évoqué.

« Il faut voir qu'en privé ou en hôpital, les médecins passent un peu ses nerfs sur vous, et surtout au bloc. S'il y a une erreur de faite, c'est toujours de la faute des autres, ce n'est jamais de leur faute, c'est un particulier, c'est un milieu particulier. »

Blandine

On ne sait pas grand-chose des mesures disciplinaires qui ont cours dans les cliniques et les hôpitaux, à la suite d'erreurs ou de fautes commises, dont on pressent les graves conséquences. Peut-être est-ce du fait que cela est réglé silencieusement en interne la plupart du temps, dans un contexte, dans un climat de méfiance face aux plaintes toujours possibles, etc. Reclassement, déclassement, mutation d'office... Il n'y a aucune raison à ce que les infirmières interrogées n'aient pas eu affaire à ce type de situation. Il n'est pas exclu que certaines les aient connues voire même que ce soit suite à de tels événements qu'elles aient été amenées ou qu'elles aient délibérément choisi de quitter leur emploi salarié. C'est dit à mots couverts la plupart du temps, et comprennent qui pourra, mais ces « pépins », ces « dégâts » évoqués de manière plus ou moins euphémisée, font bel et bien partie de tout ce qu'elles ont pu connaître durant leur carrière. Sentiment d'injustice, face à des sanctions qui leur apparaissent singulièrement sélectives, révolte contre des décisions qui les mettent sur la touche, alors que d'autres s'en tirent mieux, on saisit au détour d'allusions ou, au contraire

parfois, de mises en accusation très directes, ce qu'ont pu être parfois les aléas d'une trajectoire hospitalière sous le signe de la désillusion.

« À l'hôpital, il y avait un anesthésiste qui n'arrivait pas à en recruter un autre. Des faisant fonction d'interne qui étaient des étudiants de médecine originaires de l'étranger ; on ne savait pas quel était leur cursus. J'ai eu des dégâts justement à cause de ça, et c'est ce qui m'a valu de partir du service, des 4 lits de soins intensifs. Parce qu'il faut toujours trouver un bouc émissaire quand il y a des choses qui ne vont pas. Et donc c'est vrai que je me suis retrouvée avec des personnes âgées, j'ai trouvé une vitesse ce croisière. Je n'avais pas demandé mais, avec le recul, c'était une très bonne chose parce que j'étais trop stressée aux urgences, ça ne me convenait pas. »

Adèle

Nécessité faite vertu, accommodement tant bien que mal, un temps du moins ; on a entendu à plusieurs reprises de tels propos renvoyant à des trajectoires heurtées, à des affectations plus subies qu'autre chose et généralement d'autant plus douloureusement ressenties que l'on a affaire à des professionnelles fortement investies et ayant le sentiment de payer au prix fort des risques qu'elles étaient, de fait, obligées de prendre.

Dernier point enfin que les infirmières libérales sollicitées ont très souvent évoqué, l'augmentation des tâches administratives paraît concentrer en quelque sorte les maux d'un hôpital où décidément une large part d'entre elles ne trouvait plus son compte. Une fois encore, ce que révèlent des études récentes – y compris l'enquête PRESST-NEXT²¹⁹ – fait écho à des critiques qui se rapportent à un hôpital qu'elles ont pourtant quitté depuis plusieurs années, rappelant au passage que ce n'est probablement pas d'hier que les effets du néotaylorisme hospitalier se font sentir. Standardisation des procédures de soins, recherche d'économie d'échelle, managérialisation des relations avec les cadres, etc. rien n'a échappé à nombre de ces infirmières, parmi les moins de 45 ans notamment – et il n'est donc pas étonnant qu'explicitement ces évolutions de l'organisation hospitalière soient évoquées directement comme cause de leur départ vers l'exercice libéral. Encore aujourd'hui – on le verra plus loin – le travail d'écriture, les « paperasses » à remplir, tout cela n'est pas vraiment du goût de la plupart d'entre elles, qui trouvent alors toutes sortes de stratégies pour reporter le temps de ces tâches dont elles se passeraient volontiers. Au-delà de dénonciations en termes généraux de ce qui était alors « *un nouveau climat* », « *une sale ambiance* », etc. tout ce qui a trait à la rationalisation du flux des patients a souvent été évoqué. La courte durée du séjour des malades, l'impossibilité de prendre le temps de faire connaissance, la mise à l'index de ce qui leur apparaissait être le minimum et non « de la parlotte inutile », tout cela renvoie bien à des pratiques aux antipodes d'une certaine conception artisanale du soin²²⁰ à laquelle souvent elles disent rester attachées.

« J'ai fait des urgences et puis je me suis dit, je vais essayer d'apporter au patient dans un service et je n'arrivais pas, parce qu'on demande de plus en plus à l'infirmière. Les gens sont hospitalisés de moins en moins longtemps, donc on nous demande beaucoup de prise en

²¹⁹ Dans cette enquête, l'augmentation des tâches administratives est le premier facteur déclaré « très perturbant » par les soignants du panel national mobilisé. Madeleine Estryn-Béhar et col., *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, Étude PRESST-NEXT, partie 1, 2004, p. 7.

²²⁰ Nous faisons en particulier référence ici à la définition de la fonction soignante (la quadruple disponibilité : temporelle, intellectuelle, morale et affective) que développe Claude Béraud, « Apprendre à soigner » dans P.H. Keller et J. Pierret (dir), *Qu'est-ce que soigner ?* Paris, Syros, 2000, pp. 142-143.

charge au niveau des papiers, au niveau du bilan, dans un temps très court il faut faire le maximum d'examens. Donc, après, la réalité du patient, où est-ce qu'elle est ? On doit prévoir son entrée, sa sortie, tout ça dans un temps très court. Donc j'ai décidé de prendre ma retraite de 15 ans, trois enfants, et puis de venir dans le libéral, et ma foi je ne regrette pas ! »

Zoé

D'autres, voire les mêmes, ont aussi évoqué les effets d'une rationalisation budgétaire qui aboutissait à intensifier leur travail voire à rogner sur tel ou tel avantage qu'elles pouvaient s'octroyer. Très classiquement, on a entendu parler des récupérations plus difficiles entre deux temps forts, de relations de moins en moins fréquentes en équipe, « *si ce n'est pour se prendre la tête avec la réorganisation du service* », et autre conséquence d'une standardisation de l'ensemble des procédures.

« Il y a eu une restructuration de S. (un service d'hospitalisation à domicile – HAD –). Ils ont voulu... On travaillait avec notre propre véhicule, entre autre, donc on était remboursé des frais professionnels, de couverture, etc. et à une époque, bon, restriction de budget, ils voulaient supprimer ça et chaque infirmière aurait une voiture de fonction. Donc il fallait aller chercher la voiture là-bas et partir ensuite. Il y avait des tas de choses à faire comme ça, on avait beaucoup de paperasses à faire aussi. Et tout ça a fait que je me suis lassée un peu. (...) Enfin, c'était une restructuration complète, et moi, ça m'a pris la tête, et donc j'ai dit : "J'en ai marre". Donc j'ai une amie qui m'a dit "Viens faire du libéral avec moi !". Voilà, j'ai dit : "J'essaye !" »

Odette

Sans doute aurions-nous dû être plus insistants sur ce point lors des entretiens : toute prudence gardée donc, les infirmières libérales interrogées ne paraissent pas avoir été très combatives quand des restructurations, des suppressions de services, etc. sont intervenues, dans les hôpitaux locaux notamment où elles travaillaient. Elles semblent en tous les cas avoir été assez résignées et surtout avoir vite pensé à la solution d'un départ vers le libéral quand les présages n'étaient pas optimistes quant à l'évolution de la situation.

« Les médecins n'étaient pas très contents non plus, car on fermait des lits dans leur service. Déjà que les chirurgiens sont caractériels, alors là c'était dur ! Il y avait un climat de mécontentement qui était entretenu par les filles. On les changeait de service, on les envoyait 8 jours dans tel service. Je dis les filles, car c'était surtout les aides soignantes qui étaient touchées ; les infirmières pas trop, car les médecins n'aimaient pas trop changer. Donc on a fait des manifestations, on avait l'impression que tout était décidé, donc c'était malsain à l'hôpital. Donc j'ai commencé à regarder les annonces dans le journal et j'ai trouvé une fille qui cherchait une infirmière libérale à N., et donc j'ai rejoint cette fille. »

Viviane

Remarquons par ailleurs que les infirmières sollicitées ont fort peu évoqué ce qui a trait au changement de statut du malade (devenu usager, faisant prévaloir à ce titre ses droits, mieux informé, plus actif, plus demandeur, etc.). Alors que les infirmières hospitalières, quand elles sont interrogées évoquent systématiquement ceci comme contrainte supplémentaire pesant sur leur activité, les infirmières libérales font primer très largement le fait que c'est bien plus le rapport aux autres professionnels qui semblait pesant à l'hôpital.

Avant d'aborder comment on en arrive à l'exercice libéral, y compris parfois faute de parvenir à obtenir un emploi en hôpital (qu'il ne s'agirait donc pas de diaboliser à ce point,

malgré l'ensemble des critiques entendues²²¹), il n'est assurément pas inutile de préciser qu'une autre forme de sortie a été sérieusement envisagée par quelques infirmières (et aussi par quelques infirmiers) : devenir cadre hospitalier. D'après l'enquête par questionnaire, cela a concerné 5,6 % d'entre elles (sans écart notable entre femmes et hommes). Pour autant, ce rôle d'interface entre logique soignante et logique économique les a finalement rebutées. Plus d'une y voyaient dans un premier temps une possibilité de promotion en guise de réponse à ce « dilemme des infirmières » comme l'a nommé Eliot Freidson²²², mais elles ont vite déchanté. Désormais la logique managériale a gagné cette fonction de cadre infirmier et l'a éloignée des activités cliniques auxquelles ces éventuelles candidates demeuraient attachées. « *Tout en se détachant de la profession d'infirmière, les cadres supérieurs continuent à fonder leur légitimité sur l'appartenance à ce groupe d'origine, quitte à ne plus être reconnus par lui* » observent Isabelle Feroni et Anémone Kober-Smith²²³. De fait, l'évolution gestionnaire a largement transformé ce type de poste qui, au même titre que celui de formatrice, représentait auparavant une issue possible pour celles qui aspiraient à une promotion dans le cadre hospitalier.

« J'avais le choix entre soit l'école des cadres soit faire autre chose. Quoi, je ne savais pas, mais faire autre chose. Je suis allé à l'école des cadres, donc à la préparation pour l'entrée à l'école des cadres, je suis allé au concours, j'ai eu le concours et quand je suis allé à la réunion d'information à la Salpêtrière, qui est donc l'école des cadres, pendant 2 jours on a des réunions avec la directrice, on a plein d'intervenants. Et je me suis rendu compte que cela ne me convenait pas. Moi, je suis plutôt technicien du soin que gestionnaire du soin et donc je me suis dit que cela n'allait pas me convenir, de gérer les conflits, de gérer les problèmes. Je me suis dit, ça ne me va pas. (...) J'étais fonction de cadre pendant un moment où il n'y avait pas de cadre de service, où je faisais les plannings, etc. et franchement moi, ça ne me va pas. Quand vous faites des plannings avec un personnel en abondance et quand il n'y a pas de souci, il n'y a pas de problème, mais quand vous faites un planning où il n'y a personne, tout le monde veut une journée, ce n'est pas facile, moi, ça, ça ne me convient pas. »

Aimé

« Je faisais des remplacements en tant que surveillante, mais je n'avais pas envie de faire ça à demeure. (...) Ça m'intéressait à partir du moment où ça concernait le fonctionnement du service, mais tout ce qui concerne l'administration et tout ça, ça me gave, ce n'est pas la peine d'y penser. Donc je n'ai même pas essayé de faire l'école des cadres, mais ça me semble tellement déconnecté de la réalité qu'en fait ça ne peut pas, par rapport à ce que je suis, ça ne peut pas aller. »

Rolande

À quelques reprises nous avons aussi entendu évoquer les désillusions de celles (et de ceux) qui auraient bien suivi le cursus mais qui se sont rendus compte que, pour autant que l'on obtenait le diplôme, aucune garantie n'était donnée quant à obtenir rapidement un poste correspondant.

²²¹ Signalons toutefois que des infirmières libérales ont relevé quelques améliorations et progrès intervenus au cours de leur expérience hospitalière (innovations thérapeutiques et diagnostic, développement du matériel jetable dispensant des gestes de stérilisation, etc.).

²²² Eliot Freidson, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984, p. 75.

²²³ Isabelle Feroni, Anémone Kober-Smith, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue Française de Sociologie*, n°3, 2005, p. 485.

« Depuis que j'étais à l'école, je voulais faire l'école des cadres parce que je voulais monter assez vite et puis je pensais que j'en avais les capacités, et donc je me suis renseigné pendant mes études (...). Là il fallait 5 ans d'ancienneté, mais en plus il fallait être proposé par un chef d'établissement, et sur le terrain, même si vous aviez fait l'école des cadres et que vous aviez le diplôme, sur le terrain ce n'est pas du tout ça, il fallait attendre 10 ans, 15 ans d'ancienneté avant d'avoir un poste. Avant l'hôpital était organisé d'une certaine manière et bon, maintenant, ça s'est éclaté et avant il n'y avait pas autant... infirmière générale, par exemple, avant ça n'existait pas. »

Thierry

« La carrière des infirmières hospitalières, observe le rapport annuel 2004 de l'ONDPS, est donc principalement centrée sur des fonctions de management, puisqu'en dehors des trois spécialités citées (bloc opératoire, anesthésie et puériculture) il n'existe aucune possibilité d'évolution de carrière pour une infirmière qui souhaite rester et progresser dans le domaine du soin. Les infirmières qui souhaitent poursuivre des formations qualifiantes dans le domaine du soin, passent des diplômes universitaires, ou vont dans le privé suivre des formations longues type "infirmière clinicienne". (...) Certains hôpitaux positionnent ensuite ces personnes sur des postes particuliers. (...) Mais cela sans reconnaissance statutaire et/ou financière. »²²⁴

Nous avons rencontré quelques infirmières et infirmiers qui ont tenté de valoriser telle ou telle de ces formations supérieures d'expertise du soin, mais visiblement cela ne correspondait pas avec ce qui est désormais attendu d'un cadre là où ils/elles auraient volontiers postulé par la suite.

« J'ai fait une formation de conseiller santé lorsque j'étais en hôpital, sur Paris, que je comptais mettre en place à l'hôpital M. (...) Mais c'est toujours pareil, quand on a une compétence supplémentaire et qui ne rentre pas dans le cadre hospitalier, c'est "niet" "niet". Quelque part on était hors norme par rapport aux classiques du service hospitalier. De plus comme la technique, au bout de 20 ans de service, on a quand même, je ne dirais pas fait le tour, mais on a vu quand même plusieurs services et plusieurs modes de techniques. Donc ça suffisait. Donc, je l'ai suivie (son épouse installée avant lui en libéral) lorsqu'elle est partie et que ça marchait. »

Sébastien

Finalement, la voie promotionnelle qui, sur le principe, aurait pu intéresser une part d'entre elles, s'est avérée très étroite, et très orientée aussi vers tout ce qui a trait à la rationalisation, à l'édiction de normes et à la standardisation des soins. De plus, pour certains, notamment les hommes et aussi les femmes qui ont débuté en libéral assez jeunes, cette perspective de promotion au sein de la hiérarchie hospitalière semblait trop lointaine. Il y avait chez eux une espèce d'impatience, d'urgence à vouloir échapper au statut d'infirmière hospitalière « de base ». Par ailleurs, le concours d'entrée à l'institut de formation des cadres de santé (IFCS) est assez difficile et sélectif, sans compter que la formation ensuite est particulièrement intense et déstabilisante. On peut aussi penser que c'est pour cela qu'ils n'ont pas retenu cette voie, privilégiant alors une option moins risquée et moins « coûteuse » (sur le plan temporel, personnel, etc.).

²²⁴ ONDPS, *Analyse de trois professions*, op. cit. p. 86.

Dans nombre de cas donc, c'est le sentiment d'être dans une impasse qui prévaut. De ce point de vue, elles avalisent en somme l'observation d'Olivier Dembinski : « *Alors "qu'elles continuent à donner", elles ont le sentiment d'être considérées comme des "pions" que l'on déplace d'unité en unité. Ce sentiment est renforcé par les faibles perspectives de carrières qui leur sont offertes et ce, d'autant, que là aussi, les règles d'accès à l'encadrement ont été modifiées dans la mesure où l'ancienneté, les compétences et leur reconnaissance par les collègues ne suffisent plus pour briguer les fonctions de cadre.* »²²⁵

233. L'arrivée dans l'exercice libéral

Souvent critiques vis-à-vis de conditions de travail auxquelles elles ne peuvent que difficilement échapper, les infirmières sollicitées en viennent donc à l'exercice libéral. Nous allons à la fois préciser dans quelles circonstances, de fait assez diverses, et de quelle manière a pu se dérouler leur arrivée sur ce terrain professionnel bien particulier. Ce faisant, et en guise de préambule en quelque sorte, nous allons d'abord évoquer celles qui ne vont connaître le travail salarié en hôpital ou en clinique qu'au travers les différents stages ponctuant leur formation, puisqu'elles vont choisir de s'installer sans plus attendre, dès leur sortie de l'IFSI, et cela donc avant 1992. Ensuite nous nous arrêterons sur les raisons qui ont amené ces infirmières à déroger à la carrière hospitalière²²⁶. On l'a compris, c'est souvent sur un fond de déceptions, de sentiment d'occasions manquées, d'inachèvement vis-à-vis de la clinique, de l'hôpital où la grande majorité a fait ses premières armes que le départ d'un emploi salarié s'effectue. Toutefois, à bien des égards, d'autres motifs sont venus se greffer. Certains relativisent d'ailleurs une vision univoque des circonstances de ce départ qui ne pourrait être que le fruit d'un choix délibéré. Ici, nous relierons d'abord aux installations directes une forme de transition, souvent parlée comme un simple glissement, d'un emploi dans un centre de soins infirmiers à l'exercice libéral. Ensuite nous nous attarderons sur un ensemble de motifs souvent évoqué par les unes et par les autres : l'intégration à un cabinet faute de parvenir à obtenir un emploi salarié, emploi vers lequel *a priori* allait pourtant leur préférence. Ici on attendra notamment tout ce qui a trait aux difficultés à retrouver un poste, là où elles ont été amenées à venir vivre à tel ou tel moment de leur carrière, la plupart du temps pour suivre un compagnon ou un mari. Ce faisant, nous passerons aussi en revue d'autres motifs, de la recherche d'une plus grande disponibilité pour ses enfants à l'intérêt de percevoir des revenus plus importants. Ce point fait, il sera temps de relater les circonstances des premiers contacts, des premiers pas dans l'exercice libéral.

Du temps où s'installer directement était encore possible au « sas » d'un travail en centre de soins infirmiers

À la fin des années 1980, on observe une augmentation des installations directement dès l'obtention du DE. Quelles sont les raisons qui ainsi poussaient prestement des jeunes diplômées vers l'exercice libéral ? On s'en doute, il n'y a guère de réponse univoque. Des stages, voire la formation en règle générale ont pu être source d'insatisfaction, des

²²⁵ Olivier Dembinski, « 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*, op. cit. p. 56.

²²⁶ Précisons que nous n'avons pas instruit la différence entre les trajectoires des infirmières libérales ayant précédemment travaillé dans des institutions de soins du secteur public ou du secteur privé (ou dans les deux). Nous n'avons pas perçu, au fil des entretiens, l'impact d'une telle variable.

informations glanées ici et là ont pu susciter l'envie, des infirmières déjà installées se sont parfois chargées de préparer le terrain, avec des visées intéressées éventuellement... la liste serait assurément longue. On peut simplement repérer 3 ou 4 cas de figures qui nous paraissent assez exemplaires.

On l'a déjà noté, l'installation directe se conjugue, proportionnellement, bien plus au masculin qu'au féminin. Ce qui est vrai aujourd'hui, dès la quatrième et la cinquième année après l'obtention du DE, l'était déjà auparavant dès l'obtention du diplôme d'État. On en revient encore et toujours aux singularités des trajectoires masculines. Ce qui apparaît, dans les propos tenus par les uns et les autres, c'est la difficulté à s'inscrire dans des relations hiérarchiques, au risque de la domination, y compris par des femmes. On se souvient que ces hommes en sont venus au métier d'infirmier, souvent faute de parvenir à s'inscrire dans d'autres cursus, perçus comme plus prestigieux. En formation, ils se distinguaient déjà ; sur les lieux de stage aussi. À bien des égards, ils percevaient que l'organisation hospitalière leur ferait en quelque sorte violence. L'échappée belle vers le libéral leur permettait d'éviter des confrontations qu'ils entrevoyaient potentiellement problématiques. De plus, peu d'autres issues étaient susceptibles de se dégager à court terme, les formations complémentaires, et à plus forte raison celle de cadre, requérant des années d'expérience hospitalière. Pour peu qu'au fil de tel ou tel stage, ils aient mal vécu des situations, et cela a pu les décider à se tourner dès que possible vers l'exercice libéral. On a aussi entendu en quoi les quelques garçons des promotions d'IFSI ne manquaient pas d'échanger sur leurs projets, de se passer entre eux des informations, avec le sentiment de sortir du lot, etc. En puisant dans un habitus accordé à des velléités d'indépendance, d'autonomie, ils se sont tournés vers des cabinets existants, et classiquement, dès avant l'obtention du DE, ils savaient où ils allaient, sans compter qu'un certain nombre d'entre eux avaient déjà pris des contacts à l'occasion d'un stage en libéral, choisi sciemment.

« Je savais qu'en faisant 33 mois d'étude comme infirmier, on pouvait faire du libéral, à l'époque sans faire 3 ans au chevet du malade J'ai une grande gueule et je n'aurais pas tenu le choc ; j'aurais dit mes 4 vérités à l'un ou aux 3 étoiles. »

Alain

Les traits de caractère dont ils se targuent souvent (franchise, insoumission mais aussi, esprit d'entreprise, etc.) se doublent régulièrement d'une aspiration à mettre en place des rapports aux médecins qui soient différents qu'en institution. Ainsi faut-il entendre la remarque suivante sur *« des relations professionnelles plus importantes »*...

« C'était vraiment un choix délibéré de faire du libéral, parce que donc, après l'obtention de mon diplôme, en 1990, j'ai fait mon service militaire, donc un an en hospitalier. Et, c'était vraiment un choix, c'est-à-dire qu'on peut vraiment développer une relation plus importante au niveau des patients et de relations professionnelles beaucoup plus importantes au niveau des médecins et autres. C'est ce que je recherchais, et non être sous la coupe de quelqu'un d'autre. »

Charles

Nombre de femmes n'étaient pas en reste. Parmi elles, nous avons relevé plusieurs situations où ces infirmières en formation sont parmi les plus âgées de leur promotion. On l'a aussi déjà noté, elles ont pu d'ailleurs poser quelques problèmes à leurs formatrices... Nous n'avons pas entendu véritablement de propos donnant à penser qu'avant même leur

inscription en IFSI, elles avaient vraiment un tel projet d'installation en tête. Par contre, là aussi, des situations vécues lors de stages ont pu être déterminantes. À l'instar des hommes auxquels nous venons de faire allusion, souvent ces femmes ont préparé assez minutieusement leur ralliement à un cabinet existant, voire leur implantation.

« On est confronté à la hiérarchie qui existe et qui engendre des relations des fois très pénibles dans un service, et des filles qui se tirent dans les pattes en permanence et je pense que ça, c'est un truc qui m'a poussé à faire du libéral. (...) Laurence ayant fait la même chose que moi, ayant eu la même démarche sur D., ayant un peu le même ressenti que moi sur l'exercice hospitalier, et du coup on s'est dit, mais pourquoi pas. À l'époque on avait la possibilité de s'installer directement. On a eu notre DE en 1987 et on avait décidé de s'installer toutes les deux à P. Il n'y avait qu'une seule infirmière, c'était, on avait prospecté un petit peu, c'était sur le coin, il n'y en avait qu'une et pour une population assez disséminée qui était assez importante. Et Fabrice (son compagnon) étant sur P., on avait la possibilité de récupérer un local. Donc voilà, on s'est installé comme ça. »

Claire

Ces jeunes femmes sont plus âgées que la moyenne des élèves infirmières. Elles peuvent donc déjà être engagées dans une vie de couple, ce qui est susceptible de limiter leur mobilité, sans compter aussi qu'elles peuvent déjà avoir des enfants et anticiper, on le verra un peu plus loin, tout ce qui a trait aux problèmes de garde, etc. Enfin, il ne faudrait pas oublier que nous sommes dans des années où l'hôpital n'offre plus des débouchés avec la belle automaticité, des années 1970 par exemple. C'est donc dans un contexte de possibilités restreintes d'obtention d'un emploi localement (et du coup d'offres qui portent sur des services peu cotés éventuellement) que ces installations, souvent, se sont déroulées.

« Je vivais seule avec 2 enfants, je me suis retrouvée en 3^{ème} année en posant la question de mon travail. Bon, il faut savoir que peut-être à l'époque ; maintenant c'est difficile mais ça dépend des années, finalement dans ma promo pratiquement personne n'est rentré à l'hôpital. Il n'y avait pas de place, c'était... Il n'y avait pas de poste, c'était ça où il fallait partir ou ... Bon, bref, moi, mon fils avait 9 mois quand je suis rentrée à l'école d'infirmières, ma fille avait 5 ans, donc je ne pouvais pas partir comme ça. Bref, j'ai postulé, ou j'ai écrit à droite à gauche et il se trouve que ma collègue D. ...À l'époque, il n'y avait pas la nécessité de faire de l'hôpital. Je pense que j'aurais préféré en faire un peu. Bon, ce qu'il y avait pour moi, c'est que je n'avais quand même pas 20 ans puisque, quand j'ai eu mon DE, j'en avais 28, donc j'avais quand même ... »

Danièle

On y reviendra, l'installation en libéral, y compris directement au sortir de la formation, n'est pas nécessairement un choix vite tranché. Les alternatives peuvent être restreintes, surtout quand on a des impératifs personnels qui limitent à tel ou tel niveau l'étendue des possibles. Au fil de bien des entretiens, notre interlocutrice a paru oublier elle-même ce qu'elle nous avait précédemment dit (y compris lors d'une première rencontre éventuellement, puisque certains entretiens se sont déroulés en deux fois) et nous a brossé un tableau des avantages qu'elle avait vu d'emblée à exercer en libéral alors que, *a priori*, ce ne semblait pas être tout à fait un choix au départ. Avant cela, durant les années 1970, il y a pu y avoir des situations où, à l'instar de ce qu'évoque ci-dessous notre interlocuteur, ce qui prévalait, c'était une forme de travail qui, effectivement, était assez peu développée (sauf ici et là par des religieuses), à savoir la réalisation de soins au domicile.

« La partie libérale, le mot libéral, pour moi, n'a pas beaucoup de valeur. Par contre, ce que je voulais faire, moi, c'était faire des soins à domicile. Ça aurait pu être de l'hospitalisation à domicile comme cela va être d'actualité maintenant probablement, mais quand j'ai commencé, en 1975, à exercer, la seule façon de faire des soins à domicile pour un infirmier, c'était de s'inscrire en libéral. Pour moi, ce n'était pas le terme libéral qui était prioritaire, mais le fait de faire des soins à domicile, dans la structure familiale, dans son environnement. »

Félix

Le travail dans tous ces centres de soins infirmiers qui se sont développés par la suite paraît avoir été fréquemment une sorte d'antichambre, pour un exercice en libéral. À bien des égards les tâches à accomplir sont similaires. Le statut de salarié, par contre, dégage de bien des obligations celles qui s'y inscrivent. Reste que des comparaisons peuvent être vite faites en termes de revenus, de choix des patients, etc. Sans nul doute faudrait-il étudier de près les trajectoires de toutes ces infirmières amenées à intervenir en centre de soins, à régulièrement superviser des aides soignantes, ... Le fait est que nous avons croisé bien des femmes – et aussi nombre d'hommes – qui, dans un premier temps, directement après leurs études, ont travaillé (parfois bon gré mal gré) dans ce type de service, puis, pour diverses raisons, se sont installés, éventuellement d'ailleurs à plusieurs du même centre de soins, en cabinet libéral.

« J'ai voulu me rapprocher parce que j'avais en même temps mon mari, et en même temps, c'était mon coin, mais on s'adapte à tout. Et puis le hasard... il y avait un centre de soins sur T. et il cherchait quelqu'un. C'était un centre de soin, mais géré par des religieuses, c'était une congrégation. (...) Donc il cherchait un mi-temps, j'étais salariée, donc j'ai commencé le mi-temps. (...) Je pense que j'ai dû y travailler 2 ans, et après, en 1993, j'ai commencé le libéral. Ici, je connaissais les infirmières, après vous savez, c'est petit, qui cherchaient... Je ne me rappelle pas, peut-être que c'était moi qui ai demandé, je ne peux pas vous dire, peut-être on s'en lasse... »

Christine

Parfois le choix d'un tel emploi, comme pour ce qui est aussi de l'installation directe en libéral, se fait faute de mieux.

« Après mon DE, alors moi, j'ai postulé un peu partout. J'ai fait G., L., J'ai fini au mois de juin et je me suis mariée au mois d'août, donc je n'avais pas intérêt à aller loin ! J'ai demandé l'hôpital de M., de G., de R. Et puis j'ai demandé au centre de soins, et c'est eux qui m'ont donné la première réponse à mi-temps. Donc je n'avais pas le choix, si je voulais commencer à travailler vite, c'était eux, car personne ne m'avait encore répondu. Donc je me suis retrouvée en cabinet de soins. (...) Et puis un monsieur qui travaillait en libéral à son compte à R., depuis quelques années, et qui voulait prendre 11 jours de vacances, il m'a demandé si je voulais le remplacer. Alors j'ai pris 11 jours de vacances au cabinet pour le remplacer. Ça s'est passé comme ça. Donc j'ai remplacé cet homme pendant ces 11 jours de vacances, j'ai fait mes premiers pas dans le libéral comme ça ; ça m'a plu, et à la suite il m'a demandé... »

Karine

À d'autres reprises, nous avons entendu les divers aléas de la condition salariale dans des services de soins où on demande beaucoup à des infirmières, de fait souvent en poste de responsabilités, voire auxquelles on ne peut parfois que proposer un contrat à durée déterminée. À la suite de quoi, ayant pris la mesure des tâches à accomplir, ayant peut-être un

réseau de connaissances, le passage à l'exercice libéral peut s'effectuer sans grande appréhension.

« Pour quelles raisons le libéral ? Pour plusieurs raisons. Parce qu'au niveau échelon, je vais dire, progression, j'étais quasiment arrivée au sommet, et puis, je crois que vient un moment, j'avais, on va dire, des pressions de la hiérarchie, parce qu'il y avait des réunions le soir, auxquelles nous étions fortement conviées d'y aller. Et donc, je me suis dit, bien, si c'est pour être embêtée comme ça tout le temps. Et finalement, j'en arrivais, les derniers temps, j'étais la seule à temps plein, j'étais presque considérée comme la coordinatrice du service. À l'époque, je faisais quasiment 60 heures par semaine, donc au lieu de faire 60 heures pour les autres, autant que ce soit pour moi. (...) En parlant avec une infirmière libérale, je commence à dire, "Je commence à en avoir marre", et elle me dit "Pourquoi tu ne t'installes pas, installe-toi !". Donc j'ai franchi le pas, je l'ai contactée et ça tombait bien parce que... »

Michelle

« J'ai envoyé mon CV et j'ai une seule réponse du centre de soins. Tu es salariée et tu travailles comme une infirmière libérale, normalement avec des horaires et un planning. Et en fait j'étais en contrat à durée déterminée, trois ans en gros. Puis, au bout de trois ans, là il y a eu des problèmes internes, et donc mon contrat s'est arrêté. Donc j'ai cherché. Je n'avais pas trop envie de retourner à l'hôpital, et j'ai contacté des infirmiers libéraux et ce n'était pas possible. Il fallait aller très loin et se lever à des heures pas possibles. En fait, on m'a suggéré de m'installer à B., ce que j'ai fait. »

Constance

Le libéral, faute de mieux

« Disons que l'occasion s'est présentée. Ce n'est pas forcément ce que j'aurais choisi, mais sur la Bretagne, c'est très dur de trouver un poste déjà à l'époque. Donc j'ai pris le libéral. Si j'avais eu l'occasion, j'aurais choisi plutôt l'hôpital, parce que, c'est vrai qu'on est quand même plus entouré qu'à domicile où on est seule. Quand on débute, ce n'est pas évident. »

Constance

Il est délicat d'évaluer la part des infirmières qui se sont tournées vers l'exercice libéral, faute de parvenir à intégrer un emploi salarié en hôpital ou en clinique et donc parce qu'il n'y avait pas vraiment d'autres alternatives. Parfois, ce n'est qu'au détour d'une phrase que l'on apprend que cela s'est fait plutôt à reculons, alors qu'auparavant l'intéressée avait eu tendance à dépeindre son passage comme fruit d'un choix délibéré voire longtemps mûri... affaire sans doute de nécessité faite vertu.

L'enquête par questionnaire ne permet pas d'avoir, sur ce point, beaucoup de précisions. Toutefois, à la question de savoir si l'installation en libéral a correspondu à un événement particulier, 21,4 % ont évoqué un déménagement (10,6 % des hommes et 22 % des femmes), occasionné ou non par un rapprochement de son conjoint ; 5,2 % des personnes interrogées ont évoqué la naissance d'un enfant et 3,5 % une rupture ou un divorce. Si l'on se base sur les entretiens réalisés, près de 30 % des professionnelles sollicitées ont, d'une manière ou d'une autre, évoqué des circonstances de la sorte. Dans ce cas, une fois sur deux, à peu près, la recherche d'un nouvel emploi faisait suite à une mutation, à un changement d'activité, etc. du conjoint. Si on laisse de côté provisoirement cette dernière explication, il apparaît assez clairement que ce qui préside à l'autre moitié des situations, c'est avant tout le souhait de s'implanter dans tel ou tel lieu où, pour diverses raisons, on a délibérément choisi

désormais de vivre. Ce choix fait – et assez souvent il a été question de retour au pays d’origine – il s’agit sans plus attendre d’entreprendre des démarches pour obtenir un emploi.

Tel qu’il nous ait apparu la plupart du temps, le processus n’est donc pas vraiment inverse, c’est-à-dire d’abord prospector puis, si seulement cela est possible, déménager. Le changement de lieu de vie est décidé et les unes et les autres considèrent que, sur place, il sera toujours possible de « trouver quelque chose ». Cette façon de procéder peut surprendre, mais il en est ainsi, comme s’il était évident que, d’une manière ou d’une autre, il y aurait toujours une solution « *puisque’il y a toujours besoin d’infirmières* ». C’est ainsi qu’on peut aussi saisir l’important déséquilibre des implantations entre régions (avec un rapport de 1 à 4) ou entre départements. Les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis, mais aussi d’autres départements plus ruraux, comme la Sarthe ou l’Eure-et-Loire par exemple, sont à la peine en matière d’installation d’infirmières libérales alors que d’autres, situés souvent au Sud – d’où l’expression fréquemment retenue « d’héliotropisme »²²⁷ –, comme les Pyrénées-Orientales, le Tarn ou les Bouches-du-Rhône (sans parler de la Corse...) connaissent une densité de cabinets infirmiers sans commune mesure. Ce qu’année après année les statistiques enregistrent renvoie à cette manière qu’ont les unes et les autres de penser que la demande suivra toujours (et de fait de la susciter).

Bien des hôpitaux et des cliniques embauchent des remplaçantes, durant l’été notamment, voire font appel quasiment en permanence à des agences d’intérim. L’idée est donc qu’il y aura « *toujours une petite place et qu’ensuite on arrivera bien à faire son trou* ». Ce type de représentation est très fréquent, et il faut bien constater que les faits ne leur donnent pas tort... puisqu’il y a effectivement toujours le libéral comme recours, sinon comme ultime recours.

« J’y suis venue un petit peu contrainte et forcée, un petit peu à l’aveuglette. Et puis, tout compte fait, oui, il y a des jours où on en a ras le bol comme tout le monde, mais c’est vrai que non, comparativement au milieu hospitalier, ça non, je ne regrette pas. »

Emma

« Après mon contrat de 5 ans à l’Assistance publique, je voulais revenir en Bretagne. De toute façon, je n’avais pas du tout l’idée de rester à Paris. J’ai essayé de rentrer évidemment dans les hôpitaux de la région ici, mais qui déjà avaient du mal à caser les filles qu’ils formaient. Alors, les gens qui venaient d’ailleurs n’avaient aucune chance dans l’immédiat. Et en fin de compte, j’ai trouvé une place à l’Hôpital des armées donc. C’est comme ça que je suis rentrée, j’ai fait, je ne sais pas... 2 mois, 2 mois et demi et donc, ce qui fait que c’est vrai que le fait du libéral, la question ne s’est pas trop posée, parce que, en fait, après ces 2 mois, ils ne me proposaient des places que dans les hôpitaux de Paris. »

Thérèse

« Quand je suis arrivée ici, j’ai fait un an de remplacement à la clinique P, en cancérologie. Et un an de remplacements ; ça n’a été que des remplacements. Je me suis inscrite à l’hôpital un petit peu partout, et ce n’est pas évident de trouver du travail. »

Simone

²²⁷ Voir Charles Descours, *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, p. 10. Voir aussi ONDPS, *Analyse de trois professions*, op. cit. pp. 61-62 et CNAMTS, *Carnets statistiques*, n°111, 2005, pp. 104-105.

L'installation en libéral comme recours n'est pas toujours affaire de mobilité géographique et d'impossibilité de trouver un poste, là où on a décidé de vivre désormais. On s'en doute, parfois c'est le type de poste, de service, de pathologies traitées qui ne conviennent pas. Dans ce cas également on se tourne, faute de mieux, vers une forme de travail, vers un statut auquel on n'avait pas nécessairement pensé au départ. Cela peut-être aussi affaire de temps de travail proposé, tantôt trop important au moment où on ne souhaite qu'un emploi à temps partiel, tantôt l'inverse, avec un salaire, du coup, insuffisant.

« En octobre, j'ai intégré le CHR comme infirmier, deux mois en traumato. (...) Et après, moi, j'ai demandé les urgences, parce qu'il y avait 3 potes de la promo qui étaient aux urgences, donc je voulais les rejoindre et on m'a dit "niet". Donc on m'a foutu en neuro, et en neuro, j'ai tout compris, donc j'ai donné ma démission. La psy ça m'a toujours fait peur, toujours impressionné. Comment dire... je n'ai jamais aimé la psy, et je n'ai pas vu la différence entre la neuro et la psy. (...) Les urgences, je crois que j'aurais aimé, j'aurais fait ma place aux urgences, mais on ne m'a pas donné ma chance, donc je suis parti en libéral. »

Alain

« Le libéral, c'était un peu obligatoire, puisque bon. (...) J'avais fait une demande à B. où on me proposait un poste d'infirmière au bloc opératoire à mi-temps, en clinique, mais il fallait que je fasse garder les enfants, il fallait aller à B. Il fallait que j'ai une voiture et, au bout du compte, il me restait 300 francs, donc j'ai dit "ce n'est pas la peine". »

Ankita

Il n'est guère étonnant que régulièrement les unes et les autres nous aient entretenus de leurs déboires suite à un changement de lieu de résidence pour retrouver ou pour accompagner un conjoint puisque, le constat n'est pas nouveau : c'est bien dans ce sens-là que, la plupart du temps, les choses se déroulent. Au bout du compte ces infirmières se retrouvent dans la même situation que celles précédemment évoquées, à la différence près cependant, que l'emploi qu'elles quittent pouvait parfaitement leur convenir et que là où elles vont devoir chercher du travail n'est pas nécessairement leur lieu de prédilection, sans compter qu'elles ne disposent pas sur place des réseaux d'interconnaissance qui vont leur faciliter la tâche.

« Donc, l'hôpital, ça vraiment, j'étais passionnée. Et puis après j'ai changé de ville, parce que je me suis mariée... »

Virginie

« Donc mon mari a pris un poste à G. (...) Et j'ai commencé à envoyer des demandes d'emploi un peu partout. (...) Et à l'époque, c'était en 1981, c'était le contraire d'avant, il n'y avait pas un poste. Toutes les réponses ont été négatives. Et rien, mais rien. Et à l'époque, à la Poste, il y avait les annonces de l'ANPE, et en allant à la Poste, je feuilletais ce truc-là, et je vois qu'il y avait quelqu'un qui cherchait une infirmière libérale pour un remplacement d'un congé maternité, sur G. Alors j'y suis allée, et c'est mon associée. »

Sophie

« Mon mari a été muté entre temps (...) Je m'étais inscrite à l'hôpital de F., et puis on ne me répondait pas. Il fallait que je travaille, on s'était installé, acheté une maison, un enfant, il fallait que je travaille. (...) Et début septembre, une future collègue m'a appelé pour... elle était en libérale, elle cherchait une collègue... »

Sylvie

Ce conjoint que l'on suit ne reste pas nécessairement inactif dans la recherche d'un emploi. Il se pourrait même que, pour divers motifs (disponibilité attendue, notamment auprès des enfants, mais aussi revenus plus conséquents, etc.) ce soit lui qui ait poussé sa conjointe à se diriger vers l'exercice libéral²²⁸. On se souvient de la situation d'Édith, promptement prise en charge par son mari et sa belle-famille ou encore du conjoint d'Anne-Marie. D'autres allusions vont dans le même sens et si on examinait de plus près les situations, il ne serait guère étonnant qu'on découvre encore plus toute l'influence des maris dans ce « choix », entre guillemets alors, de l'exercice libéral... Ici, dans le cas d'Angèle, il y a quelques circonvolutions dans sa parole avant de glisser que c'est son mari qui a choisi en quelque sorte pour elle ...

« Quand je me suis mariée, j'avais eu ma mutation, mais à l'hôpital de M. Et mon mari m'a dit : "mais c'est complètement idiot que tu ailles travailler à M. Essaie de t'installer ici en libéral". (...) C'était pour rester... d'avoir une vie de famille, peut-être... Mais je ne sais pas si j'y ai pensé tellement, je n'ai pas réfléchi beaucoup, de vive... En plus, en famille peut-être. Bon, au fond, c'est ce qui m'a motivée, c'est le... Ce n'est pas moi tellement qui ai choisi, je crois, c'est mon mari qui a choisi un petit peu pour moi parce que... Et puis, c'est comme ça, en 8 jours, ça a été décidé. »

Angèle

« Mon mari travaillait ici, comme saisonnier, et il avait entendu parler que Lucie (sa future collègue) cherchait, qu'elle cherchait quelqu'un, et comme je voulais changer... »

Laure

À entendre les unes et les autres parfois, on pourrait penser que l'on a affaire à une arrivée dans l'exercice libéral qui est, ni plus ni moins, le fruit de circonstances fortuites, du pur hasard, irréductibles de fait à toute rationalisation. À notre sens, il ne faut pas se méprendre puisque ce serait oublier à bon compte toutes les ressources d'une socialisation primaire qui va les amener à opter pour une activité qui ne va pas foncièrement leur poser problème là où d'autres n'y auraient pas même songé. Recherche d'un autre type d'emploi, retrait du marché du travail, acceptation d'un poste salarié à des conditions peu favorables, etc. Nombre d'alternatives étaient toujours possibles, mais pas pour ces infirmières, qu'en un certain sens le saut dans l'inconnu n'émouvait guère outre mesure. Sans doute est-ce ainsi qu'il faut comprendre la remarque d'Élisabeth, y compris ce « *ça me titillait un peu* »...

« Et ensuite mon mari a été muté à D. et quand j'ai voulu retravailler sur l'hôpital, il n'y avait pas de poste du tout. Je me suis retrouvée au moment de la restructuration des hôpitaux, et il n'y avait pas de place, et éventuellement on aurait pu me proposer des remplacements. Donc j'ai fait d'autres demandes, notamment au niveau scolaire et rien. Et puis je voulais reprendre, donc j'ai vu qu'il y avait de la demande de remplacement d'infirmière libérale. Donc j'ai essayé, j'ai fait deux remplacements sur B. Choix ou pas choix, c'était les deux à la

²²⁸ Régulièrement une mutation pour raisons professionnelles s'accompagne, pour les hommes, d'une promotion. On ne peut donc pas exclure que cette « incitation » à ce que sa conjointe aille vers le libéral est une manière pour lui de penser qu'ainsi elle va être plus disponible (tout en restant « bi-active » et en assurant donc tous les rôles dans le couple) à l'heure où lui le sera encore moins... De ce point de vue, nous avons aussi repéré à plusieurs reprises des effets de calendrier bien connus : au moment de la mutation du mari, son épouse est enceinte ou vient d'avoir un jeune enfant et c'est donc à la suite d'un congé maternité qu'elle va se décider pour l'exercice libéral. Voir sur ce point Alban Goguel d'Allondans, « 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, p. 63.

fois, ça me titillait un peu, et ce sont des concours de circonstances, c'était l'occasion, je n'avais pas de poste en hospitalier ou en clinique, je n'avais pas la possibilité de ne pas travailler. »

Élisabeth

La recherche d'une conciliation entre travail et vie de famille...

Même si, à les entendre, elles ont parfois vite déchanté, le choix du libéral peut s'inscrire dans la recherche d'horaires plus conciliables avec la vie de famille, notamment avec le temps que ces infirmières souhaitent pouvoir consacrer à leurs enfants. Nous avons en particulier croisé plusieurs situations où la décision a été prise à la suite d'une naissance et d'un congé maternité, à l'issue duquel elles ont choisi de quitter leur emploi à l'hôpital. Souvent les postes qu'elles occupaient les obligeaient à alterner des plages de travail qui les faisaient commencer très tôt le matin, ou finir très tard le soir, qui les amenaient aussi à effectuer des nuits et, à intervalles plus ou moins réguliers, des week-end. Quant à la question des vacances, on le sait, il s'agit là d'un sujet toujours très délicat et potentiellement conflictuel dans les équipes soignantes.

« J'ai mis beaucoup de temps à avoir cet enfant, c'était vraiment un projet, c'était très important, si bien que j'ai eu un second enfant 11 mois après. Donc je me suis retrouvée avec deux bébés. (...) Le congé maternité, trois mois après, vous reprenez, et alors je me suis mise en libéral. Je n'arrivais pas à me dépatouiller avec mes deux enfants, et donc j'avais une amie qui travaillait en libéral à E. et qui travaillait à mi-temps. Je voulais un mi-temps, après la naissance de mes enfants, la priorité c'était ça, c'était le mi-temps, et donc elle m'a parlé d'un poste qui se libérait à E. et c'est comme ça que j'ai abouti en libéral. »

Josette

« Pourquoi le libéral ? Pour les enfants ! Parce qu'en clinique, on commence à 7 heures le matin. Et bon, certains jours, il y avait des coupures dans l'après-midi, mais le soir on finissait à 8 heures et demi, et comme on ne finissait jamais à l'heure, c'est plutôt 9 heures. Donc, les horaires, la nourrice, on n'en profitait pas vraiment des enfants. »

Charline

Parfois ces préoccupations se sont doublées d'une situation familiale qui s'est modifiée, à la suite d'une rupture conjugale par exemple, entraînant des impératifs nouveaux.

« J'avais mes enfants, ils avaient déjà quelques années, et je me suis retrouvée seule, et puis voilà, et tout a... J'ai changé de vie »

Hélène

Non sans une certaine naïveté disent-elles fréquemment, elles ont alors pensé que l'exercice en libéral leur permettrait d'être à la maison plus régulièrement, pourrait leur éviter des problèmes de garde, d'autant plus délicat à gérer qu'une part conséquente d'entre elles, ne l'oublions pas, réside et travaille en milieu rural, où les crèches sont peu nombreuses et, comme ailleurs, les assistantes maternelles pas toujours intéressées par des gardes d'enfants avec des horaires atypiques. Le fait de travailler avec des collègues dans un même cabinet les amenait aussi à croire qu'elles seraient en mesure de moduler leurs horaires, de s'abstenir de travailler le mercredi, de connaître plus de week-end en famille. Sans que l'on puisse véritablement faire la part entre les insatisfactions d'un travail en hôpital ou en clinique et, par dessus le marché, le sentiment de passer à côté de moments sur lesquels elles ne pourront plus

revenir (« *ne pas voir mes enfants grandir* »), le fait est qu'elles projetaient, semble t-il, bien des avantages dans ce passage vers l'exercice libéral.

« Je me plaisais beaucoup dans mon service. Et puis, je me suis dit pourquoi pas. Au début, je pensais que je serais peut-être plus souvent à la maison. C'est complètement faux ! (...) Quand je suis partie en libéral, j'avais ma première fille et je pensais que, en libéral, on organise un peu son travail, mais en fait pour l'organiser ce n'est pas facile, Quand vous avez quantité de choses à faire. »

Anne-Marie

Nous avons déjà évoqué la situation de Geneviève, qui décide de travailler de nuit pour pouvoir, en journée, s'occuper de son premier enfant. La venue du second change la donne :

« Donc j'ai travaillé de nuit, j'ai fait 5 ans de nuit, en tout. Et j'ai eu un deuxième enfant, et alors, en travaillant de nuit, j'ai des amis qui m'ont appelée. (...) “Tu sais, ça a l'air intéressant, parce que tu travailles pour toi”. Je commençais vraiment... et puis la vie de famille »

Geneviève

Gagner en revenus

Nous l'avons déjà signalé, alors que l'image de l'infirmière libérale, image qui perdure, est celle de quelqu'un de foncièrement intéressée par l'argent ; autant qu'on puisse en juger sur un sujet comme celui-là (et ce, malgré le fait que l'on a affaire à des professionnelles inscrites dans un logique de marché) les motivations financières ne paraissent pas véritablement avoir primé par-dessus tout. En tous les cas, elles ne sont que rarement la raison première de l'arrivée en libéral. Le rapport des unes et des autres à l'argent – rapport sur lequel nous reviendrons – est, on s'en doute, très divers, mais au départ du moins, bien d'autres raisons semblent bien avoir pris le pas sur de telles préoccupations. Cette remarque vaut pour les infirmières. Du côté des infirmiers il n'en va pas de même. L'exercice libéral, on l'a saisi, s'inscrit fréquemment pour eux dans une autre logique, dans une autre trajectoire, plus accommodée que véritablement choisie la plupart du temps. Leur volonté affichée d'exercer une « vraie profession libérale » passe notamment par un certain credo et par des moyens à se donner pour en retirer un revenu conséquent, voire suffisant pour que l'épouse puisse se passer de travailler, même s'il convient de ne pas se laisser abuser par la touche de cynisme dont parfois certains n'hésitent pas à ponctuer leurs propos.

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

Pierre

« Si j'ai pris le libéral, c'est uniquement parce qu'il y a une grosse différence entre la paye d'un infirmier hospitalier et d'un infirmier libéral. Et c'est exclusivement pour cela. »

Maxime

« Ma femme en avait marre de son boulot et ça ne se passait pas très bien, donc comme on avait cette liberté de par mon métier de pouvoir avoir un seul qui travaille et puis bouger, et moi j'ai trouvé du travail, sachant qu'en libéral, on n'a pas de difficulté pour trouver. (...) »

Donc, j'ai dit c'est le libéral, le salaire est plus élevé, je pourrai partir quand j'aurais envie de partir et on verra après. »

Fabrice

Une rémunération conséquente semble être plutôt un argument de plus, au moment où, pour tout ou partie des raisons entrevues précédemment, on aspire à quitter l'hôpital ou la clinique. Plus tard il sera beaucoup question d'argent entre collègues (et, on le verra, de procès !) et nous avons ici et là pointé même les traces d'une certaine naïveté vis-à-vis d'enjeux financiers. Toutefois ce n'est pas la règle, loin s'en faut, et parfois des événements d'ailleurs obligent à compter et à prendre les choses en main.

« J'ai divorcé, mon mari est parti. J'avais une quarantaine d'années, mon aîné avait 17 ans et ma 5^{ème} qui allait avoir 8 ans. (...) Et donc là j'ai bossé, il fallait que je bosse, avec les 5 enfants ; en plus leur père au chômage, donc il fallait que je bosse. Et je me suis installée ici. »

Colette

Dans d'autres circonstances, l'intérêt de percevoir un revenu plus élevé peut, bien entendu, aussi intervenir. Pour autant, et pour avoir pris le temps avec les unes et les autres interlocutrices, nous continuons à penser que, dans la grande majorité des cas, on ne peut pas isoler, pour ce qui est des infirmières, de telles motivations d'autres raisons dans la décision d'installation en libéral.

« Financièrement, je devais faire le choix : retourner au bloc, l'hôpital, vous recommencez en bas de l'échelle, parce que, si vous avez votre expérience.... »

Claudine

« Et je me suis retrouvée infirmière dans les soins intensifs et bon, c'est vrai, qu'il y avait le côté pécuniaire : moi, je touchais 6 200 francs et je trouvais que c'était un peu peu... bon surtout qu'en privé on est exploité... »

Blandine

« Donc, j'avais envie d'avoir une maison à moi, mais pour avoir une maison à soi, il faut un peu de sous, et étant infirmière (à temps partiel), je gagnais 3 000 francs à l'époque, donc logiquement dans ce cas-là on fait des remplacements de libéral pour avoir un peu plus de sous, et ça me plaisait bien de faire des remplacements en libéral pour voir ce que c'était, et puis j'ai pris une dispo... »

Irène

Les premiers contacts avec le monde du libéral

« Les filles m'ont sauté dessus pour que je les remplace ! »

Lucie

Pour paraphraser David Lodge²²⁹, nous dirions volontiers que le milieu des infirmières apparaît comme un « *si petit monde* » qu'il n'est guère étonnant que, décision prise ou du moins éventualité acceptée, les unes et les autres n'ont absolument aucune difficulté à prendre pied dans le secteur du libéral. Non seulement l'offre de soins suscite la demande, mais pour ainsi dire quelque soit la zone géographique où elles sont implantées, et ce malgré des écarts

²²⁹ David Lodge, *Un si petit monde*, Paris, Rivages, 1992.

de densité d'installation notoires, ces professionnelles ne parviennent souvent que difficilement à répondre à toutes les sollicitations qu'elles reçoivent. Pour peu qu'intervienne, via un système de quotas sur lequel nous reviendrons – une limitation obligée de leur activité, et il n'en faut pas plus pour susciter un nouvel appel d'air. Certes la situation diffère selon les régions – et parfois la concurrence peut être dure – mais le plus souvent les infirmières libérales sont à la peine pour trouver des collègues susceptibles de les alléger, de les remplacer, ne serait-ce que durant les périodes de vacances, ou tout simplement d'intégrer leur cabinet à part entière ou bien comme collaboratrice. Ici et là, on l'a vu, les IFSI, dont ce n'est pas vraiment la culture pourtant, prennent le relais et collaborent à des actions pour inciter à de nouvelles implantations, à des installations dans des cabinets existants, etc. Globalement les offres d'emploi abondent et souvent nos interlocutrices nous ont évoqué des annonces (les leurs parfois !) qui restent en souffrance à l'ANPE. Une nette majorité des infirmières libérales que nous avons rencontrées n'a donc pas eu beaucoup d'efforts à déployer pour être sollicitée. Elles ne sont d'ailleurs aujourd'hui pas les dernières à devoir à leur tour rivaliser d'imagination pour pouvoir « trouver une remplaçante », mettre des annonces alléchantes dans les journaux syndicaux, entreprendre l'approche d'anciennes collègues hospitalières, etc. et, ce faisant, poursuivre ce que auparavant d'autres ont fait avec elles.

Le bouche à oreilles semble fonctionner à merveilles. C'est ainsi que certaines, tout juste diplômées, sont déjà entreprises. Comme tout un chacun, elles peuvent d'ailleurs avoir eu affaire à une infirmière, qui par exemple – situation souvent entendue lors des entretiens – vient soigner un membre de leur famille, sinon elle-même, et qui se souviendra qu'il y a là quelqu'un susceptible, un jour, de « la dépanner ».

« Il y avait une infirmière, voisine de mes parents, qui était autorisée de la guerre. (...) Et quand j'ai fait mes stages, elle s'intéressait à ce que je faisais. (...) Elle venait soigner ma grand-mère, et au bout d'un moment : "Tu sais, je suis fatiguée, tu ne voudrais pas la prendre en charge ? Je continuerai à superviser". "Oui, mais moi, je n'ai pas de droit de faire ça !" "Écoute, c'est ta grand-mère, tu poses les perfusions, tu les surveilles, ce n'est pas un problème." C'est vrai que j'étais plus à la page qu'elle et puis après elle m'a dit : "Tu ne voudrais pas me donner un coup de main ?" Et puis je me suis mise au libéral et j'ai laissé tomber mon poste de F., j'ai pris le relais. »

Odile

« Et c'est tout bête, je travaillais de nuit à l'hôpital, j'étais un peu fatiguée et travailler de nuit tout le temps, même si cela était bien pour les enfants... J'ai eu une bronchite, j'ai appelé l'infirmière libérale de L. Et on discutait tout simplement, et je me suis dit : "Cela n'est peut-être pas si mal !" Et un jour, elle est venue frapper à ma porte, elle me dit : " Je cherche une associée, est-ce que cela vous intéresse ?" »

Carine

Autour d'elles, il y a eu régulièrement des collègues de l'hôpital, de la clinique, qui ont déjà franchi le pas du libéral et qui vont se souvenir qu'une telle « en avait déjà ras le bol », qu'une autre vit une situation un peu compliquée, etc. Nous sommes souvent dans un espace géographique où les informations circulent vite, sans compter que leurs relations d'amitié se déploient – et ce n'est pas original – dans un certain milieu...

« La fille avait su que ça me tentait »

Huguette

« Dans le quartier où j'habite sur D., il y avait un infirmier qui cherchait une personne pour l'aider, donc c'est venu aux oreilles puisque j'habite à deux pas de chez lui, et j'ai commencé à travailler avec lui et donc j'ai laissé tomber la clinique. »

Malika

« J'ai travaillé dans un service de moyen séjour. (...) Et puis, les choses se sont compliquées. J'ai divorcé, j'ai rencontré quelqu'un d'autre, qui s'est avéré être le chef de service du moyen séjour. C'est-à-dire que je suis tombée amoureuse du médecin qui travaillait, et ça a été après l'enfer ! Très difficile parce que, au niveau de ma hiérarchie directe, de l'époque, ça n'a pas été accepté. On a voulu que je parte. Du coup je me suis mise à travailler de nuit. Et c'est à ce moment-là que mon envie de libéral a surgi. (...) Là où j'habitais, à T. une infirmière libérale cherchait quelqu'un, une remplaçante, leur remplaçante partait. C'est elle qui est venue me chercher. Mais bon, elle a dû entendre parler, elle a dû savoir que ça n'allait pas, on est dans un petit bourg. "On serait contente que tu viennes travailler avec nous". Je connaissais l'une d'entre elles, une de deux. C'était une amie, on se connaissait d'une manière, plus que professionnelle, dans le cadre syndical. Donc voilà "On va essayer !" »

Catherine

Toutes ces interconnaissances peuvent aussi être mises à profit pour se renseigner sur celle que l'on va solliciter. Pour bien des raisons, y compris professionnelles, les unes et les autres entretiennent des relations avec leurs collègues hospitalières et au besoin savent faire jouer les réseaux...

« Et puis une dame m'a appelée un jour, une de mes anciennes collègues, qui était infirmière libérale, qui en avait marre d'être toute seule, enfin elle avait des remplaçantes par ci par là, mais c'était tout. Je ne la connaissais pas du tout, elle savait que j'avais fait des études d'infirmières. Et elle s'était renseignée un peu auprès d'amis qui travaillent avec moi au service de cardiologie, donc elle savait comment je travaillais, comment j'étais en tant que collègue. Donc elle m'a demandé et j'ai demandé un délai de réflexion, et puis j'ai dit : "Pourquoi pas !" et je me suis lancée. »

Anne-Marie

Ainsi, les informations vont vite, et ce d'autant plus que nous sommes en milieu rural ou du moins dans des zones où non seulement tout le monde se connaît plus ou moins, mais où aussi, une infirmière qui est de la région, voire, selon l'expression consacrée : « du coin », s'avère intéressante à bien des égards (connaissance des lieux, de la clientèle, résidence à demeure, etc.)

« Et dans mon petit pays, là, sur D, je savais qu'il y avait des infirmières libérales. Et je me suis dit "Je vais aller voir ce que c'est, il n'y a pas de raison, voir un autre milieu". (...) Surtout que je suis une fille de la région, donc ils (les patients) me connaissent, il y en a beaucoup qui connaissent mes parents, qui m'ont vue gamine, donc on se tutoie. »

Anne

Aux autres, celles et ceux qui ne connaissent pas la région, la ville où ils arrivent, il reste toujours la possibilité de lire les petites annonces ou d'entreprendre directement un démarchage auprès des cabinets infirmiers.

« J'ai travaillé un peu à la clinique de F., un petit peu à l'hôpital de G. (...) Donc j'avais cherché, je ne voulais pas m'installer toute seule, c'est trop difficile, on n'a pas de dimanche, on n'a rien du tout. Donc, j'ai cherché, j'ai téléphoné aux infirmières du coin, pour savoir si quelqu'un cherchait, si quelqu'un avait besoin. »

Amélie

« Et après je suis venue à B. parce que mon mari a été muté sur B. Et pour moi, ça a été l'occasion de... Donc, j'ai mis des petites cartes dans différents cabinets de B., en disant que je cherchais des remplacements ou une association au 1^{er} janvier 1998, et puis j'ai eu différents cabinets, 4 au total, qui m'ont appelée en me disant : "On serait intéressé par votre demande." »

Antoinette

« Je me suis retrouvé de nuit dans un service un peu spécial, qui est un service de cure alcoolique, de nuit, donc avec un aide soignant et puis voilà. Et je tournais en bourrique ! Et donc un samedi matin, j'ai vu une annonce dans le journal et je suis parti, et voilà comment... Donc vraiment sur un coup de tête parce que j'en avais marre ! »

Simon

Les premières tournées

Les unes et les autres dépeignent souvent de manière épique leurs premiers contacts avec leur future clientèle, les premières tournées avec leurs nouvelles collègues. Souvent même, quand il s'agit d'un achat de clientèle (un droit de présentation en fait – on y reviendra –) « elles tournent un peu pour voir » ; cela peut aussi concerner les collaborations, même si c'est plus rare. En fait il convient de distinguer deux types de premières tournées : juste avant et après conclusion de l'affaire. Avant transaction, la future infirmière libérale accompagne celle qui vend sa clientèle au cours d'une ou deux tournées (rarement plus d'après ce que nous avons entendu). Cette mise en situation permet à l'acheteuse potentielle de se faire une idée du type de patients pris en charge, du type de soins dispensés ou encore des caractéristiques du territoire d'intervention (distances à parcourir, temps passé en déplacement). Il arrive que le rachat n'aboutisse pas à l'issue de cette évaluation. L'acheteuse potentielle considérant par exemple que le travail est trop lourd ou que la clientèle est peu attractive. Par exemple Jacqueline, déjà évoquée, a renoncé à une collaboration à l'issue d'une telle tournée en binôme, estimant qu'elle n'aurait jamais pu travailler auprès d'une clientèle rurale, essentiellement des agriculteurs qu'elle avait trouvés « sales » et « peu évolués ». Ensuite, une fois l'affaire conclue, les autres tournées effectuées (plus nombreuses que celles effectuées avant) ont pour objectif de préparer la prise de fonction. Dans tous les cas, les infirmières qui arrivent ont à intégrer nombre d'informations, non seulement sur les soins à dispenser, mais aussi sur l'environnement familial des patients, sur les autres professionnels qui interviennent auprès d'eux, etc. Il faut aussi apprendre à se repérer, à prendre la bonne direction, à frapper à la bonne porte (et à la bonne heure...), sans oublier la nécessité d'intégrer toutes ces données administratives avec lesquelles jamais elles n'ont eu l'occasion jusqu'alors de se familiariser. De fait, à plus d'un titre, il s'agit d'un saut dans l'inconnu.

Ici Michelle et Apolline évoquent une tournée avant achat, Sophie une tournée, transaction faite :

« J'en ai le souvenir précis. J'ai tourné avec elle avant d'acheter. Parce que je voulais savoir un peu qu'est-ce qu'elle faisait. Et puis je vais dire, ça se fait de façon spontanée, moi je demande et elle, elle propose : "Tu verras en tournée". Je crois que ça c'est normal, je crois que toutes les infirmières font pareil. »

Michelle

« J'ai tourné quelques jours avec elle, pour me rendre compte de ce que c'était, et puis j'ai commencé avec vraiment la trouille au ventre, parce que, d'un seul coup, on est lâché toute seule dans la nature et ça ne m'était jamais arrivé. »

Apolline

« Donc elle m'a baladée plusieurs jours, je voyais avec elle ce qu'elle faisait. Elle a essayé de me faire rentrer dans la tête un maximum d'infos administratives, etc. Donc elle m'a présentée au médecin. Sur le plan financier, comme moi je n'avais aucune idée, j'encaissais 100 % et je barrais mon nom. J'encaissais 100 % des frais de déplacement, kilométrage, etc. Et la moitié des AMI, je reversais 50 % des AMI. À l'époque, ça se pratiquait comme ça. Donc je me suis achetée une voiture. C'est la première voiture qu'on achetait d'ailleurs, parce que, jusqu'à présent, on avait fini les vieilles voitures de la famille, et voilà. »

Sophie

Sans qu'elle soit véritablement formalisée, il y a une procédure entendue, qui passe par plusieurs tournées en commun, la présentation aux médecins, aux pharmaciens, aux laboratoires, etc. Dans les faits, bien souvent, il n'en va pas vraiment ainsi. Régulièrement nous ont été relatées des situations où, pour diverses raisons, l'infirmière qui arrivait devait se mettre à l'ouvrage sans réellement avoir été préparée. La quête d'une remplaçante aboutissant enfin, celle qui n'attendait que cela de longue date ne pense qu'à s'éclipser dès que possible et/ou les collègues ont déjà fort à faire. Il faut apprendre vite, retenir en un minimum de temps une somme impressionnante d'informations ; et de toute façon, toutes semblent avoir intégré que c'est *in situ* que réellement les choses rentreront dans l'ordre. Souvent, cela, elles l'ont déjà compris dans leur exercice hospitalier. Simplement, cette fois, elles se retrouvent toutes seules, mais comme il faut bien faire face...

« Et je suis partie, sans aucune expérience du libéral, en hiver, avec la neige j'avais la pelle dans la voiture. (...) Elle m'a donné un plan et je suis partie toute seule comme une... Elle était malade, elle m'a fait un plan, je me souviens qu'elle me donnait des repères, en me disant : "Voilà, dans cette maison, le bois va être comme ça, c'est untel machin". À l'époque, il n'y avait pas de portable, rien du tout. »

Édith

« J'ai tourné 2 jours. Je n'étais pas très à l'aise, j'étais habituée à être encadrée. C'est important, ça m'a... J'ai perdu je ne sais pas combien de kilos en un mois. En plus, elle partait en vacances, elle venait de se marier, elle est partie aux États-Unis pendant 3 semaines, donc je ne vous dis pas le mois d'octobre ... J'ai appris le métier. »

Sylvie

« Infirmière libérale, pourquoi ? Il fallait saisir l'occasion et je me suis lancée. Pourquoi ? Je ne sais pas, on fait des choses dans la vie sans vraiment en connaître le sens. Et j'ai quitté la même année mon mari, mon travail d'infirmière en chirurgie, j'ai pris mon enfant et je me suis mise à mon propre compte ! »

Camille

Conclusion

Quitter la clinique, l'hôpital où souvent on travaillait depuis des années, se lancer dans l'aventure du libéral, tout cela représente bien un véritable tournant de carrière, d'autant plus marquant qu'il peut aller de concert avec des changements dans la vie familiale, un déménagement bon gré mal gré, etc. Rien d'étonnant donc à ce que nos interlocutrices gardent en mémoire cette période de leur vie et sachent ponctuer leur récit de mille anecdotes. La plupart du temps, pour elles, ce fut vraiment un basculement. Ce qu'en rapporte les hommes tend à différer quelque peu, comme s'il leur fallait bien dire qu'ils maîtrisaient en tous points la situation, qu'ils avaient les choses en main, même si, *de facto*, ils ont pu ressentir les mêmes appréhensions, nourrir les mêmes doutes que leurs homologues féminines.

Les raisons de ce passage, nous l'avons souligné, sont très diverses et il n'y a donc pas de principe explicatif *omnibus*. Pourtant, en toile de fond, demeure très souvent une institution hospitalière où elles n'ont plus trouvé leur compte à un moment donné. « *Je ne m'imaginai pas ça du tout...* » dit Alexandrine, *La blouse blanche... on déchanté...* ». Elles en attendaient effectivement beaucoup et régulièrement elles semblent bien avoir été de ces professionnelles fortement engagées qui n'hésitaient pas à payer de leur personne. Nous avons eu l'impression alors d'entendre, pour ainsi dire de manière paradigmatique, tout le lot de critiques adressées à l'hôpital en matière de conditions de travail. D'une certaine manière, de ce point de vue, on n'a rien appris qu'on se savait déjà, sauf peut-être que ce qui est aujourd'hui mis sur le devant de la scène paraît dater puisque les faits que rapportent, avec parfois une belle unanimité, ces infirmières libérales, remontent souvent à de nombreuses années. Certes il faudrait pouvoir disposer de données comparatives, mais ces infirmières passées à l'exercice libéral sont plutôt à ranger parmi celles que la technicité n'effraie pas, tout au contraire. En un sens elles sont plutôt bien accommodées avec ce que l'on attend de professionnelles sachant faire montre de dynamisme, d'initiative, etc. Elles paraissent toutefois concentrer un certain nombre de caractéristiques les désignant comme étant de celles que la traversée du miroir, et son lot de désillusions, va atteindre en premier. En effet, elles sont actives, mais réactives, prêtes à reconnaître le savoir médical mais pas à se soumettre, engagées mais vite sensibles au décalage entre un discours sur l'éthique, le droit des patients, etc. et une réalité qui les chosifie, qui les fait disparaître derrière leur maladie. Il faut donc sans doute dépasser un certain nombre de paradoxes apparents : ce n'est pas parce que leur habitus les tournait vers une aspiration à l'indépendance, à la prise de responsabilité, etc. que l'hôpital était d'emblée mal perçu ou décalé. Dans un autre contexte, sans doute auraient-elles pu y donner toute leur mesure d'ailleurs, et y trouver un espace d'accomplissement plutôt en adéquation avec des qualités, fruit d'une certaine socialisation. Il se trouve qu'ici leur aspiration à l'autonomie a été bridée, leur ambition déçue, leur énergie mal utilisée en somme. L'arrivée dans le secteur libéral ne s'est pas faite avec force engouement et volonté d'en découdre. L'idée a germé au fur et à mesure de ce qui a été ressenti par elles comme des déboires. Il semble bien en tous les cas que l'on est loin des clichés que l'on accole aujourd'hui encore à toutes celles qui exercent, qui se dirigent vers l'exercice libéral. Pour une bonne part d'entre elles, ce qualificatif de « relationnel » qu'on leur fait endosser – et qu'elles acceptent souvent – ne correspond pas vraiment à ce qu'elles étaient au départ, si tant est que la dichotomie ait un certain sens. Il faudra le vérifier, mais du moins est-il dit qu'en tant qu'infirmières libérales, la palette de soins qu'elles mettent en œuvre est plutôt restreinte, fait peu appel à des techniques

de pointe, même si, à l’instar des chimiothérapies à domicile, elles ont cru un temps qu’il allait y avoir un certain nombre d’ouvertures.

Voilà donc des infirmières, assez singulières à plus d’un titre, mais qui ne paraissent pas aller dans les canons entendus de la manière dont on les dépeint souvent, se lançant dans l’aventure du libéral, avec parfois, on va le voir, une bonne dose de naïveté. Reste à examiner ce qui va en découler...

24- Les modes d’exercice

« Essayer de comprendre une vie comme une série unique et à soi suffisante d’événements successifs sans autre lien que l’association à un “sujet” dont la consistance n’est sans doute que celle d’un nom propre, est à peu près aussi absurde que d’essayer de rendre raison d’un trajet dans le métro sans prendre en compte la structure du réseau, c’est-à-dire la matrice des relations objectives entre les différentes stations. Les événements biographiques se définissent comme autant de placements et de déplacements dans l’espace social, c’est-à-dire plus précisément, dans les différents états successifs de la structure de la distribution des différentes espèces de capital qui sont en jeu dans le champ considéré. »²³⁰

On connaît mal les itinéraires professionnels mais aussi familiaux, des infirmières libérales tout au long d’une carrière qui peut être ponctuée de nombreux événements, tels que des retours dans une institution hospitalière après une première installation en libéral, une réinstallation, un déménagement d’une région à une autre, un changement de cabinet, un retour à une pratique en solo après avoir été associée plusieurs années avec différentes collègues, etc. Si déjà, comme nous l’avons constaté précédemment, la « photographie », à un moment donné, de leur nombre exact, de leurs différents statuts, ... est quelque peu floue ; en matière de flux, et donc de vision longitudinale, les connaissances, il faut bien l’admettre, sont encore plus approximatives. Or, ce n’est que si on disposait d’informations précises, de statistiques notamment, que l’on serait véritablement en mesure de mettre à jour la « structure du réseau » qu’évoquait Pierre Bourdieu. Apparaîtraient alors les raisons des différentes étapes d’itinéraires à la fois irréductiblement individuels et commandés par des déterminations inscrites en amont de chacune de ses étapes, de chacun de ses mouvements – nous pensons encore une fois à la limitation de l’activité, via le système de seuils (des quotas), par exemple, qui semble bien avoir eu un effet en termes d’embauche de nouvelles associées, mais aussi, sur un tout autre registre, le morcellement du calendrier des trajectoires d’activité féminine (temps partiel pour élever les enfants...), d’autres variables d’importance encore...

Il n’est pas impossible cependant de dégager quelques vecteurs. Nous allons en rester, dans un premier temps, à la manière dont les unes et les autres prennent pied et s’installent dans leur activité de soins, parfois après une courte expérience en hôpital, parfois à l’issue d’une longue pratique professionnelle, sans oublier – on parlera alors de réinstallation – la situation que connaissent celles qui ont déjà exercé en libéral, puis qui ont interrompu pour

²³⁰ Pierre Bourdieu, « L’illusion biographique », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n°62-63, 1986, p. 71.

différentes raisons cette activité et qui la reprennent après plusieurs mois voire plusieurs années.

241. Cadre juridique et modes d'entrée dans la pratique libérale

Nous avons évoqué les premiers contacts des infirmières avec la pratique libérale, les premières tournées, parfois avant même de se décider à franchir le pas, à s'engager plus avant dans un exercice qu'elles appréhendent souvent assez mal. Nous allons ici donc prolonger l'investigation en nous attardant sur la manière dont elles inaugurent ou reprennent leur carrière libérale. Ce faisant, il nous faudra préciser *a minima* les choses pour ce qui est des différents statuts qui peuvent alors être les leurs. Certaines s'installent seules sans plus attendre, « posent leur plaque » et entreprennent toutes les démarches administratives et juridiques nécessaires puis, dans l'attente des premiers clients, vont faire connaissance avec les futures collègues, avec les autres professionnels de santé, etc. D'autres préfèrent, pour différentes raisons que nous allons évoquer, effectuer des remplacements ou tout au moins être considérées comme simple « collaboratrice », quitte à reverser une part de leur chiffre d'affaire à la (ou aux) propriétaire(s) d'un cabinet préexistant. Dans tous les cas il n'est pas inintéressant de préciser quelque peu la manière dont elles font leurs premières armes dans le métier.

Il existe à la fois différents statuts et différents modes d'exercice de la profession d'infirmière libérale. Sans développer outre mesure toutes les subtilités juridiques inhérentes à une législation assez complexe²³¹, repérons-en les grandes lignes :

Les remplaçantes doivent, à l'instar des autres infirmières exerçant en libéral, remplir un certain nombre de conditions d'ancienneté et d'expérience professionnelles dans des dites équipes de soins généraux (hôpital, cliniques, etc.). Elles se substituent temporairement à une infirmière libérale disposant d'un cabinet et d'une clientèle personnelle qui, pour différentes raisons dûment arrêtées (congé maladie, maternité, vacances, etc.) se fait ainsi relayer. Cette remplaçante dispose d'une autorisation particulière, valable un an et renouvelable, délivrée par l'autorité administrative compétente de son lieu de domicile (DDASS-État). Au lieu et place de la titulaire (et en ne pouvant remplacer au maximum simultanément que deux infirmières), la remplaçante effectue toutes les tâches afférentes à son travail, mais elle ne dispose pas de ses propres feuilles de soins délivrées par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Elle utilise celles de la titulaire en barrant son nom et en y apposant le sien. Cette remarque est d'importance puisque, alors qu'existent des seuils d'activité au-delà desquels une infirmière libérale doit reverser une partie de son chiffre d'affaire aux caisses d'assurance maladie, la remplaçante émerge bien sur cette activité. Un contrat de remplacement est obligatoirement signé entre l'infirmière disposant d'un cabinet et sa remplaçante, dès que le remplacement dure plus de 24 heures (ou s'il est d'une durée inférieure mais répétée). Ce contrat inclut notamment une clause de non-concurrence et prévoit aussi les modalités de rétrocession d'une part des honoraires que la remplacée perçoit (qui n'est pas un salaire puisqu'une infirmière libérale ne peut jamais être employeur d'une de ses collègues) et reverse donc à sa remplaçante.

²³¹ Nous nous référons ici à l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmières publié au Journal Officiel du 25 juin 2004 et à la circulaire 100/2004 de la CNAMTS présentant les différentes mesures prévues dans cet avenant. Sont notamment détaillés les différents modes d'évaluation de l'expérience professionnelle préalable, que nous résumons à l'extrême en évoquant la durée de 24 ou 36 mois exigée.

Les collaboratrices sont des professionnelles qui se voient mettre à leur disposition des locaux et le matériel nécessaire à l'exercice de leur profession par d'autres infirmières libérales qui elles possèdent, seules ou à plusieurs, un cabinet infirmier. Les collaboratrices versent alors une contrepartie financière, correspondant en général à un pourcentage des honoraires qu'elles auront directement encaissés et en fonction des services et de l'assistance technique qui leur sont fournis. Là aussi un contrat précise les droits et devoirs de chacun. Comme les titulaires, les collaboratrices apposent leur plaque devant le cabinet auquel elles sont attachées et disposent bien de leurs propres feuilles de soins.

Les infirmières propriétaires d'un cabinet possèdent donc une clientèle particulière et peuvent s'attacher les services de collègues remplaçantes ou collaboratrices. Elles-mêmes peuvent travailler seules ou préférer s'associer. Dans ce dernier cas, classiquement, un « contrat d'exercice en commun » (CEM) fixe les droits et les obligations des unes et des autres. Ce contrat n'entraîne pas la création d'une personne morale et ne peut être conclu qu'entre infirmières. Chaque infirmière perçoit donc individuellement ses honoraires. Quant aux dépenses, certaines peuvent être communes et d'autres individuelles. À côté d'une telle CEM, il est possible de créer soit une « société civile de moyens » (SCM)²³², soit une « société civile professionnelle » (SCP)²³³. L'objet exclusif d'une SCM est de « faciliter l'exercice de l'activité de ses membres par la mise en commun de tous les moyens utiles à cet exercice. » Elle ne concerne que la mise en commun des dépenses et en aucun cas des honoraires. L'intérêt de la mise en place d'une SCM est de régler les relations entre des professionnels exerçant des professions voisines (kinésithérapeutes, pédicures, etc.) – ce qu'un CEM ne permet pas – au sein d'un même local, en utilisant le même matériel (informatique, etc.) voire en embauchant en commun du personnel chargé du secrétariat et du standard, des tâches de ménage, etc. Dans le cadre d'une SCP (qui ne peut être composée que de membres d'une même profession), la personne morale devient la société ainsi créée, qui exerce en son nom la profession de ses membres, est locataire du cabinet et propriétaire de la clientèle (il n'est plus utile d'ailleurs dans ce cas de disposer d'un CEM). Cela signifie que la société encaisse tous les honoraires, règle les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession et, selon une clef de répartition fixée dans les statuts, partage les bénéfices entre les associées.

Quelle que soit la forme juridique du cabinet infirmier, dès lors qu'une infirmière souhaite cesser son activité et transmettre sa clientèle ou bien s'associer avec une autre collègue et la faire donc bénéficier de sa clientèle, des intérêts financiers sont en jeu. Contrairement à la clientèle commerciale, la clientèle civile est réputée dépendre essentiellement du lien de confiance personnelle qui unit le professionnel et son client. Par conséquent la clientèle d'une infirmière ne peut être ni cédée ni louée (bien que les infirmières parlent entre elles de « rachat de clientèle »). Il existe donc ce que l'on nomme « un droit de présentation », qui comprend la présentation, par le cédant au cessionnaire, des patients et des

²³² Art. 36, loi du 29.11.1966. Pour les commentaires sur ces différents textes juridiques, nous nous sommes appuyés sur les articles suivants : Martine-Marie Coquelle, « Exercice en groupe. Choix de la structure juridique », *L'Infirmière libérale magazine*, n°139, 1999, pp. 23-26 ; Martine-Marie Coquelle, « Choisir sa structure juridique », *L'Infirmière libérale magazine*, n°162, 2001, pp. 28-31 ; Laurence Aveline, « S'installer : quel statut juridique », *L'Infirmière libérale magazine*, n°174, 2002, pp. 3-4 ; Aude Dauphin, « La Société civile de Moyens », *Avenir et Santé*, n°310, 2003, pp. 42-44 ainsi que sur les ouvrages suivants : Véronique Sokoloff, Geneviève Beltran, *Guide de l'infirmière libérale*, Paris, Maloine, 2001, pp. 5-26 et Ghislaine de Chalendar, *Bien gérer l'exercice libéral infirmier*, Paris, Masson, 2004, pp. 81-104.

²³³ Décret n°79-949 du 9 novembre 1979 pour les SCP d'infirmières.

professionnels de santé et aussi l'usage ou la transmission du bail du cabinet et l'usage ou le transfert de sa ligne téléphonique, droit de présentation dont le montant est négociable et que doit verser celle qui rachète un cabinet ou qui s'associe. Régulièrement ce montant s'apprécie sur la base du chiffre d'affaire annuel moyen des trois dernières années, mais tout se discute... Dans le cas des collaboratrices et des remplaçantes, il n'y a bien entendu pas de versement d'un tel droit puisque la clientèle reste celle de la titulaire du cabinet, mais, négociable aussi, il y a la retenue d'une part des honoraires perçus.

Installation ou réinstallation, participation inscrite dans la durée en tant que collaboratrice ou ponctuellement (en principe...) en tant que remplaçante, dans tous les cas les infirmières qui entament, dans un lieu donné, leurs activités libérales, le font à partir d'un cabinet dûment identifié. En effet, depuis 1994, toute infirmière libérale est tenue d'avoir un tel cabinet²³⁴. Cette obligation entraîne en principe la nécessité, pour un médecin prescrivant un soin, de bien préciser qu'il doit être effectué au domicile, sinon il est censé être prodigué au cabinet. Les textes sont par contre relativement flous sur ce que ce cabinet doit comprendre exactement, sinon le rappel très général des règles de confidentialité, d'hygiène et de sécurité. À lire les conseils dispensés par ouvrages généraux et revues professionnelles, il est quasi indispensable de disposer d'une salle d'attente, d'un accès à un sanitaire mais aussi d'une pièce suffisamment isolée du lieu d'accueil, avec table d'examen, armoire fermée pour le stockage des médicaments, point d'eau, espaces séparés pour les éléments « propres » et « sales », pour le matériel de stérilisation, d'élimination des déchets, etc. Parfois même, à lire certaines rubriques, on a l'impression que l'organisation de ce cabinet doit se rapprocher ni plus ni moins de celui d'un médecin²³⁵. Dans les faits, l'usage et la réalité même de ce cabinet qu'aménage ou que désormais va occuper avec des collègues l'infirmière libérale qui s'installe (ou qui remplace) permet de douter sérieusement de l'application non seulement des normes en vigueur, mais de la loi elle-même. Il est vrai qu'il n'y pas de contrôle *a priori*, mais simplement s'il y a plainte d'un patient.

Cette présentation, sommaire mais indispensable, effectuée, reste à étudier la mise en œuvre de tous ces attendus et les échos relevés, en particulier lors des entretiens réalisés. A lire les abondants commentaires qui ponctuent les revues professionnelles – syndicales ou non – les choses apparaissent en définitive relativement cadrées en matière juridique. CEM, SCM, SCP, droit de présentation, etc. ponctuent ainsi des rubriques redondantes, mais, dans le même temps, il est fait constamment allusion à une jurisprudence complexe, à des litiges très nombreux, à des subtilités qui ne peuvent être réglées qu'au cas par cas. Le fait est, qu'à bien des égards, l'observation de terrain invalide le bel ordonnancement des lois et des décrets. Par exemple, aucun commentaire, aucun ouvrage ne fait exception : il est non seulement indispensable mais obligatoire²³⁶, sans plus attendre, de conclure un contrat, au moins sous seing privé, dès qu'il y a travail en commun entre infirmières, quel que soit le statut des unes et des autres. Se dégage, en creux en quelque sorte à toutes ces précisions continûment apportées, à toutes ces mises en garde renouvelées, l'impression qu'en fait il existe un grand écart entre les textes et la réalité. De fait, c'est ce que nos observations tendent à montrer.

²³⁴ Article 33 du décret n°93-221 du 16 février 1993 : « *L'infirmière doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution de soins et la sécurité des patients.* »

²³⁵ Par exemple Anne Bodié, « Comment aménager son cabinet ? », *L'infirmière libérale magazine*, n°175, 2002, pp. 46-47

²³⁶ Article 35 du décret du 16 février 1993.

Le démarrage de l'activité libérale

Pour saisir ce qu'il en est du démarrage de l'activité, nous disposons de données, via l'enquête par questionnaire, portant sur le premier statut qu'ont connu les unes et des autres lorsqu'elles ont débuté leur activité en secteur libéral. En ce qui concerne spécifiquement les remplaçantes, nous disposons aussi de quelques résultats d'une étude toute récente, cherchant à réaliser un premier bilan d'une modification des conditions d'exercice, sur ce statut, particulier, mais de plus en plus prisé semble t-il (passage de 36 mois à 24 mois de l'expérience hospitalière préalable durant les 6 dernières années, exigée pour exercer). Pour illustrer, toutefois, la complexité des situations des infirmières qui s'installent (en dehors des remplaçantes), complexité qu'à notre connaissance aucune étude n'a encore véritablement saisie, nous ferons quelques allusions, en contrepoint, à une observation, à échelle très réduite, mais qui cependant montre assez bien la grande diversité des trajectoires antérieures des infirmières qui, à un moment donné, sollicitent – comme cela est obligatoire – auprès d'une CPAM, l'autorisation d'exercer. Enfin, comme précédemment, nous pouvons toujours puiser dans les propos entendus lors des entretiens réalisés dans l'ensemble de l'Hexagone.

Statut lors du démarrage de l'activité en libéral (en %)

Statut lors du démarrage de l'activité libérale	Femmes	Hommes	Ensemble
Remplaçant(e)	30,3	23,5	29,4
Collaboratrice/collaborateur	16,7	14,0	16,3
Installation d'un nouveau cabinet seul(e)	25,6	30,9	26,3
Installation d'un nouveau cabinet avec associé(e)	5,0	5,1	5,0
Rachat d'une part de clientèle dans un cabinet préexistant	15,3	22,1	16,2
Rachat d'une clientèle seul(e)	3,5	2,9	3,4
Autres cas de figure	2,8	0,7	2,5
Non réponse	0,8	0,7	0,8
Total	100,0	100,0	100,0

Il apparaît assez nettement que les infirmiers sont moins attirés par le statut de remplaçant que les infirmières. S'installer tout seul voire racheter une part de clientèle ne les effraie pas outre mesure, à l'inverse d'une part significative des femmes. Dans tous les cas, l'installation concertée d'un nouveau cabinet à deux ou plus (à l'instar de la situation précédemment évoquée de Claire) est assez rare, de même que celle du rachat, seule, d'une clientèle préexistante. Quitte à s'installer seule, sans passer par une période de remplacement, les unes et les autres paraissent plutôt opter pour la création d'un nouveau cabinet. Quand on examine les écarts entre celles qui se sont installées immédiatement au sortir de l'IFSI et celles qui ont d'abord travaillé en hôpital ou en clinique, les écarts sont assez tangibles entre le statut de remplaçante et celui de propriétaire à part entière, du fait d'une installation en cabinet toute seule. 33,1 % des premières ont opté pour une installation dans un nouveau cabinet, contre 25,3 % de celles qui ont une expérience professionnelle hospitalière préalable. À l'inverse, 12,8 % de celles qui ont directement débuté en libéral ont été remplaçantes contre 17,1 % de celles qui ont, peut-être bon gré mal gré, travaillé en institutions au préalable.

On peut penser qu'il y a là aussi un effet d'âge. En effet le statut de départ a notablement évolué au fil des décennies.

Statut lors du démarrage de l'activité selon l'année d'installation en libéral (en %)

	Avant 1965	1965-1968	1969-1972	1973-1976	1977-1980	1981-1984	1985-1988	1989-1992	1993-1996	Depuis 1997	Ensemble
Remplaçant(e)	16,7	10,5	0,0	9,6	12,7	26,5	35,9	39,9	39,2	37,1	29,4
Collaboratrice /collaborateur	16,7	0,0	10,0	12,0	6,8	14,2	11,8	15,9	26,1	36,0	16,3
Installation d'un nouveau cabinet seul(e)	58,3	73,7	80,0	51,8	50,0	31,9	25,9	9,6	7,2	2,2	26,3
Installation d'un nouveau cabinet avec associé(e)	0,0	0,0	6,7	7,2	6,8	6,2	2,9	6,3	4,6	2,2	5,0
Rachat d'une part de clientèle dans un cabinet préexistant	0,0	0,0	3,3	12,0	12,7	16,8	17,6	21,6	17,0	16,9	16,2
Rachat d'une clientèle seul(e)	0,0	5,3	0,0	3,6	4,2	4,4	4,7	4,3	0,7	2,2	3,4
Autres cas de figure	8,3	10,5	0,0	2,4	5,1	0,0	1,2	1,9	3,3	2,2	2,5
Non réponse	0,0	0,0	0,0	1,2	1,7	0,0	0,0	0,5	2,0	1,1	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

L'installation dans un nouveau cabinet connaît une diminution notable au fil des années 1980 après avoir culminée à la fin des années 1960 et, inversement, les statuts de remplaçante et de collaboratrice ne cessent de progresser depuis les années 1980. Le rachat d'une part de clientèle semble marquer légèrement le pas depuis 1993 environ.

« Les quinze ans approchant, je me suis dit que j'allais pouvoir prendre ma retraite de l'hôpital. J'en avais marre de la hiérarchie de l'hôpital parce que c'est un peu lourd, et j'avais envie de compléter mes revenus sans en faire trop. Je commençais à être fatiguée, j'ai trois enfants, donc... ça m'a semblé assez logique de me lancer là-dedans. Alors j'ai téléphoné, j'ai pris l'annuaire, j'ai téléphoné à toutes les infirmières en commençant par le plus proche, et j'ai proposé des remplacements. J'ai dit que j'étais disponible. (...) J'ai eu cinq, six cabinets sur lesquels j'ai tourné pendant trois ans. Cela a duré comme ça en remplacement et puis après, ici, ils ont eu besoin d'une associée, donc tout naturellement j'étais déjà connue et donc on s'est associée. »

Camille

Ce statut de remplaçante a concerné à leurs débuts au total quelques 29,4 % des infirmières sollicitées mais 37 % des plus récemment arrivées dans le métier (seulement

3,5 % des professionnelles interrogées lors de notre enquête émargent encore à ce statut²³⁷. Il est probable que ces proportions ont évolué à la hausse depuis mais, pour autant, nombre d'infirmières en activité peinent encore et toujours à se faire remplacer, à l'instar de ce témoignage : « *J'ai passé mes premières annonces pour me faire remplacer durant mon congé maternité, au mois de mai dernier. Et depuis, rien. Pas une seule réponse jusqu'à la mi-juillet. Je commençais à désespérer, car mon accouchement est prévu pour la mi-août. Je me suis arrêtée de travailler, quelques semaines avant, évidemment, mais c'est mon mari, infirmier libéral, qui assure la continuité de nos patients. Et c'est très dur ! Heureusement, nous venons d'avoir deux appels. J'espère qu'au moins un d'entre eux se révélera positif.* »²³⁸

Il est malaisé de connaître exactement le nombre d'infirmières remplaçantes puisqu'elles peuvent travailler dans un autre département que celui où elles ont obtenu l'autorisation d'exercer ainsi, qu'elles peuvent aussi remplacer simultanément deux infirmières, sans oublier qu'elles sont, le cas échéant, actives quelques mois seulement puis cessent leur travail, le reprennent plus tard, etc. Le déséquilibre entre l'offre et la demande joue en leur faveur et elles sont en mesure de poser leurs conditions, qui vont de la faible rétrocession de leurs honoraires (5 % à 10 % aujourd'hui) à la mise à disposition d'un logement, etc. et elles ont le loisir de choisir parmi plusieurs offres, en fonction du nombre de patients, du nombre de soins d'hygiène, etc. Cela fait le bonheur des agences de travail intérimaire spécialisées et cela pousse surtout certaines infirmières – nous en avons rencontrées – à devenir ce que l'on nomme des « fausses remplaçantes » : elles disposent de feuilles de soins en leur nom (ce qui s'avère intéressant puisqu'elles n'émargent pas sur les quotas de celles qu'elles vont remplacer), officiellement en tant que collaboratrices (voire en tant que titulaires d'un cabinet), mais en fait elles font se succéder des remplacements assez longs. En principe cela n'est pas possible, mais devant la pénurie de remplaçantes, il semble qu'ici et là il existe une certaine tolérance. Dans tous les cas, le remplacement, qui était vécu auparavant comme une période transitoire, sinon comme une période d'essai, tend à devenir un mode de travail à part entière, de par la souplesse qu'il permet dans les horaires, les choix des périodes d'activité, la conciliation parfois d'une autre activité en tant qu'infirmière salariée, etc.

« J'ai cette chance extraordinaire d'avoir deux remplaçantes, mais l'une a accouché, et maintenant elle m'a dit "J'arrête deux ans, le temps de..." L'autre est remplaçante avec ses feuilles, ce qui a d'ailleurs fait bondir mon comptable, parce qu'il me dit : "Vous donnez votre clientèle !" Elle a bien une plaque, mais à l'intérieur de chez elle, donc on ne la voit pas, elle ne s'est pas mise dans l'annuaire et elle ne fait que des remplacements. Et une autre remplaçante a mis sa plaque sur mon mur, mais elle ne fait que des remplacements. (...) Il n'y a pas de rétrocession, elles gardent tout, à 100 % . »

Colette

Face à une telle pénurie de remplaçantes et au risque de voir des cabinets se fermer en désespoir de cause (impossibilité de prendre des vacances, etc.), notamment dans des régions déjà faiblement pourvues en infirmières libérales, une modification conventionnelle est intervenue en 2004. Elle a eu pour effet d'abaisser le nombre d'années exigées d'expériences

²³⁷ Signalons qu'avant 1992, il semble bien que nombre de jeunes diplômées des écoles d'infirmières se proposaient, durant leur premier été, d'effectuer des remplacements en libéral, question de gagner de l'argent rapidement en attendant d'intégrer un emploi hospitalier.

²³⁸ Témoignage de Nathalie Castet, infirmière libérale près de Tarbes, paru dans l'article d'Anne Plassaert, « Pendant la pénurie : l'aubaine du remplacement », *L'infirmière libérale magazine*, n°185, 2003, p. 18.

professionnelles préalables en institutions hospitalières à deux ans sous certaines conditions (voire parfois, de façon dérogatoire, à une seule année, là où la carence démographique et la nécessité de prendre en charge des patients lourds et chroniques se font particulièrement sentir). Un premier bilan sur les nouvelles conditions d'exercice définies par l'avenant n° 6 de juin 2004 a été réalisé tout récemment par la CNAMTS²³⁹. Le passage d'une expérience préalable de 36 mois à 24 mois a indubitablement produit de l'effet. Les demandes d'autorisation de remplacement ont connu rien de moins qu'une augmentation de 45 % entre juin 2004 et juin 2005. 71 % de ces demandes ont concerné des infirmières n'ayant jamais exercé auparavant en libéral, 4 % seulement ont concerné des infirmières en reprise d'activité après retraite. Environ 18 % de ces demandes concernent un remplacement en cabinet de groupe. Il se confirme bien que nombre d'infirmières hospitalières sont intéressées par ce mode d'entrée dans l'exercice libéral, voire de travail à part entière.

De telles dispositions d'abaissement de l'expérience requise valent aussi pour les installations, avec toutefois une graduation géographique de sa mise en œuvre selon les régions, entre 2005 et 2007, notamment dans trois régions où les hôpitaux eux-mêmes peinent à recruter et redoutent de nouveaux départs vers l'exercice libéral (Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes). Toutefois, ici, l'effet escompté n'a pas été du tout de même ampleur, puisqu'il n'a été dénombré qu'une faible augmentation des demandes d'installation ou de réinstallation (moins de 7 % d'augmentation sur un an).

Quels parcours professionnels antérieurs ont connu celles qui présentement entreprennent ainsi les démarches pour s'installer, en tant que collaboratrice, associée ou initiatrice d'un nouveau cabinet ? Au-delà des informations déjà exposées et puisées dans nos recherches, nous avons pu obtenir quelques précisions auprès des responsables du Service des relations avec les professions de santé de la CPAM du Sud-Finistère. Elles portent sur un nombre très limité d'installations – 90 – à savoir celles des infirmières nouvellement inscrites entre juillet 2004 et décembre 2005. Elles ne sont pas, à cette échelle, bien entendu représentatives, mais peuvent simplement illustrer la diversité des trajectoires menant à l'exercice libéral. Sur ces 90 personnes (79 femmes et 11 hommes) le tiers a occupé auparavant un emploi en hôpital public (et parmi elles, le tiers à l'Assistance publique Hôpitaux de Paris). Un autre tiers exerçait déjà en libéral mais dans un autre secteur géographique, le dernier tiers venant de cliniques privées, de centres de soins, de maisons de retraite, etc. Le Finistère arrive, en termes de densité d'infirmières libérales, au 16^{ème} rang des départements français (135 pour 100 000 habitants, la moyenne nationale étant de 81)²⁴⁰. Durant la période considérée, il y a donc eu 90 installations et aussi 36 cessations d'activités. Celles qui viennent de l'A.P. – H.P. sont plutôt jeunes et rappellent que la Bretagne aussi est une terre d'accueil, un peu comme le Sud de la France ; *Hélios* donc mais aussi *Eole*... La moyenne d'âge des femmes qui s'installent est de près de 38 ans, celle des hommes d'un peu moins de 33,5 ans. Cependant il y a d'importants écarts puisque si, au total, la moitié de ces professionnel(le)s a moins de 35 ans, 19 sur 90 ont 45 ans et plus lors de leur installation et parmi eux 10 ont 50 ans et plus.

²³⁹ Fanny Richard, *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.

²⁴⁰ CNAMTS, *Carnets Statistiques, 2005, op. cit.* p. 104.

Quelques illustrations sont susceptibles de rendre compte déjà de la diversité des réinstallations :

- Mme V. 47 ans	exercice en libéral dans l'Essonne	de 1993 à 1994
	exercice en libéral dans les Hauts-de-Seine	de 1994 à 1999
	exercice en libéral dans l'Oise	de 2000 à 2003
	exercice en libéral dans le Finistère-Nord	en 2004
- Mme G. 49 ans	exercice en libéral dans le Morbihan	de juin 1998 à février 1999
	exercice en libéral dans le Finistère	de février 1999 à janvier 2000
	remplaçante	de septembre 2003 à septembre 2004
- Mme R. 39 ans	exercice en libéral	de 1993 à 2003
	remplaçante	de septembre 2003 à décembre 2003

Mobilité géographique, alternance des statuts, avec en particulier un passage d'une installation au statut de remplaçante sont fréquentes. Il en va de même en ce qui concerne les installations :

- Mr F. 34 ans	centre hospitalier en Bretagne	de juin 2000 à décembre 2002
	A.P. H. P. (Assistance publique. Hôpitaux de Paris)	de janvier 2003 à décembre 2004
	en disponibilité	de décembre 2004 à février 2005
- Mme L. 35 ans	A.P. H. P.	jusqu'à juillet 2003
	centre hospitalier en Bretagne	août et septembre 2003
	service d'aide à domicile en milieu rural	depuis octobre 2003

Finalement, à une échelle très réduite, on peut déjà saisir l'hétérogénéité des trajectoires, en termes de mobilité géographique (y compris Outre-mer – « passage » qui n'est pas si rare –) mais aussi de statuts, d'événements divers (congé parental, mise en disponibilité, retraite de la fonction publique, cessation d'activité libérale puis reprise donc, etc.) qui tous ont eu à voir avec ce parcours qui en arrive, voire qui passe simplement à un moment donné, par une installation ou une réinstallation (en précisant toutefois que, dans l'échantillon des installations, il n'y a aucun exemple de retour à l'hôpital après une première expérience d'exercice libéral, phénomène qui semble effectivement assez marginal)²⁴¹. Sans aucun doute faudrait-il aller y voir d'encore plus près : d'où viennent celles qui étaient déjà installées en libéral ? Il semble bien – mais seule une étude minutieuse permettrait de le vérifier – que le changement de lieu d'exercice peut être aussi l'occasion d'avoir affaire à une clientèle d'un niveau social supérieur. Il n'est pas rare de voir s'opérer un changement d'une zone de logements sociaux vers un secteur plus résidentiel, d'une clientèle qualifiée de « sociale » à une population dite « plus favorisée ». La mobilité géographique se doublerait ainsi d'une mobilité sociale en quelque sorte. « Descendre vers le Sud » (ou aller vers l'Ouest) serait à percevoir autant de ce point de vue que de celui de l'attrait d'un climat moins rude, etc.

²⁴¹ Sur la même période, 36 personnes (34 femmes et 2 hommes) ont cessé officiellement leur activité libérale dans le Sud-Finistère. La moyenne d'âge globale est très peu élevée : 43,5 ans. Il y a seulement deux mentions « retraite » (une infirmière de 56 ans et une autre de 62 ans). 13 infirmières déclarent cesser « totalement et définitivement leur activité » (moyenne d'âge : 47 ans). Sinon il s'agit d'installation ou de remplacement ailleurs. Il y a toutefois quelques mentions renvoyant à un poste de salarié : « mutation hôpital (local) », « salariat à l'Ile de la Réunion », « salariat Conseil général », « salariat en clinique », « salarié Centre hospitalier de grande ville » et « fin de l'activité libérale, recherche d'emploi salarié ».

Mais, avant cela, comment concrètement se déroule le démarrage de l'activité libérale ? On n'en aurait jamais fini d'en évoquer les multiples dimensions. Toutefois, en mettant simplement l'accent sur quelques versants, on peut tenter d'en rendre compte *a minima*.

Le choix du lieu d'installation tient, on l'a compris, à bien des raisons. Régulièrement les infirmières libérales débutent par des remplacements voire par une collaboration là où, par choix ou bien suite à un déménagement en accompagnant un conjoint muté, etc. elles vont désormais travailler et poser peu à peu leurs marques. Dans ce cas, sous réserve de bonne entente, cela se déroule *a priori* sans anicroches majeures puisqu'elles ont été sollicitées par de futures collègues qui peinaient à faire face à toutes les demandes de soins qu'elles avaient. Quand il s'agit d'une véritable installation, seule ou à plusieurs, dans la plupart des cas, les unes et les autres ne procèdent pas pour autant à une étude très fine des besoins, de la démographie présente et à venir, etc. de la zone sur laquelle elles comptent déployer leurs activités. Elles semblent quasiment toutes avoir intégré que, bon an mal an, au bout d'un délai de six à huit mois environ, elles seront parvenues à avoir une clientèle suffisante ; comme si, de toute façon, les besoins potentiels étaient tels qu'il n'y avait pas trop de soucis à se faire. Sauf exception, ce n'est pas cela qui les inquiète, y compris dans des zones où elles savent pourtant que leur densité est déjà importante.

Les cas de figure sont, nous l'avons dit, très nombreux. Jusqu'à aujourd'hui par exemple – et avant donc que les établissements pour personnes âgées rentrent dans le cadre des dites « conventions tripartites »²⁴² qui concrètement réduisent ou empêchent la venue, dans ces institutions, d'infirmières libérales –, il était fréquent que l'attrait d'une « clientèle captive » pousse à l'installation, à proximité de telles institutions, d'un cabinet qui allait ainsi pouvoir débiter ses activités sans difficultés.

« Je n'ai pas racheté, j'ai mis ma plaque au mur comme on dit, mais je ne l'ai pas fait à l'aveugle. En juillet 1993, s'est ouverte une maison de retraite à G., et en janvier 1994, je mettais ma plaque et c'est la maison de retraite qui m'a fait démarrer. Elle m'a apporté tout de suite du travail. Bon, maintenant, je ne vais pas que à la maison de retraite, mais les deux premières années, c'était 80 à 90 % de mon activité. Maintenant c'est environ 60 %. »

Serge

Ce n'est qu'incidemment que nous avons entendu évoquer des problèmes de concurrence effective : « Il y a du travail pour tout le monde » paraît donc affaire entendue. Cela ne veut pas dire pour autant qu'une nouvelle installation passe inaperçue aux yeux des infirmières déjà dans la place ; loin s'en faut. Craintes qu'un jour cela pourrait poser problème ? Que les « soins intéressants » risquent du coup de se raréfier ? D'autres raisons encore, fondées ou non, peuvent entraîner diverses réactions, allant de l'ignorance bien appuyée, façon comme une autre de manifester qu'on n'apprécie pas vraiment l'intrusion, à des reproches ouverts adressés parfois dans un langage un peu vert. Il n'est donc pas rare que

²⁴² Une réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) doit, en principe à échéance du fin décembre 2005, aboutir à la signature d'une convention pour 5 ans entre l'établissement, le conseil général et l'autorité compétente pour arrêter le tarif des soins (préfet ou directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation). Ce document, qui définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire et en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées, prévoit généralement l'embauche d'un personnel spécialisé pour les soins et donc entraîne le fin de l'appel à de nombre d'infirmières libérales qui intervenaient au sein des EPHAD. On lira plus loin des précisions sur ce point.

d'emblée apparaissent un certain nombre de frictions qui mettront ensuite du temps à s'apaiser. On n'en finirait pas de dépeindre d'ailleurs toutes les ressources dont disposent des infirmières estimant qu'il va y avoir risque de concurrence pour entraver la bonne installation de nouvelles collègues. Dans le cas ci-dessous, il s'agit d'une situation assez fréquemment rencontrée : des infirmières dont le cabinet est installé sur une commune voisine, mais qui déploient leurs activités – ou se disent qu'un jour elles pourraient être amenées à le faire – sur la commune où une nouvelle infirmière libérale s'installe, créent illico un nouveau cabinet, une collaboratrice ou l'une des associées devenant officiellement propriétaire et « posant sa plaque », à proximité du nouveau cabinet. De fait, les bisbilles sont fréquentes lors de nouvelles implantations de cabinet.

« La semaine où on s'est installé, on a eu la surprise de voir deux autres infirmières libérales. C'est une des surprises. Parce qu'on avait quand même été à la mairie, on avait rencontré le maire, on avait consulté le dernier recensement et le maire était tout à fait d'accord, et ça lui paraissait tout à fait opportun parce que là, c'est vrai que la démographie de F. est quand même en hausse. (...) Elle était déjà installée à S., donc à quelques kilomètres d'ici, et finalement elle s'associait, et son associée mettait, par contre, sa plaque et son numéro de téléphone ici. Donc c'était pas vraiment une installation, c'était une... c'était un peu particulier, mais c'est vrai que ça nous a démoralisé. On avait vu dans le journal la même semaine, ça fait quatre. On s'est dit ho la la ! Bon, on s'était présenté aux différents médecins, pharmaciens mais c'est vraiment par le bouche à oreille que ça s'est développé. Des gens qui sont contents, qui en parlent, et puis ça se fait comme ça. Et puis, au bout d'un moment, il y a deux ou trois médecins qui ont commencé à nous passer des patients, mais au bout de six mois. Donc pendant deux ans on a dû continuer... En parallèle on faisait des remplacements. »

Gabrielle

Le travail en libéral offre, de fait, bien des possibilités d'amortir en quelque sorte le grand saut vers une installation. À côté, comme en fait allusion Gabrielle, il est toujours possible d'effectuer ailleurs des remplacements avec ses propres feuilles. Rien n'empêche non plus, et nous avons croisé en la matière beaucoup d'exemples, de chercher, ou de conserver, à côté, une activité salariée puisque, en dehors de la fonction publique, il existe bien des possibilités de cumuler activité libérale et emploi salarié (et cela vaut aussi pour les remplaçantes ou les collaboratrices d'ailleurs).

« Quand je me suis installée sur R., il y avait beaucoup d'infirmières, dont certaines étaient établies depuis très longtemps. Donc non seulement je collaborais avec cette fameuse infirmière mais à nous deux, lorsqu'on travaillait, quand c'était notre week-end, on remplaçait également une troisième infirmière qui ne souhaitait plus faire de week-end parce qu'elle arrivait en fin de carrière, et moi, par la suite, j'ai continué à la remplacer quand elle avait besoin de s'arrêter. (...) Pour compléter un peu, en semaine, ou sur ma clientèle je travaillais également pour un laboratoire. Le labo m'envoyait des prises de sang chez des particuliers et je faisais également une clinique. (...) J'avais tout le bâtiment de médecine. En fait les cliniques fonctionnaient comme ça, c'est très souvent les laboratoires qui viennent, ce ne sont pas les infirmiers de la clinique qui font les prises de sang, ce sont les labos qui se partagent. »

Michelle

« Quand j'ai commencé mes remplacements, en même temps on m'avait proposé de prendre la direction d'un centre de soins, parce que mes grands parents connaissaient quelqu'un. J'ai refusé, je n'ai pas voulu parce que les personnes âgées ne m'intéressaient pas du tout au

niveau travail. Mais en même temps que le libéral, il y avait des consultations de PMI. Il y avait les services de vaccination et il leur fallait une infirmière diplômée pour faire les analyses d'urine, voir si les enfants n'étaient pas malades, faire un peu le tri avant qu'ils passent devant le médecin. Et donc je faisais ça, j'ai fait ça pendant plusieurs années. Je faisais ça l'après-midi, donc je me libérais de ma clientèle. »

Odile

Même si aujourd'hui ce n'est plus souvent le cas, nombre d'infirmières libérales sollicitées ont « monté leur cabinet » seules et se sont lancées dans l'aventure sans toujours avoir réalisé ce qui les attendait, notamment en termes de charge de travail et d'amplitude horaire. D'autre fois, bien qu'associées, elles ont dû faire face à des défaillances. De ce point de vue, nous avons souvent entendu parler d'infirmières qui, une fois vendue une part de leur clientèle, devaient s'arrêter de travailler pour diverses raisons ; au point qu'on peut se demander s'il n'y a pas eu une sorte de phénomène de décompensation, ou tout simplement une opportunité saisie pour enfin se soigner, se faire opérer, etc. En tous les cas, le fait que ce type de mésaventures nous ait été conté à bien des reprises est assez troublant. Infirmières et infirmiers se lancent donc et, très rapidement, découvrent la quasi impossibilité de dire non aux sollicitations qu'elles reçoivent, les mille et uns obstacles à la maîtrise de leurs horaires, les pauses accaparées par les tâches administratives, etc. Du côté des infirmiers, très souvent, une installation tout seul équivalait à un travail sans répit.

« La présentation a été rapide, je crois que j'ai dû faire une tournée avec elle, une journée et puis ensuite... Si, elle m'a présenté à certains pharmaciens, les médecins. Elle ne m'a pas fait faire le tour du bourg ; elle m'a dit voilà. Elle travaillait toute seule ; elle avait un arrangement avec une collègue qui était installée, pour les vacances, c'est tout. Et je suis resté seul 6 ans. J'ai travaillé 3 ans sans arrêt, tous les jours, jours de fêtes compris. »

Thierry

« Au départ, je me suis installé seul sur le secteur et j'ai exercé 13 ans tout seul, donc nuit et jour, j'étais de garde tous les week-end et au bout de 4 ans je me suis permis de prendre des remplaçants et au bout de 3 ans, il est arrivé le problème du quota d'infirmier parce qu'à ce moment-là, quand je travaillais seul, je travaillais quand même 16, 17 heures par jour et donc au bout de 13 ans, le quota est arrivé. Heureusement pour moi d'ailleurs. Donc j'ai pris un associé. »

Christian

Quand l'installation se réalise dans le cadre d'une reprise de clientèle, ou encore quand il s'agit d'une association au sein d'un cabinet déjà existant, la question de l'achat de parts ou du droit « intégral » de présentation est souvent « la » grande affaire.

« Un collègue m'a téléphoné : “ça t'intéresse toujours le libéral ?” J'ai dit “oui”, il m'a dit : “il y a Monique T., elle déménage sur R. et elle veut arrêter ici”. Donc j'ai racheté sa clientèle. Le calcul s'est fait sur les relevés SNIR. La moyenne des trois dernières années, mais enfin elle, elle était un peu plus gourmande, et comme je n'y connaissais que dalle, je me suis fait avoir un peu, mais c'était pas les plus chers. J'ai fait 15 jours de tournée avec elle, pour bien connaître sa clientèle. Donc ça s'est passé la 1^{ère} quinzaine de décembre, la 2^{ème}, j'ai roulé tout seul et je lui ai redonné 30 % du chiffre d'affaire, puisque c'était une calculatrice et elle était fille de toubib. Je sais qu'elle était moins bête que moi financièrement. Parce que en tant que fils d'ouvrier, on a toujours été humble et on n'avait pas un rapport pognon comme ça se fait dans les hautes sphères. (...) J'ai fait fructifier la

clientèle et j'ai fait ça pendant 3 ans. J'ai pris 4 week-end, sur mes 3 ans, comme un grand, tous les jours. Je ne le referai plus. J'avais 19 patates sur le dos à rembourser. »

Alain

Régulièrement, il faudra emprunter, sans oublier – mais cela vient en écho à ce que l'on a déjà entrevu – que les parents pourront être, une fois encore, de bons secours²⁴³. Comme on peut s'en douter, quand de fortes sommes sont en jeu, pour une clientèle qui peut se révéler décevante, fluctuante, etc. il y a toujours le risque que les unes et les autres se sentent finalement flouées ; et bien des acrimonies, des procès même, puisent dans ces rapports d'argent qui ne sont jamais simples. On a affaire, qui plus est, ne l'oublions pas, à des femmes et à des hommes d'origine plutôt modestes, peu habitués à ce type de transactions, n'ayant pas toujours le réflexe de demander conseil, de solliciter des instances syndicales, un avocat, etc. Nombre d'entre eux viennent d'un monde où la parole donnée, la confiance, l'accord tacite, à tort ou à raison, valent engagement. Ils et elles se retrouvent projetés ici dans un espace social bien différent à de multiples points de vue et où la naïveté n'a pas vraiment cours. De fait on n'en finirait pas d'évoquer alors tous les litiges, les actions en justice, etc. dont nous avons entendu parler. Recension faite, cela a concerné, à un moment donné, quasiment une infirmière rencontrée sur trois. Si on en reste ici à ce qui a trait au droit de présentation, soulignons que sa valeur peut connaître des hauts et des bas, et que cela justement peut susciter regrets, jalousies, etc. Ainsi par exemple, à l'heure où la difficulté de trouver des remplaçantes représente un souci majeur, une infirmière qui se propose comme associée peut parfaitement négocier son arrivée à bas prix, voire sans rachat de part du tout. D'un côté, elle sera la bienvenue tant la situation devenait intenable pour une infirmière qui ne parvenait plus à prendre des vacances, etc. ; d'un autre côté elle aura peut être comme collègue quelqu'un qui elle-même a racheté, il n'y a pas très longtemps, plusieurs dizaines de milliers de francs ou de milliers d'euro un droit de présentation vite dévalué.

« Il n'y a pas de contrat entre nous. C'est une personne qui a ses feuilles. Il y a beaucoup de personnes qui font ça. En fait, ils n'ont pas le statut de remplaçant, ils sont infirmiers, mais le mot c'est : titulaires de clientèle. Ils payent pour un cabinet et ils ont mis une plaque. Elle ne me reverse rien, rien du tout, c'est la loi de la jungle. »

Claudine

Dans d'autres cas, et la liste des possibles serait longue, c'est un nouveau cabinet qui s'installe, pas très loin de celui d'une infirmière qui cherche à céder sa clientèle et qui n'y parvient pas ; et qui, d'autant plus, peut-être, n'y parviendra pas, compte tenu du nouveau contexte. Bref, on le pressent, le démarrage de l'activité libérale ne se déroule pas toujours dans des conditions de pleine félicité.

En principe il existe au moins certains garde-fous puisque des contrats doivent être dûment signés dès qu'il y a remplacement, collaboration, installation à deux ou plus dans le cadre d'un CEM, d'une SCP ou SCM, etc. Là encore, à de multiples reprises, et donc avec, à la clé, son lot de litiges à n'en plus finir, nous ont été évoquées des situations où les accords n'étaient que tacites, où les unes et les autres pensaient que la parole donnée suffirait bien. Il est vrai que deux infirmières qui travaillent seules et qui se remplacent le week-end à tour de rôle n'ont pas l'obligation de formaliser cet échange de service, et sans doute observerait-on

²⁴³ Voir sur ce point Tristan Poullaouec, « Les familles ouvrières face au devenir de leurs enfants », *Économie et Statistique*, n°371, 2004, pp. 16-17.

encore bien d'autres cas de figure de la sorte, mais on comprend pourquoi les revues professionnelles assèment sans relâche toute la nécessité qu'il peut y avoir à coucher sur le papier des accords verbaux : l'absence de convention, de contrat s'avère plutôt monnaie courante.

« Pas de contrat, rien, sur la confiance ! »

Hélène

« Mon associée, c'est une fille qui a trouvé mon annonce sur internet, et donc elle m'a téléphoné. Mais c'est quelqu'un que je connaissais parce que, quand j'ai fait mon stage en chimiothérapie à l'hôpital de G., Elle travaillait à l'hôpital de jour, et c'est une fille que j'avais croisée au collège. Elle voulait quitter l'hôpital parce qu'il y avait trop de responsabilités, pas assez de personnel. Donc voilà, elle travaille avec moi, c'est un contrat moral, il n'y a rien d'écrit. On fait 15 jours par mois, mais en général c'est 3 jours l'un et 2 jour l'autre. »

Clotilde

« Elle travaillait à deux, et l'autre est partie ailleurs. Pas de rachat de clientèle, non. L'idéal, je travaille comme elle, pas associé, chacune pour son compte, chacune ses feuilles, sa compta. Même clientèle qu'on partage, sans contrepartie, aucun contrat, rien. »

Sylvie

« On ne fait pas nous, on travaille dans la confiance. Je n'avais jamais fait de contrat auparavant, je n'ai jamais demandé un centime de rétrocession, même les frais de cabinet, je ne demande rien. (...). Ce sont des choses qu'on ne vous explique pas et moi je ne suis pas trop syndicat. Je pense que ça devrait être des choses qu'on explique bien aux gens qui veulent s'installer. »

Adèle

242. Le fonctionnement du cabinet

Il ne va pas s'agir ici d'étudier les usages des cabinets infirmiers en tant qu'espaces de pratiques professionnelles (ces usages seront précisés dans la partie suivante), mais bien de les analyser en tant qu'organisations de travail spécifiques. À cet égard, on ne peut manquer de souligner la grande diversité des modes de fonctionnement des cabinets infirmiers. Les données statistiques dont nous disposons, y compris celles qui sont issues de notre enquête par questionnaire, nous apportent peu d'éléments quant à leur fonctionnement réel. En revanche, l'enquête par entretien nous fournit des indications fort nombreuses à ce sujet. Pour autant, il demeure très difficile de saisir avec précision et de manière définitive la multiplicité des fonctionnements quotidiens décrits par les unes et les autres. Ces derniers dépendent de nombreux facteurs, tels que l'importance et la composition du cabinet (nombre d'infirmières libérales, etc.), son statut juridique (et le cas échéant, la nature des contrats qui lient les différentes professionnelles qui y exercent), son secteur d'implantation, sa clientèle (importance, types de pathologies), son activité (volume, répartition AMI/AIS, soins spécialisés), etc. Aussi, avons-nous pris le parti de puiser, dans le matériau recueilli, des informations suffisamment contrastées pour formaliser *a minima* les multiples façons de conduire son activité d'infirmière libérale.

C'est d'abord l'organisation même du travail de soin au sein de ces cabinets qui retiendra notre attention : comment l'activité y est-elle organisée ? A partir de quels critères

sont programmées les « *tournées* » ? En second lieu, nous rendrons compte des difficultés que ces professionnelles rencontrent pour s'accorder des périodes de repos mais aussi des stratégies collectives qu'elles mettent en œuvre pour faire face à tous les aléas. Le troisième point de notre propos portera sur la nature des relations de travail qu'entretiennent les infirmières regroupées au sein d'un même cabinet. Enfin, nous apporterons quelques éclairages sur la place de toutes les incontournables tâches administratives de l'activité infirmière en secteur libéral.

Des modes d'organisation variés, mais sources de continuité des soins

Contrairement au secteur hospitalier, le secteur libéral n'est réglementé ni sur les horaires ni sur la durée hebdomadaire du travail²⁴⁴. Aucun cadre ne fixe non plus les modalités d'organisation du travail quotidien de ces professionnelles. Avant leur installation en libéral, ces soignantes ont – dans leur grande majorité – connu un mode d'exercice salarié. Dans cet univers, elles avaient bien peu de prise sur la planification de leur activité, celle-ci restant principalement l'affaire des cadres infirmiers au sein des établissements de santé²⁴⁵. Nous l'avons signalé plus haut, l'une des motivations ayant amené les infirmières que nous avons sollicitées à franchir le pas du libéral tient notamment à la possibilité d'organiser librement leur travail et de maîtriser leurs horaires²⁴⁶ en vue d'une meilleure conciliation de leur vie professionnelle et de leur vie familiale. Or, la confrontation avec la réalité du terrain les a conduit à déchanter bien vite : « *absence d'emploi du temps* » ; « *horaires à rallonge* » ; « *difficultés à prendre des vacances* »... sont les items les plus fréquemment cités pour décrire les aspects négatifs du métier d'infirmière libérale. Avec quelques années de recul, on peut même se moquer de cette naïveté de débutante, on rit d'avoir pu penser au départ qu'on allait « *pouvoir passer plus de temps avec les enfants* ». C'est à cet égard, que Nathalie Duville²⁴⁷ évoque « *l'autonomie illusoire* » de l'exercice libéral des infirmières : « *dès lors, il ne s'agit plus de conquérir une liberté, mais une certaine autonomie entendue comme la capacité d'agir à l'intérieur d'un cadre contraignant de règles* ».

Aussi, d'un cabinet à l'autre, peut-on constater une certaine homogénéité dans les manières de planifier les journées de travail. Dans la majeure partie des cas, les cabinets organisent deux « *tournées* » quotidiennes pour dispenser des soins au domicile de leurs patients²⁴⁸. La première tournée, celle du matin, débute entre 7 heures et 8 heures et s'achève vers 13 heures ou 14 heures²⁴⁹. Suit un temps de pause, qui en réalité n'en n'est pas toujours un puisqu'il peut être en grande partie consacré à la fameuse « *paperasse* ». La seconde tournée débute vers 16 heures ou 17 heures et se prolonge jusqu'en fin de journée ou en début de soirée (19-20 heures), voire parfois plus tardivement encore (22 ou 23 heures).

²⁴⁴ Comme déjà signalé, le nombre d'actes infirmiers réalisés annuellement est quant à lui strictement limité.

²⁴⁵ Bien que l'on observe des processus de négociations à ce sujet au sein des équipes hospitalières (échanges d'horaires, arrangements de planning entre collègues, etc.).

²⁴⁶ Les travaux de France Lert sur l'évolution des conditions de travail des infirmières hospitalières relèvent une tendance à une planification plus difficile des horaires qui peut être associée à des tensions en termes d'effectifs ou à une plus grande diversité des horaires. France Lert et al., *Devenir professionnel, conditions de travail et santé d'une cohorte d'infirmières des hôpitaux publics suivis de 1980 à 1996*, Rapport INSERM, 1998.

²⁴⁷ Nathalie Duville, « L'exercice libéral des infirmières : une autonomie illusoire ? », *op. cit.*, p. 102.

²⁴⁸ Comme exposé dans le point précédent, en plus de ces tournées, les infirmières libérales peuvent organiser des permanences de soins à leur cabinet. Celles-ci peuvent être proposés de manière régulière (quotidiennement ou hebdomadairement) ou sporadiquement (pendant la période estivale pour les cabinets exerçant dans les zones touristiques par exemple). Ces permanences sont en générales organisées en début ou en fin d'après-midi.

²⁴⁹ Il s'agit de moyennes, ces horaires sont dans la pratique très variables.

Les infirmières qui exercent dans le cadre d'un cabinet de groupe (avec une ou plusieurs associées et/ou collaboratrices) mènent deux voire plusieurs tournées en parallèle (en général deux tournées le matin et deux tournées l'après-midi). Le plus souvent, ces tournées sont organisées collectivement, mais il arrive aussi qu'une seule infirmière les planifie pour les autres²⁵⁰ (c'est le cas par exemple, dans un cabinet composé d'une infirmière titulaire et de deux collaboratrices). L'organisation de ces tournées vise quasi systématiquement l'équité. Différents facteurs peuvent ainsi être pris compte pour composer des tournées qualifiées d'« *équilibrées* » comme le secteur géographique à parcourir ou encore les types de pathologies et de soins prodigués :

« Alors justement on fait des listes, en fait c'est un peu sectorisé, là c'est une tournée qui se passe surtout sur le secteur H, E et puis l'ancien hôpital, mais ça fait partie de H, et puis l'autre c'est L. (...) Non, on fait des listes, parce que si on se met à courir à droite et à gauche, on va passer tout son temps. Mais par contre on essaye d'équilibrer un peu les listes parce que ça marche par acte, donc on essaye d'équilibrer les listes de façon à ce qu'il y ait à peu près le même revenu de chaque coté. »

Jacqueline

(collaboratrice dans un cabinet de deux associées et une seconde collaboratrice)

« On a deux tournées, une tournée un et une tournée deux. La tournée deux est réservée, on va dire que les gens qui arrivent sont automatiquement sur la tournée un, et les deux associées se partagent à temps égal sur l'année donc au nombre de jours par mois à peu près, on n'est pas deux jours un jour, on est au nombre de jours dans l'année, donc on a environ 15 jours chacune, on se partage. Les gens qui arrivent sur la tournée à partir de là c'est la tournée un, il faut charger et on passe sur la tournée deux, de façon à ce que les tournées soient à peu près équilibrées. »

Irène

(associée avec une collègue et deux collaboratrices)

Par ailleurs, la plupart du temps, les cabinets qui organisent deux ou plusieurs tournées parallèles instaurent des systèmes de « *roulement* ». Ainsi, rares sont les cabinets où la même infirmière assure tout au long de l'année la même tournée. Pour prévenir la survenue d'une lassitude professionnelle²⁵¹, pour éviter que « *les malades ne s'habituent à la même soignante* » et toujours par souci d'équité, on s'organise de manière à avoir affaire à l'ensemble des patients pris en charge par le groupe :

« On tourne, on voit toutes tous les malades, on a voulu être à égalité, comme ça il n'y a pas de problème, tout est clair entre nous. »

Léa

(associée avec une collègue et deux collaboratrices)

Ce type de fonctionnement collectif impose préalablement de se mettre d'accord sur les demandes de soins à accepter ou au contraire à rejeter (dans la mesure où un même malade sera pris en charge par deux ou plusieurs infirmières exerçant au sein du même cabinet). Par exemple, Irène sollicite toujours l'avis de sa collègue associée avant d'accepter définitivement

²⁵⁰ A terme ce genre d'organisation peut conduire à une mésentente entre collègues, voire à un éclatement du collectif. Plusieurs enquêtées ont connu cette expérience : « *Elle décidait tout le temps de l'organisation* » . « *Je n'avais pas mon mot à dire* » ; « *Elle n'était pas arrangeante* »...

²⁵¹ Sur ce point, signalons que certains patients peuvent être vus deux fois par jour durant plusieurs années.

toute nouvelle demande de soins, notamment lorsque celle-ci concerne une pathologie grave (sa collègue ayant dit-elle « *plus de difficultés avec les malades Alzheimer qu'avec les phases terminales de cancer* »). De la même façon, Ankita et son unique associée se concertent systématiquement avant de « *prendre* » des soins délicats sur le plan technique. Formée à la technique de la chimiothérapie, Ankita est tout à fait disposée à accepter de tels soins. Même si faute de patients, l'occasion de mettre en œuvre cette thérapie ne s'est pas encore présentée, Ankita a incité sa collègue à s'y former également de manière à ce que la continuité des soins puisse être assurée auprès de ces patients :

« Parce que je lui ai dit si moi, je l'avais fait, on allait pas arrêter le traitement pendant deux jours et le reprendre après deux jours (les deux jours où elle ne travaille pas) après donc il faut que tu le fasses aussi. »

Par ailleurs, la question du travail de nuit n'a pas été spontanément évoquée par les professionnelles interrogées. Les infirmières libérales sont soumises à l'obligation de gardes de nuit, mais les interventions nocturnes semblent demeurer relativement exceptionnelles. Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller²⁵² notent qu'en comparaison avec l'exercice infirmier hospitalier, l'exercice libéral est plus souvent associé à des horaires de journée (cet aspect pouvant d'ailleurs constituer un motif pour quitter l'hôpital et s'installer en libéral) :

« Normalement il n'y a pas de soins la nuit, seulement on travaille sur ordonnance quand même, sur prescription médicale. Si on travaille de nuit, nous, on prend les feuilles. De toute façon, il faut que ce soit un médecin qui nous appelle la nuit pour qu'on se déplace, mais ça c'est déjà vu, donc la ligne de téléphone arrive par transfert chez la personne qui a la liste du matin et du soir, qui travaille matin et soir, donc ce soir Mme C va mettre la ligne va faire basculer chez Christine qui va... ah non ce soir Élisabeth garde la liste donc c'est elle qui sera sollicitée si besoin et demain soir elle fera basculer la liste chez Mme Q. »

Léa

(associée avec une collègue et deux collaboratrices)

Les plannings des unes et des autres peuvent être établis au mois, au semestre, à l'année, etc. Indépendamment de ce niveau d'anticipation, les modalités mêmes de planification de l'activité des cabinets sont des plus variées, en voici trois exemples :

Dans le groupe de Léa (deux associées et deux collaboratrices), il s'est instauré un système de partage équitable du travail : « *Ici tout le monde a pareil, sinon ça fait des histoires* ». Sur un mois, les quatre infirmières – indépendamment de leur statut – travaillent le même volume horaire, un nombre identique de journées et adoptent le même roulement. Concrètement, au cours d'un mois, chacune effectuera :

- une semaine de 7 jours complets (de 7 heures à 21 heures avec une pause en début d'après-midi)
- une semaine de 7 jours du matin (de 7 heures à 13 heures)
- une semaine de 3 matins (« *petites matinées* »)
- et une semaine entière de repos.

Ankita exerce avec une associée unique. Elles organisent une tournée le matin et une autre l'après midi. Elles travaillent toujours des journées complètes (au cours desquelles

²⁵² Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller, « Jongleuses en blouse blanche. La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », *op.cit.*, p. 45.

chacune assure donc les deux tournées seule). Une semaine, Ankita travaille cinq journées (lundi, mardi, vendredi et le week-end) et sa collègue deux journées (mercredi et le jeudi), et inversement la semaine suivante.

Françoise exerce avec ses deux associées et une collaboratrice :

« On fait les plannings une fois par mois, donc chacune voit, elle veut travailler le 18 et le 19 et pas moi... On essaye de se partager les 60 jours des 2 mois (...) Si on veut travailler moins ce mois-ci, les autres font plus, on s'arrange comme ça. »

Quoi qu'il en soit, on ne peut manquer de souligner que ces différentes manières d'organiser le travail au sein des cabinets contribuent à la continuité des soins. Les données produites par la CNAMTS²⁵³ indiquent ainsi que les infirmières se relaient pour soigner les patients et que leur mode d'organisation paraît très différent de celui des médecins libéraux, *« qui, quand ils sont actifs du lundi au vendredi, le sont presque tous ensemble, le sont encore à 80 % le samedi (du moins le matin) et le sont rarement le dimanche. (...) En ayant recours à un système de jours d'activité et de repos variable, les infirmiers assurent en ville la continuité indispensable des soins infirmiers »*.

La délicate question des congés et des remplacements

D'un cabinet à l'autre, la question des congés peut être traitée de façon relativement formelle, quasi institutionnelle ou bien de manière très informelle, sur le mode de la négociation. Dans le cabinet d'Élisabeth (qui travaille avec deux collaboratrices) des réunions trimestrielles sont organisées pour planifier les congés, tandis que dans le cabinet de Françoise (qui travaille avec deux associées et une collaboratrice) chacun *« pose ses dates et on s'arrange après »*. Dans les cabinets où les effectifs sont suffisants, il est possible de prendre ses congés chacune son tour de façon à éviter de recourir aux services coûteux d'une remplaçante ou bien d'une société de travail intérimaire. Ce mode d'organisation permet de comprendre toute l'importance accordée au fait de *« connaître »* l'ensemble des patients pris en charge par le cabinet. C'est par exemple, cette option qui a été retenue dans le cabinet où exerce Jacqueline, lequel se compose au total de quatre associées et de deux collaboratrices. C'est également le cas pour Léa (deux associées et deux collaboratrices) : *« quand il y en a une qui veut partir, les autres s'arrangent »*. Pour toutes les autres, les congés restent soumis à la possibilité de trouver une remplaçante : Ankita et son unique associée n'ont pas d'autre alternative que d'employer une remplaçante pour relayer l'une ou l'autre.

Le recrutement de remplaçantes est perçu comme l'une des difficultés majeures de l'exercice du métier. Cet inconvénient est plus vivement ressenti dans les régions marquées par la pénurie en infirmières libérales. Dans ce contexte démographique défavorable, celles qui – tant bien que mal – réussissent à embaucher une remplaçante estiment *« avoir de la chance »* comparées à certaines de leurs collègues qui ne parviennent quasiment jamais à se faire remplacer. À ce sujet, de nombreuses enquêtées estiment que l'obligation d'exercice préalable en secteur hospitalier constitue un frein au recrutement des remplaçantes. À une époque, au sortir des écoles d'infirmières, les toutes jeunes titulaires du D.E. formaient un important vivier de remplaçantes (notamment pour les congés d'été) :

²⁵³ CNAMTS, « Des tendances de fond aux mouvements de court terme », *Point de conjoncture*, n°6, 2002.

« Elles sortaient en juin, elles se précipitaient chez les infirmières libérales. Pendant deux mois d'été, elles ne demandaient que cela. Ça leur permettait de rentrer de l'argent vite fait, parce qu'en libéral, à un moment donné les gens ont bien gagné, vraiment ça a été un âge d'or. »

Michelle

« Après 3 ans²⁵⁴, elles préfèrent rester dans le service où elles sont. »

Françoise

De telles difficultés peuvent conduire à la démotivation et à l'épuisement de la soignante. À une période de sa carrière, Anne-Marie qui ne parvenait pas à se faire remplacer a été jusqu'à envisager son retour à l'hôpital :

« Je n'arrivais plus à faire mes papiers donc au niveau financier, c'était pas intéressant, il y avait la moitié des soins que je ne comptais pas, j'avais pas le temps, je faisais que des tournées. »

Dans ces conditions, on comprend aisément que l'infirmière exerçant en solo²⁵⁵ (c'est-à-dire sans associée, ni collaboratrice, ni même remplaçante régulière) peut se retrouver très rapidement « prise au piège du libéral »²⁵⁶ : elle doit assurer la continuité des soins auprès de ses malades tous les jours et ne pouvant passer le relais à personne, elle est dans l'obligation d'assumer seule toutes les tournées. Dans ce contexte, exercer seule est synonyme de renoncement aux congés, aux loisirs, aux rencontres amicales, etc. Tel est le cas de Malika qui travaille seule en région parisienne. Bien que célibataire sans enfant, Malika n'a pas choisi d'exercer en solitaire, ceci est lié à un malencontreux concours de circonstances : décès de son associé et retour de sa collaboratrice à l'AP-HP. Depuis ces événements, elle consacre tout son temps à son métier, y compris ses rares moments de repos qui sont dévolus aux tâches administratives. Malika ne se fait remplacer que très ponctuellement et ce pour des courtes durées uniquement : pour faire le point et se ressourcer après un accompagnement de fin de vie difficile ou encore pour s'octroyer un week-end entre amis. Néanmoins, cette situation est passagère puisque Malika espère pouvoir très prochainement être épaulée par une nouvelle collaboratrice.

Les relations entre collègues : entre solidarités et tensions au travail

Au fil des entretiens, nous avons relevé qu'une des contraintes majeures associées à l'exercice infirmier libéral tient au fait de travailler seule. Quelle que soit la configuration du cabinet (individuel ou collectif), de tels propos sont redondants. D'ailleurs, la seule chose que l'on peut – à la rigueur – regretter de l'exercice hospitalier est le travail d'équipe :

« Donc je me suis mise en libéral, c'est vrai qu'il y a eu une sacrée coupure avec l'hôpital ! énorme car il n'y avait plus de travail d'équipe et c'est ça qui me plaisait, donc on se retrouve toute seule, c'est pas pour gérer les problèmes, c'est pas ça, mais c'était pour l'ambiance de

²⁵⁴ Comme indiqué précédemment, cette durée a été récemment portée à 24 mois.

²⁵⁵ Dans notre enquête par questionnaire 17% des infirmières exercent seules, 70 % sont associées, 8 % collaboratrices et 4 % remplaçantes.

²⁵⁶ Nathalie Duville, « L'exercice libéral des infirmières... », *op. cit.*, p. 102.

retrouver les anesthésistes, les médecins, les chirurgiens, l'ensemble, les aides soignantes, les autres infirmières, on se retrouvait à deux donc ça a été un petit peu dur quand même. »

Léa

En outre, les données issues de l'enquête Drees sur la perception des conditions de travail à l'hôpital soulignent que la possibilité d'obtenir du soutien au sein du collectif de travail constitue un élément de satisfaction au travail. « *En particulier, l'aide des collègues est presque toujours possible en cas de travail délicat, (...) les infirmières et les aides soignantes déclarant encore un peu plus fréquemment que les autres pouvoir bénéficier d'une aide de leurs collègues (90 %)* »²⁵⁷. Ces formes de solidarité et cette bonne entente au travail s'observent tout particulièrement dans les services les plus techniques et les plus rapides²⁵⁸, services par lesquels, nous l'avons vu, sont bien souvent passées ces infirmières avant de franchir le pas du libéral. On peut alors penser qu'une fois intériorisées par les professionnelles, ces habitudes de travail sont transposées et reproduites dans le cadre de l'exercice libéral. Les infirmières libérales décrivent en effet diverses formes d'entraide et de soutien mutuel :

- Soutien moral et psychologique dans les situations difficilement supportables sur le plan émotionnel : l'accompagnement de fin de vie, la mort d'un patient, etc. Nous reviendrons plus en détail sur ces situations.
- « *Coups de main* » dans les moments de surcharge de travail : celle qui a pris du retard sur sa tournée, peut être aidée par la collègue qui a déjà achevé sa tournée.
- Coopération pour réaliser un soin délicat ou lourd sur le plan technique (un pansement)
- Entraide pour la manipulation de certains malades (obèses, très lourdement dépendants), etc.

« Ça a dû arriver exceptionnellement, mais c'est vraiment exceptionnel. C'est quand il n'y a pas d'aide dans la famille et qu'il faut vraiment faire doucement, qu'il y a des gros pansements à faire et qu'il faut aider à tenir, donc on s'arrange en fin de tournée, pas en cours de tournée parce que c'est pas possible ou alors c'est quelqu'un qui est en congé et qui vient exprès. »

Françoise

« De l'aide physique pour porter, le monsieur que j'avais trouvé par terre, bon ma collègue est arrivée, on a réussi à le mettre assis, et ça arrive souvent ».

Jacqueline

Ces formes de coopération qui sont finalement assez proches de celles qui peuvent être observées dans les équipes hospitalières²⁵⁹, peuvent aussi être appréhendées comme autant de

²⁵⁷ Romuald Le Lan (en collaboration avec Dominique Baubeau), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *op. cit.* p. 10.

²⁵⁸ Voir par exemple Danièle Le Boul, Marie-France Couilliot, Florence Douguet et al., *Mourir aux urgences. Etude 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.

²⁵⁹ La différence tient au fait qu'à l'hôpital ces stratégies sont interprofessionnelles

stratégies visant à préserver sa santé physique et mentale au travail : échanger autour du décès d'un malade auprès duquel on avait beaucoup investi peut éviter de « craquer », relever à deux un malade tombé à terre peut aider à se préserver de lombalgies à venir, etc.

Pour autant, la mise en place de telles pratiques implique quelques préalables. Sur ce point, les infirmières libérales rencontrées insistent sur le besoin de partager les mêmes façons de travailler ainsi que des valeurs de travail communes (centrées sur la technique ou le relationnel selon les cas). Par exemple, Nathalie évoque positivement ses relations avec ses deux collègues associées puisque comme elle, celles-ci mettent l'accent sur l'écoute, le relationnel et la qualité des soins. Il est également important de reconnaître collectivement les compétences professionnelles des unes et des autres et d'élaborer ensemble certaines règles de travail. Dans le cas contraire, on peut voir surgir des tensions latentes ou des conflits ouverts pouvant conduire jusqu'à l'éclatement du collectif de travail (séparation, retrait du cabinet). Le décalage entre les pratiques de soins des unes et des autres peut être attribué à de multiples facteurs : l'âge de la collègue, son appartenance générationnelle²⁶⁰, son expérience ou inexpérience antérieure, sa personnalité, etc. Évoquant sa première collègue qu'elle qualifie de « *vieille diplômée* », Anne-Marie se souvient que celle-ci n'avait pas pour habitude de se laver les mains lorsqu'elle passait d'un patient à l'autre :

« C'est vrai que l'on va beaucoup plus vite, quand on ne respecte pas les règles d'hygiène, mais bon, les mesures d'hygiène, ce sont les mesures d'hygiène. »

Alors que l'absence préalable d'exercice hospitalier peut être envisagée positivement en ce qui concerne la question des remplacements, elle peut l'être négativement en ce qui concerne les pratiques. Ainsi, les « *mauvaises habitudes des anciennes* » seront attribuées à leur entrée directe dans le secteur libéral, sans détour par une expérience hospitalière envisagée comme sorte de parachèvement de la formation initiale.

L'homogénéisation des manières de travailler participe à la construction d'un esprit d'équipe et d'une bonne ambiance au sein de ces cabinets. Néanmoins, ces modes de collaboration au travail doivent être réaffirmés en permanence. Par exemple, les relations entre collègues peuvent être affectées par le niveau d'activité du cabinet. Il y a près de vingt ans, Justine a créé avec deux autres collègues un cabinet dans une grande ville, qui aujourd'hui regroupe pas moins de huit associés assistés d'une secrétaire. Justine indique que d'une manière générale, les relations entre collègues sont bonnes, mais qu'elles ont connu une certaine dégradation depuis une diminution du volume de l'activité (laquelle est mise en rapport avec la mise en application des seuils d'activités...).

La coopération n'est pas la seule habitude de travail à avoir été transposée de l'hôpital vers le cabinet. Les modes de communication hospitalière sont, semble-t-il, aussi très fortement inspirés des rituels des équipes soignantes. Ainsi, retrouvons-nous l'existence des « *transmissions* ». Dans les services hospitaliers, les soignants ont pour habitude d'échanger des informations de travail au moment des changements d'équipes. Cette pratique permet

²⁶⁰ Sur la définition des différentes générations d'infirmières et leurs rapports au travail voir Florence Douguet, « 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.

d'assurer une forme de continuité des soins malgré le *turn-over* des paramédicaux auprès des malades.

Ainsi, entre chaque tournée, les infirmières libérales font le « point » sur leur travail. Ces transmissions peuvent avoir lieu à la mi-journée après la tournée du matin, juste avant la seconde tournée de l'après-midi et/ou après celle-ci en fin de journée. On échange des informations relatives au contenu des tournées qui ont été menées en parallèle ou de la tournée précédente en vue de préparer la tournée suivante (l'infirmière qui a « tourné » le matin passant de cette façon le relais à celle qui assurera la tournée de l'après-midi). D'une manière générale, il s'agit de transmissions orales : « *On se parle des soucis qu'on a rencontrés chez un patient ou bien de l'amélioration* » ou « *des problèmes particuliers* ». Il est fréquemment fait référence à la prégnance de l'oralité dans la culture professionnelle infirmière. Si celle-ci semble être remise en question à l'hôpital de par le développement des mesures de traçabilité écrite (dossiers de soins infirmiers, transmissions ciblées, données médicales informatisées, etc.), cette tradition est encore bien ancrée dans le secteur libéral. Les transmissions s'y font de vive voix en face à face, au cabinet, de manière plutôt informelle, autour d'un café par exemple (en ce sens, les transmissions constituent aussi l'occasion de prendre un peu de distance par rapport au fait de dispenser des soins). Ces échanges face à face peuvent être complétés par des échanges téléphoniques, notamment en soirée ou bien lorsqu'une collègue s'est absentée quelque temps du cabinet « *pour lui passer ses malades en revue* ». Dans d'autres configurations, les transmissions se font exclusivement par téléphone, surtout lorsque l'on travaille en binôme. Ainsi, Léa ne rencontre son unique associée que lorsqu'elle a quelque chose à lui remettre : clefs, médicaments ou bien en cas de problème (dégradation de l'état d'un malade). Auparavant, ces deux infirmières organisaient systématiquement une rencontre hebdomadaire. Mais ces entrevues régulières, jugées trop contraignantes et sans grand intérêt, ont été remplacées par des rencontres ponctuelles (« *en cas de besoin* »). Enfin, un cahier ou un carnet de transmissions peut compléter ce dispositif de communication. Néanmoins, dans l'ensemble, les informations qui sont consignées par écrit dans ces documents sont moins nombreuses comparées à celles qui sont échangées verbalement : « *En cas de problème* » ; « *Si il y a quelque chose de spécial* ».

Les contraintes ressenties du travail administratif

L'exercice infirmier en cabinet impose de réaliser, en plus des actes de soins, un certain nombre de tâches administratives (choses à laquelle, les intéressées n'avaient pas forcément songé en abandonnant l'exercice hospitalier). Très massivement, cet aspect de l'activité est vécu comme une contrainte²⁶¹ (y compris par les professionnelles les mieux organisées en la matière), et ceci au point de renoncer parfois à rémunération :

²⁶¹ Cette pression de l'écrit est également relevée à l'hôpital : « *Pour beaucoup d'infirmières, à la question "qu'est-ce qui vous semble le plus pénible dans votre travail ?", la réponse "La part importante de tâches administratives qui ne permet pas d'être avec les patients" (IDE femme) apparaît en première position. Cette formulation met le plus souvent en association (...) l'impact négatif de cet aspect sur la qualité des soins* » Madeleine Estry-Béhar, Marc Loriol, Olivier Le Nézet, Éric Ben-Brik et Jean-François Caillard, « Le travail de soins en hôpitaux locaux, miroir grossissant des difficultés actuelles des institutions hospitalières », *op. cit.* Ce poids croissant de la « *paperaise* » peut être attribué aux nouvelles procédures de traçabilité écrite qui visent à vérifier la bonne exécution des consignes de travail. Voir Florence Douguet, Jorge Muñoz et Danièle Le Boul (coll.), *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration de la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*, *op.cit.*

« Des personnes qui viennent avec 3 ou 4 enfants, il faudrait faire une feuille à chacun, noter pour chacun, bon c'est peut-être la flemme administrative, mais c'est vrai que si on doit faire un test tuberculinique, c'est tellement peu de chose. Et puis, pour les vaccins anti-grippe, les gens ils viennent avec tous les papiers de sécurité sociale, pour eux c'est tout simple mais pour nous c'est du triple boulot et quelquefois on envoie à la caisse et on n'est jamais payé parce que les gens sont à 100 %, donc de la paperasse pour rien, il y a des choses qu'on ne fait pas payer volontairement parce que ça fait plus de paperasse, de courrier. »

Ankita

Le travail administratif soulève donc systématiquement des plaintes²⁶², telles : « *un cauchemar* » ; « *ça me barbe* » ; « *ça prend trop de temps* » ; « *je suis saturée* » ; « *c'est toujours la même chose* » ; « *je passe plus de temps à faire les papiers qu'auprès des malades* », etc. Les infirmières qui exercent seules perçoivent encore plus négativement ces activités. Malika travaille en solo et indique ne faire « *que de la paperasse* » lorsqu'elle est en période de repos.

La nature de ce travail est bien évidemment très diversifiée et il est impossible de recenser les différentes tâches qui le composent avec exhaustivité. Les activités administratives qui reviennent le plus souvent dans le corpus d'entretiens sont :

- Enregistrer les nouveaux patients.
- Établir les demandes d'ententes préalables (la prise en charge de certains actes étant subordonnée à cette formalité).
- Rédiger les feuilles de soins,
- Procéder à la cotation et au codage des soins dispensés en fonction de la nomenclature des actes professionnels (NGAP).
- Faire les télétransmissions (par informatique/internet ou par le réseau téléphonique avec le système SESAM-Vitale).
- Faire les copies d'ordonnances.
- Faire les « *retours de caisses* » : c'est-à-dire pointer les bordereaux retournés pas les caisses à l'issue des télétransmissions.
- Assurer le standard téléphonique.
- Tenir la comptabilité.
- Rédiger divers courriers...

Dans la pratique, comment les infirmières s'organisent-elles pour faire face à ces obligations ? Les habitudes diffèrent d'un cabinet à l'autre, et au sein d'un même cabinet, d'une infirmière à l'autre. Certaines soignantes effectuent régulièrement ces tâches (chaque mois, chaque semaine, voire tous les jours) tandis que d'autres s'y attèlent à la dernière minute :

« Oui le midi, quand on a fini, on vient au cabinet, si on a des nouveaux patients à enregistrer en carte Vitale ou des facturations à faire, ça prend 5 minutes donc si tout est tenu à jour

²⁶² L'aversion pour de telles activités pouvant être mise en rapport, tout au moins en partie, avec la prégnance de l'oralité dans la culture professionnelle infirmière.

régulièrement ça ne prend que 5 minutes, il n'y a que quand on fait la télétransmission vers les caisses le 1^{er} et le 15 du mois bon ça prend à peu près une heure. »

Ankita

« Il arrive un moment où il faut que je fasse... »

Françoise

Le niveau d'engagement dans ces activités est également extrêmement variable. Françoise qui s'est formée sur le tas auprès de la secrétaire-comptable du cabinet où elle exerçait auparavant comme collaboratrice, fait sa comptabilité elle-même (manuellement car elle n'est pas informatisée), alors que ses collègues associées (qui elles, utilisent pourtant l'informatique) confient l'intégralité de ce travail à un comptable²⁶³ :

« Ce n'est pas compliqué, il faut juste s'en sortir avec les chiffres, il y a juste les entrées et les sorties, la TVA, on met dans les colonnes et c'est tout. »

De fait, il est très difficile d'évaluer le temps passé à ces tâches²⁶⁴ : 2 ou 3 jours par mois pour une collaboratrice exerçant à mi-temps, presque toutes les journées de repos pour une infirmière exerçant seule, quelques minutes par jour pour Ankita...

Par ailleurs, comme pour le travail de soins, on relève l'existence de formes d'entraide et de coopération dans le domaine administratif : *« coups de main de la collègue pour débloquer un dossier »*. Les contraintes administratives peuvent également être allégées grâce à l'instauration d'un système de division du travail entre collègues, ceci en fonction des compétences des unes et des autres :

« Mais elle, elle fait toute la partie facturation, parce qu'il y a juste la carte à mettre et à appuyer sur le bouton, donc ça, elle a compris, donc elle, elle fait tout ça, et après moi je fais toute la télétransmission. »

Ankita

Parfois, le statut d'associée au sein d'un cabinet permet d'échapper quelque peu à la contrainte d'un tel travail (notamment de tout ce qui concerne la partie relative à la gestion collective du cabinet : local, matériel, etc.). Ainsi, en qualité de collaboratrice, Jacqueline ne *« s'occupe pas »* de ces aspects. D'ailleurs elle ne connaît même pas le statut juridique du cabinet où elle exerce. Cette situation lui convient parfaitement : elle se contente de *« gérer ses feuilles »* et de verser une rétrocession à ses collègues. Le reste est l'affaire de ses trois associés : *« moi je ne rentre pas là-dedans »*.

Face à de telles contraintes, on peut se poser la question de savoir pourquoi les infirmières libérales recourent si peu aux services d'une secrétaire. La réponse tient tout simplement au coût inhérent à un tel recrutement :

« Pour avoir une secrétaire, il faut travailler plus pour gagner la même chose ! »

Françoise

²⁶³ La plupart des infirmières libérales bénéficient des services d'un comptable.

²⁶⁴ En outre, il est bien évident que celui-ci dépend du statut juridique du cabinet, de la quotité de travail des infirmières, de l'importance de la clientèle, etc.

Pourtant celles (minoritaires) qui sont épaulées par une secrétaire expriment une grande satisfaction en lien avec l'allègement, voire l'abandon, de ces tâches :

« Elle gère tout à notre place. (...) C'est elle qui nous sort nos fiches de tournée, nous on les valide on coche ce qu'on fait. À partir de là elle les rentre dans l'ordinateur et elle télétransmet et après elle ressort nos feuilles car comme c'est pas du direct il faut qu'elle envoie les feuilles par voie postale. (...) Elle nous remplit tout l'agenda de tous les soins, nous on les coche, on coche qui fait quoi pour organiser les deux tournées par jour, on organise les tournées de mois, et autrement et c'est tout, et on signe les papiers qu'elle nous demande de signer quand il y a quelque chose qui est litigieux. (...) Elle s'est formée au fur et à mesure, au début notre compta elle ne savait pas bien la mettre en place, et maintenant c'est super. (...) Parce que tout est délégué, notre argent rentre 3 semaines après. »

Irène

La professionnelle qui assure la gestion administrative du cabinet infirmier peut quelquefois être employée en commun avec l'autre (ou les autres) professionnel(s) dont on partage les locaux. Celle-ci assure alors le lien entre les deux catégories de professionnels, ce qui est plutôt commode lorsqu'il s'agit de médecins avec lesquels on collabore régulièrement :

« Elle va se charger de taper les ordonnances, les prescriptions, dont on a besoin de le mettre dans le cahier des médecins et puis de les récupérer et de nous les donner. »

Claire

Par ailleurs, confier ces tâches à une personne qui n'est pas directement impliquée dans la production de soins peut contribuer à impulser une réflexion commune sur les pratiques individuelles. La secrétaire affectée au cabinet de Léa a ainsi interpellé les infirmières sur le fait qu'aucune d'entre elles ne cotait les actes de façon identique :

« C'est sûr nous, avec notre secrétaire, ça nous a libéré, elle nous dit : "vos cotations, vous ne cotez pas pareil, il faut se mettre d'accord sur les cotations" (...) A plusieurs, on se fixe quelque chose d'équilibré, on fait attention, un soin est plus dur, on remonte les cotations, mais quand ça diminue on sait aussi descendre. »

Au-delà de cette harmonisation des pratiques, l'intervention d'une personne extérieure permet d'instaurer une sorte de contrôle de l'activité et préserve ainsi le cabinet de pratiques indéliques et autres dérives qui, quelquefois, viennent discréditer l'ensemble de la profession.

Pour clore ce point consacré au fonctionnement administratif des cabinets infirmiers, nous ne pouvons manquer d'évoquer la question de l'informatique. Là encore, les pratiques diffèrent fortement. En premier lieu, le niveau d'équipement informatique est très variable d'un cabinet à l'autre et d'une infirmière à l'autre. Certaines disposent d'un équipement complet (ordinateur, imprimante, connexion internet, logiciels spécifiques) alors que d'autres n'ont rien de tout cela. Ensuite, parmi les infirmières informatisées, les usages diffèrent encore : certaines utilisent l'ordinateur pour réaliser l'ensemble de leurs tâches administratives (« je fais tout à l'ordinateur ») alors que d'autres n'y recourent que pour mener quelques tâches (pour faire les télétransmissions, mais pas pour la gestion comptable par exemple).

En outre, nous pouvons relever des divergences dans les rapports entretenus à l'outil informatique²⁶⁵ : adhésion, investissement fort, désintérêt voire résistance. Ainsi, l'informatisation du cabinet peut être ressentie très positivement par certaines professionnelles, ceci représente à leurs yeux un grand progrès et un gain de temps considérable par rapport à une époque (à leurs débuts) où « *on faisait tout manuellement* ». Celles qui utilisent le plus cet outil en parlent avec une certaine fierté, à l'instar de Léa qui indique s'être équipée bien avant toutes les autres collègues : « *Je ne sais plus en quelle année, mais j'étais dans les 100 premières !* » Ces professionnelles déplorent que certaines de leurs pairs n'aient pas encore franchi le pas de l'informatique, y compris parmi leurs collègues du cabinet :

« Oui un logiciel de gestion comptable, compta moi je fais la mienne et celle du cabinet, mais elle, elle a toujours son cahier ! Pendant quelques mois je lui ai appris à faire sa compta, que sa compta à elle. En plus c'est pas compliqué car comme on fait la facturation à l'ordinateur tout transparaît sur l'ordinateur donc il y a juste à rentrer la comptabilité, mais bon je la laisse faire comme elle veut, moi je fais ma compta et celle du cabinet. »

Ankita

Bien qu'étant informatisées depuis plusieurs années, d'autres n'ont pas – ou que très peu – investi cet usage. Cette absence d'usage est alors expliquée par le manque de temps ou encore le déficit de compétences, ce dernier pouvant se traduire par des formes d'auto-dénigrement : Élisabeth s'affirme « *toujours aussi nulle* » en la matière. Enfin, les infirmières qui ne disposent pas d'ordinateur peuvent néanmoins en reconnaître l'intérêt, surtout lorsque les autres collègues du cabinet sont déjà informatisées. Le manque de temps est une nouvelle fois évoqué pour expliquer une telle situation : Françoise rapporte qu'il a fallu à son associée « *quinze jours, un mois* » avant de maîtriser son matériel, ce qui ne l'incite guère à s'y mettre.

Enfin, il faut souligner que l'association au sein d'un même cabinet d'infirmières utilisatrices et non-utilisatrices peut-être source de fortes tensions. Ankita explique qu'au départ son associée était très récalcitrante à l'informatique, attitude attribuée à son âge (59 ans). Si cette situation avait perduré, Ankita aurait pu mettre fin à cette association :

« Oui maintenant on se partage. Au début elle était très réfractaire parce qu'elle ne voulait pas apprendre du tout et ça a duré un certain temps et au bout d'un moment j'ai dit qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas et que si ça n'allait pas, on ne pouvait pas continuer ensemble, donc elle ne se voyait pas du tout continuer seule de son côté, donc elle a dit bon je vais m'y mettre.

²⁶⁵ À l'hôpital, les impressions concernant l'introduction de l'informatique sont nettement plus négatives : « Pour les soignants, l'informatisation ne constitue pas une aide en matière de production des soins, mais plutôt une autre source de contrainte. Ainsi, les professionnels ne sont pas accompagnés pour la mise en œuvre de ces nouvelles manières de travailler et doivent faire leur apprentissage "sur le tas". Les dysfonctionnements et autres pannes des systèmes informatiques perturbent et retardent considérablement leur travail. » Florence Douguet, Jorge Muñoz et Danièle Le Boul (coll.), Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration de la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants, op. cit., pp. 97-98.

Cela aurait pu être un motif de séparation ?

Ah oui, il y a toute la gestion du cabinet à faire, même quelquefois quand je ne travaillais pas il fallait que je vienne au bureau, donc j'ai dit non ça ne peut pas continuer comme ça, donc elle s'y est mise et puis elle s'est aperçue qu'elle comprenait tout, c'était quelqu'un qui était réfractaire à l'informatique, qui ne voulait pas apprendre ou regarder. En fait, quand elle s'y est mise, elle a vu que ce n'était pas si compliqué que ça, qu'il suffisait de tout tenir à jour d'enregistrer au fur et à mesure et ça marche très bien ! »

À l'inverse, nous avons pu remarquer à plusieurs reprises que l'usage généralisé de l'informatique au sein du cabinet (lorsqu'il concerne toutes les infirmières y travaillant) pouvait participer à l'harmonisation des pratiques. Par exemple, la cotation informatique des actes (réalisée automatiquement lors de la saisie des prescriptions) évite les distorsions constatées dans le cadre d'une cotation plus « artisanale ». Pour le reste, la discussion est toujours possible :

« On va discuter. Pour un pansement, au départ, si il est lourd, on va le mettre en AMI4 et cela pendant 4 jours, et ensuite, c'est moins lourd, donc on va moins coter. »

Élisabeth

Pour conclure : quelques styles de fonctionnement des cabinets infirmiers

Pour clore ce point, nous nous sommes risqués à dégager quelques styles typiques de fonctionnement des cabinets infirmiers. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés de la typologie de Henry Mintzberg²⁶⁶ qui distingue différentes formes d'organisations et de directions.

Le premier type de fonctionnement pourrait être qualifié d'« entrepreneurial », il repose sur un pouvoir hiérarchique et centralisé. Le cabinet d'Élisabeth peut être classé dans cette première catégorie. Élisabeth a créé « son » cabinet toute seule il y a de nombreuses années. Elle exerce aujourd'hui avec deux collaboratrices qui « travaillent avec leurs propres feuilles ». Elle se définit elle-même comme « la responsable » du cabinet, lequel est installé à sa domicile (petit local accolé à sa maison dont une porte communique sur la cuisine). Élisabeth « s'occupe des papiers » (avec l'aide d'un comptable). Chacune de ses collaboratrices établit ses feuilles de soins, mais c'est Élisabeth qui les télétransmet et qui ensuite « pointe les retours de caisse ». En outre, elle établit les tournées la veille au soir pour le lendemain (document écrit remis à chacune de ses collègues) et organise des réunions trimestrielles pour planifier les congés. Le style d'Élisabeth n'est pas sans rappeler celui du cadre infirmier à l'hôpital, fonction qu'elle n'aurait pas souhaité occuper en raison de son éloignement de la pratique soignante. Et finalement, on peut penser que l'exercice indépendant permet à Élisabeth de concilier une fonction d'encadrement infirmier et un rôle de praticienne. Le second modèle de fonctionnement peut être qualifié de « participatif ». Dans ces cabinets, on négocie, on discute, on se rencontre, on échange en permanence. On n'impose jamais, on finit toujours par s'arranger, par faire des concessions. Les statuts des unes et des autres entrent assez peu en ligne de compte (contrairement au style précédent) : associées comme collaboratrices sont partie prenante dans l'organisation du cabinet. La dernière configuration est de type « démocratique », elle repose sur des valeurs centrées sur l'égalité et l'équité. Dans ces cabinets, l'organisation se fonde sur le principe du « tout le monde pareil » : revenus « équivalents » (bien que modulés en fonction des statuts), tournées

²⁶⁶ Henry Mintzberg, *Le Management : voyage au centre des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1990.

« *équilibrées* », congés à « *chacun son tour* », nombre « *identique* » de jours travaillés dans le mois, etc.

243. L'utilisation du cabinet infirmier

Bien des observations, bien des paroles entendues en ce qui concerne la nécessité de disposer d'un cabinet à partir duquel va se déployer l'activité des infirmières sont symptomatiques des ambiguïtés inhérentes à ce que nous serions tentés de nommer une « semi-profession libérale ». D'un côté, nombre de ses représentants accrédités aspirent à se doter de tous les signes d'une « vraie profession », au sens pour ainsi dire « fonctionnaliste » du terme, mais d'un autre, à bien des égards, l'encadrement dont elle fait l'objet, et donc sa faible autonomie rappellent son émargement aux « professions intermédiaires de la santé » et non pas aux dites « professions libérales », en référence à la nomenclature de l'INSEE par exemple. En ce sens, il n'est pas inintéressant de se pencher sur ce que peut représenter ce cabinet infirmier, tant il nous paraît révélateur, y compris dans son fonctionnement même, de cette position « d'entre deux » du métier d'infirmière libérale.

Disposer d'un cabinet est obligatoire, nous l'avons mentionné, et ce, depuis 1994. Du côté des caisses de l'Assurance maladie, assurément, il y a là un dessein de rationalisation, considérant le temps de travail des infirmières comme denrée précieuse et projetant notamment de réduire de la sorte les frais de déplacements des unes et des autres, priées, autant que faire se peut, d'effectuer des soins dans un cabinet à part entière. C'est aussi un moyen de mettre à plat, de contrôler où les unes et les autres s'affairent à la tâche, où il est possible de les joindre, etc. Pour autant, l'absence de précisions sur ce que doit être ce cabinet, sur ce qu'il doit comporter, comme l'absence de contrôle *a priori* renvoient à cette vision pragmatique, sinon quelque peu timorée de CPAM qui, pour bien des raisons, ne font pas vraiment de cela une de leurs principales préoccupations. Leurs responsables ne sont donc pas sans savoir qu'il y a parfois très loin entre les textes de loi et la situation effective, mais ils se gardent de s'en mêler et évitent donc d'aller y voir de trop près. Du côté des représentants de la profession, on perçoit aussi quelques ambiguïtés. À lire magazines syndicaux, manuels apportant tous les conseils utiles à l'installation, etc. on saisit comment ce cabinet est susceptible de symboliser l'émargement aux professions libérales à part entière et donc en quoi il devrait être investi. Ce qui est préconisé, voire un peu hâtivement annoncé comme obligatoire²⁶⁷, en matière d'équipement par exemple, rappelle qu'il y a des enjeux en terme de visibilité sociale, d'apparement aux professions médicales, que cette plaque que l'on pose symbolise en quelque sorte. Un « vrai cabinet » devrait en imposer et signaler une appartenance, un peu comme ce que pourrait représenter l'édification d'un « ordre infirmier », depuis longtemps à l'ordre du jour.

L'appréhension de la fonction de ce cabinet dépasse donc sa seule utilisation pour ainsi dire « matérielle ». Pour autant la manière dont les unes et les autres le considèrent révèle aussi ce qu'il en est de ce métier de première ligne. La plupart de nos entretiens se sont déroulés dans ces cabinets. Par ailleurs, nous avons eu à maintes reprises d'autres occasions de prendre la mesure « matérielle » de ces cabinets infirmier. L'extrême diversité des cas de figure rencontrés est patente. Il n'est guère étonnant d'observer que les cabinets des infirmiers sont généralement plus proches des « canons » attendus que ceux des infirmières. À bien des

²⁶⁷ Voir par exemple ce qui est dit de ces « obligations » dans l'article de Laure de Montalembert, « S'installer en libéral », *L'infirmière libérale magazine*, n°173, 2002, p. 40.

égards, ces premiers cabinets peuvent parfois s'apparenter à ceux des médecins. Vaste bureau, éclairage indirect, petit matériel de bureau en bois précieux, photos de famille, bibliothèque fournie en ouvrages médicaux, armoires de médicaments, table de soins, etc. tout fait penser à ce que certains sans doute auraient aimé être. Ce type d'aménagement est toutefois assez rare. La plupart du temps, il n'y a guère de souci du beau ; la fonctionnalité prime et fait penser à une « base arrière », à un « magasin », plus qu'à un lieu où sont reçus des patients. Il y aussi des cabinets qui ne répondent pas du tout à quelques normes d'hygiène que ce soit. Leurs propriétaires le reconnaissent d'ailleurs volontiers, et cela ne pose pas véritablement de problèmes puisque jamais ils ne reçoivent de patients en ces lieux. Il y aussi des cabinets qui, en somme, n'existent que virtuellement... On se gardera de toute évaluation chiffrée que ce soit ; signalons simplement que ce n'est que de façon très épisodique que la plupart des infirmières se servent de ce lieu pour véritablement dispenser des soins. Il y a des contre-exemples assurément, qui sont donc d'autant plus intéressants à saisir, mais ils sont très peu fréquents.

Commençons par ces cabinets qui n'ont d'existence qu'au travers une adresse et un numéro de téléphone dans les pages jaunes et parfois, mais pas toujours, une plaque. À plusieurs reprises, l'évoquant (ou parlant de ceux de collègues, ce qui peut être une façon discrète de dénigrement aussi...), nous avons entendu l'expression « cabinet-fantôme ». Officiellement, il est situé la plupart du temps au domicile d'une infirmière (moyennant en principe autorisation préfectorale), mais dans les faits il n'y a pas véritablement de local affecté à son usage propre. Plus rarement il y a une boîte aux lettres, une pièce peut être, une plaque, mais rien de plus. Ce peut être aussi le cas de ces infirmières libérales qui, dans les faits, vont de remplacements en remplacements, mais en ayant officiellement leur propre cabinet et donc leurs propres feuilles de soins.

« Elle n'a pas de cabinet à S. Enfin, elle n'a pas de cabinet, mais elle a sa plaque à S. donc elle est considérée comme travaillant à S. »

Maxime

« Elle a monté son truc chez elle, à la campagne, isolé. On ne sait pas qu'il y a un cabinet là, à part en regardant dans l'annuaire, parce que personne ne passe par là. »

Fabrice

« Non, mais regardez ici, ce n'est pas nettoyé, ce n'est pas fonctionnel, c'est un dépôt. Je ne fais rien ici, c'est une boîte aux lettres. Mon ordinateur est chez moi. Vous me voyez travailler ici, dans ce foutoir ? Les papiers, je les fais chez moi. Tout ce qui est paperasse, je le fais chez moi. »

Malika

« Parce que le cabinet, il est chez ma collègue, mais j'ai dû mettre les pieds une fois dedans. Juste elle m'a dit "voilà, ça c'est le cabinet" mais on n'a jamais fait un soin, jamais. On ne fait que du domicile. »

Anne

« J'ai mis une plaque sur le cabinet d'un collègue médecin et j'ai dit que je le louais là, mais... donc, je n'ai investi en rien »

Flora

Plusieurs infirmières libérales ont évoqué le fait qu'à leurs débuts, fraîches émoulues en somme, elles étaient bien décidées à faire vivre leur tout nouveau cabinet, à y prodiguer des soins, etc. Peu à peu, elles ont renoncé. Formellement, le cabinet existe bien, parfois il sert à entreposer du matériel (ce qui est acheté mais aussi, ce qui est récupéré chez les patients, y compris à la suite d'un décès, etc.), parfois on y passe régulièrement ; éventuellement c'est là que l'on va « faire les papiers », mais de permanence il n'y a plus.

« C'est une pièce, quand j'ai fait construire. (...) Dans la mesure où je peux, j'essaie d'être réglo. Donc j'ai une salle de soins qui ne ressemble pas trop à une salle de soins, qui ressemble plus à un bureau, mais bon, ça leur fait plaisir, moi aussi. Ma salle d'attente, j'ai quand même une pièce, ça fait 1m². Bon, j'exagère, mais j'ai ma salle de soins à côté, avec l'eau courante puisque c'est ce qu'il faut. C'est d'un ridicule, c'est vraiment grotesque, je trouve. »

Clotilde

« Je sous-loue le cabinet d'un kiné, une demi-heure le soir. Comme vous devez le savoir, il n'y a plus personne qui vient au cabinet. Comme on dit, on paie quelque chose mais... Il y a eu... moi je faisais des permanences d'une demi heure le soir, parce qu'il y avait les traitements d'entretien, des sensibilisations aux allergies, les cadiotoniques, mais maintenant il y a des patchs, et les gens qui avaient des problèmes de rhumatisme et qui se faisaient traiter par des piqûres... »

Francine

« On n'a pas trouvé encore le système pour assurer une permanence, par exemple 8 heures à 9 heures, ou même une demi-heure. On a un travail tellement... donc ça ne nous est pas facile que pendant une demi-heure il y en a une qui va rester plantée au bureau. Ce n'est pas facile, si c'est pour ne pas voir un chat, parce que, bon, on a une clientèle de personnes âgées. »

Anne-Marie

Dans d'autres cas, plus courants, le cabinet est bel et bien situé dans un lieu qui lui est uniquement dédié, les infirmières y passent, s'y retrouvent et s'y réunissent le cas échéant, quand il s'agit d'un cabinet collectif. Elles y entreposent leur matériel, y disposent de leur ordinateur, à partir duquel elles vont « télétransmettre » leurs feuilles de soins aux caisses d'assurance maladie et plus largement effectuer toutes les tâches administratives nécessaires. Ce peut être aussi là que les employés des laboratoires vont venir chercher les prélèvements que ces infirmières ont déposés à leur attention durant leur tournée. Il y a donc un usage effectif, mais les permanences de soins sont, quant à elles, très épisodiques. Sur rendez-vous, de temps en temps, il se peut qu'il y ait quelqu'un, et donc on va s'organiser pour, mais c'est plutôt incident et on sent que cela encombre l'organisation de la tournée plus qu'autre chose.

« Non maintenant, personne. Les gens téléphonent, mais je mets souvent le répondeur. Très peu, et c'est sur rendez-vous. Au début, j'ai fait des permanences, mais c'était débile car souvent l'horaire ne convenait pas aux gens. Et puis, quelquefois, si j'arrive à inclure ces personnes dans ma tournée, et puis à ce moment-là, je ne les facture pas à domicile, mais bon, il n'y en a pas beaucoup. »

Rolande

« Je fais des permanences, oui, de 11 à 12 heures donc, et puis ça nous permet de faire les courriers, les petits trucs et après on redémarre la tournée. Avant on faisait des permanences le soir, mais maintenant on n'en fait plus car il y a rarement du monde qui venait. (...) Les

gens ici, peut-être ailleurs, mais ils ont l'habitude d'être assistés. Éduquer les gens à ce niveau, ce n'est pas facile. »

Geneviève

« Non, on ne fait plus de permanence. On a été amené à ne plus en faire quand on a travaillé toute seule avec mon collègue. On n'arrivait plus à en faire et depuis on s'est rendu compte que ça ne valait pas la peine. Peut-être qu'on va y revenir dessus ; ça vaut la peine d'en faire quand c'est l'époque des vaccinations pour la grippe. Les gens ont tendance à s'arrêter pour voir s'il y a quelqu'un, et s'il y a quelqu'un, ils se font piquer, mais sinon, les pansements sont à domicile. Avant c'était une demi heure le midi et une demi-heure le soir, ça nous permettait de faire la paperasse, mais bon, ça n'en valait pas la peine. »

Gaël

Parfois, selon les régions, des permanences sont mises en place de manière saisonnière. L'afflux de touristes par exemple, et les remarques de pharmaciens qui adressent des clients qui reviennent en ayant trouvé porte close, peuvent inciter des infirmières à être sur place durant un court laps de temps, mais là aussi, c'est parce qu'il le faut. Ce ne sont pas des patients qui vont rester, et c'est donc comme une mission que l'on se doit d'accomplir, mais rien de plus.

« On a tenté de faire une permanence tous les jours, mais les gens ne viennent pas, donc là, on fait une permanence, on est présent le samedi matin à 8 heures, jusqu'à 8 heures 15, mais des fois c'est 45. (...) Et puis, sur rendez-vous, on fait des soins sur rendez-vous, au cabinet en été. On a beaucoup de touristes, des gens qui viennent nous voir en été, ils vont à la pharmacie et on leur dit. »

Agnès

« Il y a les vacanciers, s'ils ont des soins, parce qu'en ville, ils le font beaucoup. Pendant l'été ça nous change un peu, on a nos clients de tous les jours et on a une clientèle qui se diversifie un peu. »

Anne Marie

À côté, il y a des cabinets, souvent collectifs, parfois où se côtoient d'autres professionnels (kinésithérapeutes, podologues, etc.) avec éventuellement un accueil assuré par une secrétaire qui travaille pour l'ensemble des associés. Il semble bien que ce soit plutôt affaire de cabinets implantés dans des villes, mais nous avons rencontré tant de contre exemples que ce ne semble être qu'une tendance. Dans tous les cas, il apparaît qu'au début du moins, le fait de faire venir des patients au cabinet ne fut pas chose simple du tout. De haute lutte parfois, il a fallu en imposer, et donc, plus que le fait d'être tributaire d'une localisation particulière, c'est avant tout affaire d'organisation, dès lors, ce qui n'est pas toujours le cas, qu'on a affaire à une clientèle en partie valide et pouvant se déplacer de manière autonome (véhicule, etc.).

« On a des patients, de plus en plus. On râle. C'est-à-dire que les gens nous demandent une prise de sang et que les heures qu'on leur propose ne leur conviennent jamais. On dit : "Si vous veniez entre 8 heures et 8 heures et demie ? En 5 minutes vous êtes sortis !". Ça marche, parce que les gens se rendent compte qu'ils sont libérés beaucoup plus vite, plutôt que de nous

attendre à la maison, encore que les ¾ des gens qu'on a ne se déplacent pas. Là il n'y a pas de question à se poser, mais au cabinet, ça dure qu'une demi-heure, mais en général, ça n'arrête pas, c'est plein pot. »

Sophie
infirmière en milieu rural
dans le centre de la France

« Une demi heure qui dure souvent une heure. On leur impose s'ils ne veulent pas. C'est souvent des injections ; ça peut être des pansements, ça peut être débrancher un baxter. Tous les gens qui sont valides, la première chose qu'on leur demande, c'est s'ils veulent bien venir au cabinet. Pour tous les traitements hormonaux, des dames qui veulent avoir des bébés, là, c'est au cabinet, et ça n'est plus du tout à domicile. On a imposé ça, car on s'est fait tellement avoir. (...) Donc, maintenant c'est : vous êtes valide ? Vous êtes en bonne santé ? Vous venez au cabinet, et tous les gens qui sont valides et en bonne santé, ils viennent au cabinet ! »

Odette
Infirmière en Seine Saint-Denis

Les portes ne sont donc pas toujours closes et les permanences rares dans ces cabinets infirmiers que parfois on voit de très loin... ce qui ne veut pas dire qu'ils s'y déploient d'ailleurs beaucoup d'activité. Régulièrement, au cours de notre investigation, avant de rencontrer une infirmière libérale, il fallait se faire expliquer où se trouvait ce cabinet où elle nous fixait rendez-vous. Là encore les conseils variaient beaucoup. Ici c'était « *Vous le verrez de loin, pas d'erreur possible !* » ; d'autres fois, pas certains d'avoir saisi toutes les explications, nous glissions que de toute façon on verrait la plaque, pour s'entendre éventuellement dire : « *Rien de moins sûr, il n'y en a pas !* »

Puisqu'il est réputé que « la profession d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce », les textes en vigueur précisent qu'il s'agit d'éviter tous « procédés directs ou indirects de réclame ou publicité ». La plaque professionnelle a donc une taille standard (elle ne doit pas excéder 25 cm x 30 cm avec nom, prénom, titre, diplômes voire adresse, téléphone et horaires d'activités). En principe, à part un encart renouvelé une fois, dans la presse, pour signaler une installation, la diffusion de l'information est strictement réglementée. Dans les faits, il n'en va pas toujours ainsi. Pour des raisons que l'on a saisi plus haut, il peut effectivement ne pas y avoir plus de plaque que de cabinet.

« Une plaque ? Je dirai qu'elle est tombée ! Ça change quoi d'avoir une plaque ? On n'a pas le droit de faire de la pub, le coup de la plaque, je trouve ça... »

Clotilde

« Avec ma collègue, (épouse d'un médecin généraliste) on s'était dit que s'il y avait un souci, on donnait le nom d'un cabinet médical. (...) De toute façon, dans le grenier, il y a un fauteuil, on peut dire que c'est pour le cabinet. D'autres collègues, elles ont toutes un cabinet, mais fictifs. Comme ça, à la limite, on peut mettre une plaque comme ça, on peut faire une plaque, avec "cabinet infirmier" et on ne reçoit jamais personne, et puis les gens ne posent pas de question, ils nous demandent qu'on ne vienne chez eux, mais bon, on peut tomber sur quelqu'un qui exige qu'on ait une plaque. »

Denise

Il y a donc parfois des cabinets sans plaque et parfois aussi des plaques sans cabinet...Pour autant, la plupart du temps, il y a bien un cabinet dûment signalé et des permanences tenues. Ici et là le respect de la législation prête à sourire. Les plaques, de taille modeste sont en place, mais ce que l'on voit de très loin – et effectivement que nous ne pouvions pas ne pas voir –, ce sont des mentions en lettres géantes : «Cabinet infirmier», parfois suivies d'un nom spécifique. Maints exemples peuvent être donnés de ces écriteaux, situés de façon très visible, parfois pour un cabinet implanté à bon escient, près d'un feu tricolore, etc. Ainsi y a-t-il, ici et là, un certain affranchissement des règles, lui aussi révélateur d'un milieu qui n'est pas vraiment celui des professions libérales patentées, entre sobriété cultivée et conduite de son affaire dans les règles de l'art.

« Je ne sais pas si vous êtes allés rue de G. Ils ont un grand panneau jaune, là, qui fait la largeur de la fenêtre, et normalement ce n'est pas autorisé, c'est de la publicité et on n'a pas le droit de faire ça ! »

Thérèse

Ainsi vont des cabinets dont bien souvent l'utilité est perçue comme très relative, et qui, la plupart du temps, serait d'une rentabilité quasi nulle s'il fallait les évaluer à la seule aune du nombre de patients effectivement accueillis, voire du temps que les infirmières libérales y passent effectivement. « *Ce n'est pas un cabinet, c'est un local, et ma voiture, c'est son annexe* » nous a précisé l'une d'entre elles. De fait, nombre d'infirmières n'ont pas trop le souci de la visibilité sociale que pourrait représenter un tel cabinet. À leurs yeux, ce n'est pas ainsi qu'elles gagneront en reconnaissance. Il y a donc un écart entre ce que préconise telle ou telle instance, tel ou tel guide d'installation et des mises en œuvre, très diverses certes, mais souvent fort peu académiques, de ce cabinet infirmier.

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-IRESO-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 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'AIS et préfèrent effectuer des actes dits « techniques » répertoriés en AMI. Les dites « toilettes », « soins d'hygiènes », 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'AIS dans les actes effectués par les femmes et les hommes (en %)

	Femmes	Hommes	Ensemble
Moins du tiers d'AIS	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'AIS vous avez dans votre tournée, vous avez une idée ?

C'est vraiment approximatif, je dirais 70 % d'AIS, 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 AIS, on met la clé sous la porte

C'est avec les AIS ?

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 AIS 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 Leboul, « 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 Penneec, 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)

« Ça 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 désintéret 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 stigmat. Voir Erving Goffman *Stigmat. 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 habitue 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). Élisabeth 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 enquêtés 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 ingratitude, 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 Waissman¹⁰⁵ 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 Waissman, « Le travail médical de la famille », *op. cit.*, p. 224-225.

¹⁰⁶ Voir Danièle Carricaburu, Marie Ménolet, *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 personnels 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 habiliter 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 interchangeables 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 bénéficiaires 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 ce 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 Leboul, 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 considéreraient 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 collège 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 déceptions 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. Ifrésis, 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.

- Descolanges** 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, **Douquet** 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 **Troncin** 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'enquête. 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 |

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.