

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-IRESKO-CNRS, Paris

Fanny Richard

Caisse nationale d'assurances maladie des travailleurs salariés, Paris

Maryse Sévignon-Bargain,

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

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

Nous remercions particulièrement Pascale Breuil

Chef du bureau des professions de santé

Drees - Ministère de la santé et des solidarités

pour son soutien et ses conseils

Sommaire

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 délaissier 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 atténue 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.

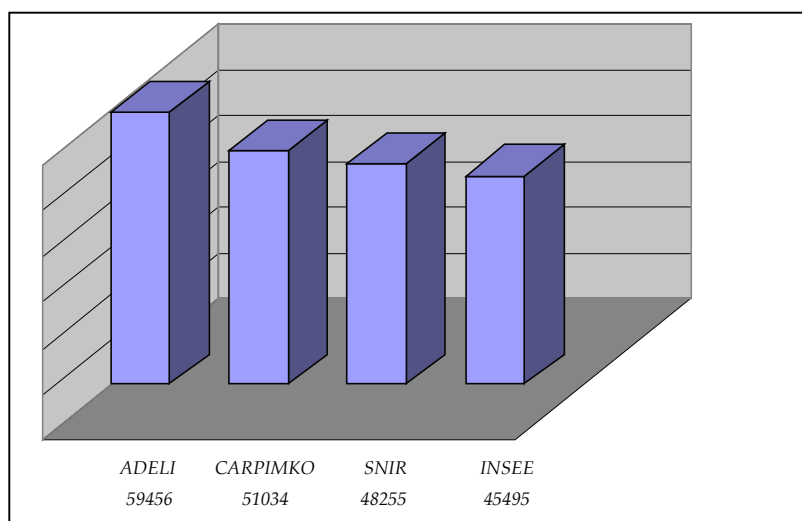
²⁹ Un exemple d'étude qualitative portant sur les trajectoires et les projets de 23 infirmières libérales : ORS de Franche-Comté, *Démographie des professions de santé et accès aux soins, l'exemple de la zone d'emploi de Morteau*, 2003.

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 :

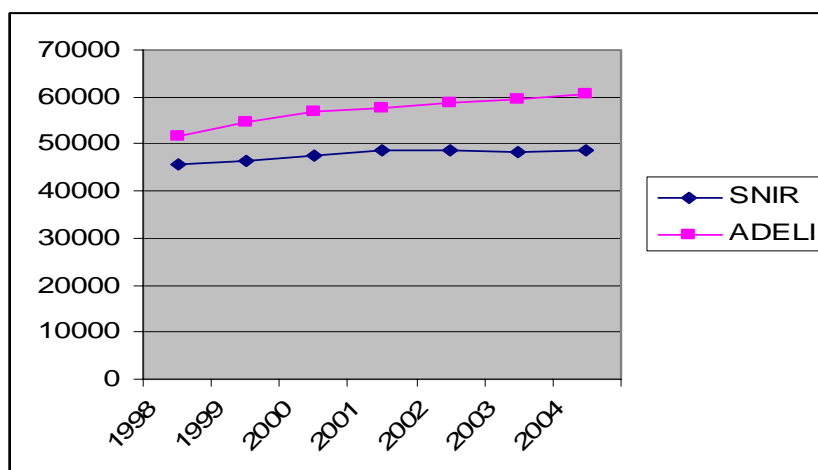
« On cale les effectifs des libéraux (hors remplaçants) sur ceux de la Cnamts pour chaque département. On rajoute aux effectifs de la Cnamts la moyenne des cinq années des remplaçants, en maintenant la structure par département et par âge des effectifs de la Cnamts. Pour les années à venir, on rajoutera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

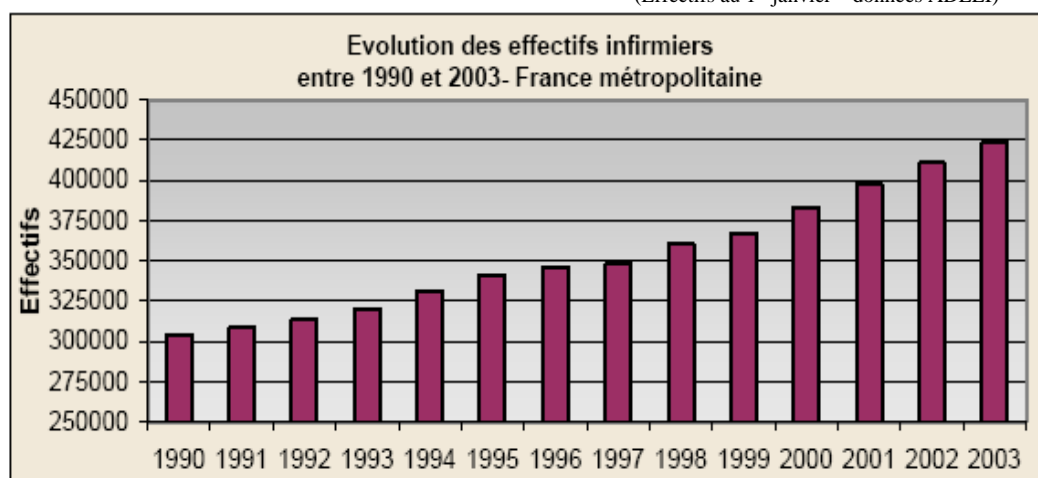


Le taux de croissance annuel entre 2000 et 2004 varie entre 1,57 % pour Adeli et 0,50 % pour le SNIR. Une large part de tels écarts tient à la prise en compte des remplaçantes que seul Adeli comptabilise (en minorant le chiffre très probablement puisque une part de celles qui conservent par ailleurs 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 %.

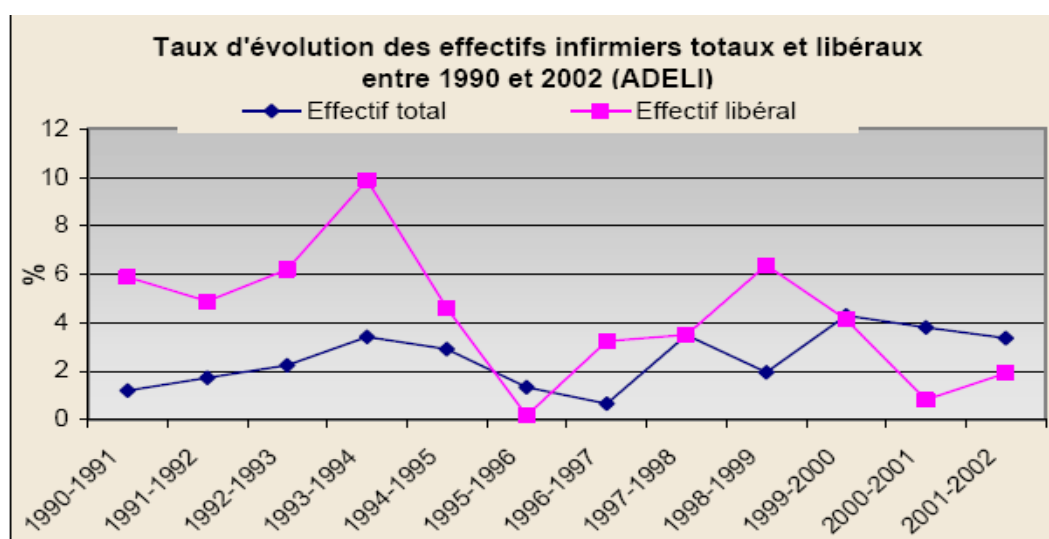
Une telle progression s'inscrit dans un contexte où les infirmières diplômées d'État (IDE) dans leur ensemble voient leur effectif croître sans discontinuer (les infirmières étaient au total environ 150 000 en 1971 contre 423 400 en 2003).

(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.

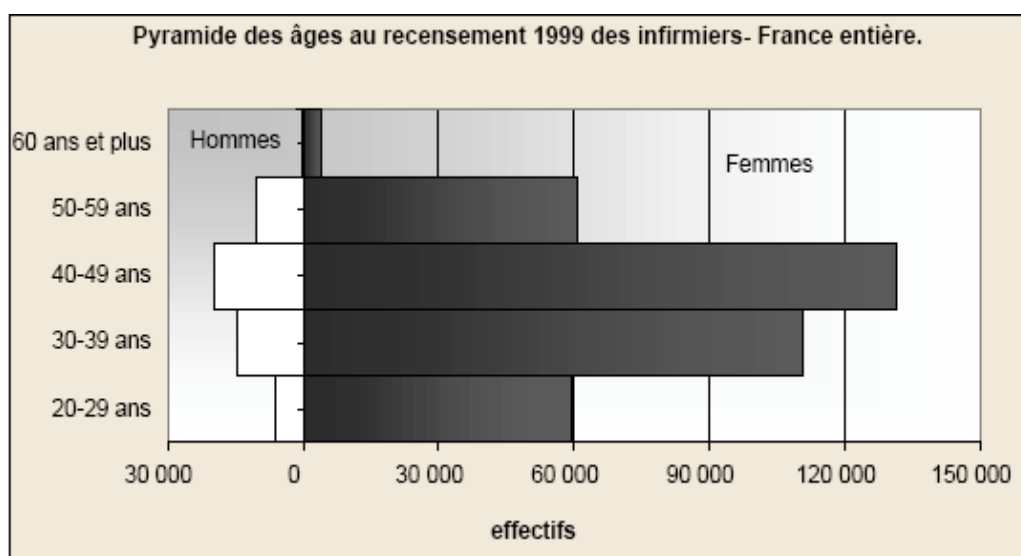
La part des infirmières libérales, par rapport à l'ensemble des infirmières DE, qui était de 11,2 % en 1988 et de 12,5 % en 1992, représentait environ 15 % en 1999. Depuis cette date, on observe de ce point de vue, année après année, un léger tassement.

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

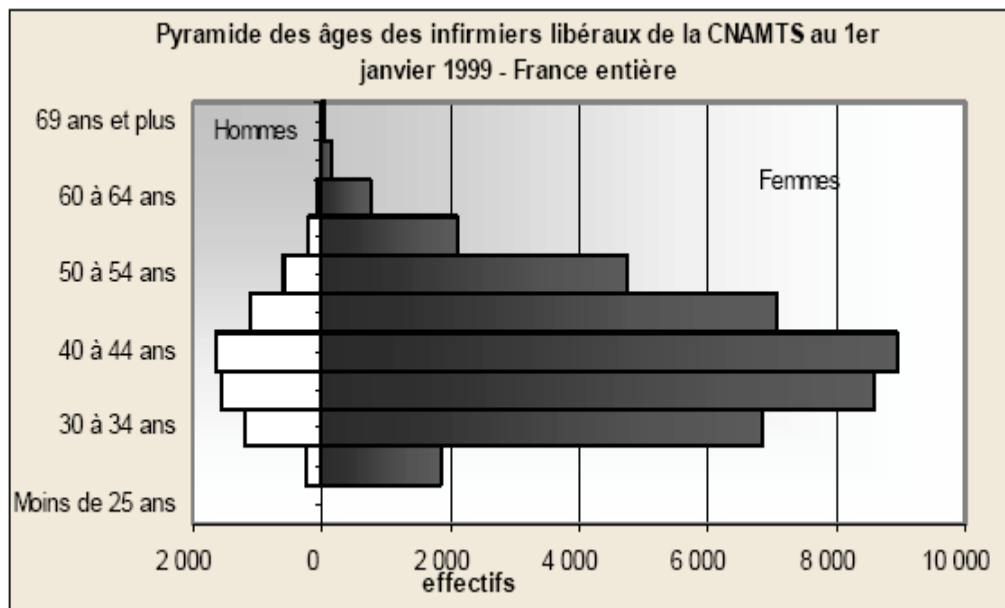
Dans tous les cas, l'affaire est entendue, le métier d'infirmière se conjugue au féminin. C'est vrai pour la profession dans son entier.



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.

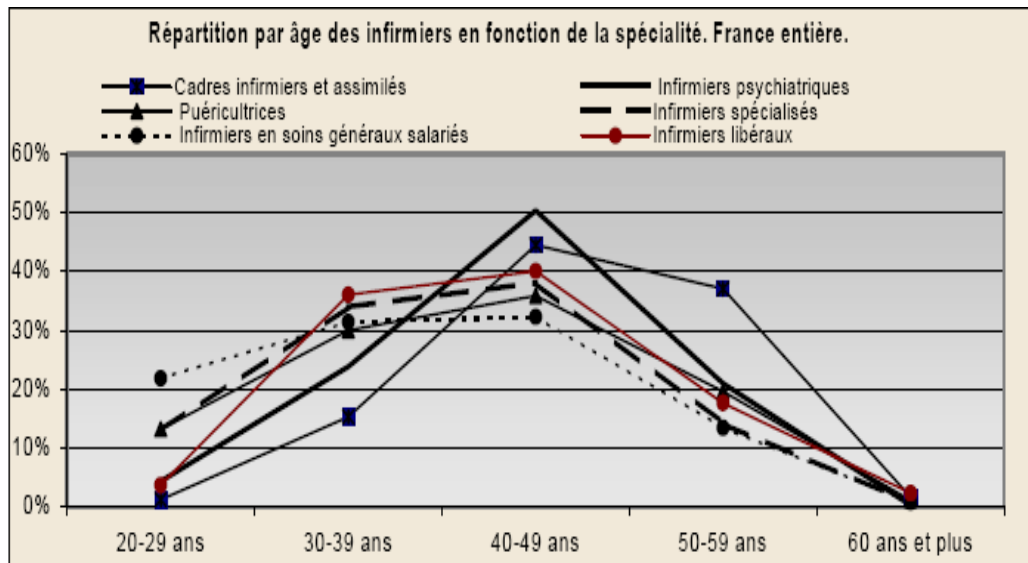
La question de l'âge des infirmières libérales est un sujet extrêmement sensible. Se profilent en effet bien des débats liés au vieillissement tendanciel de la profession et au non remplacement des générations qui partent ou vont partir à la retraite³⁵. Par ailleurs on connaît l'ensemble des représentations, 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.

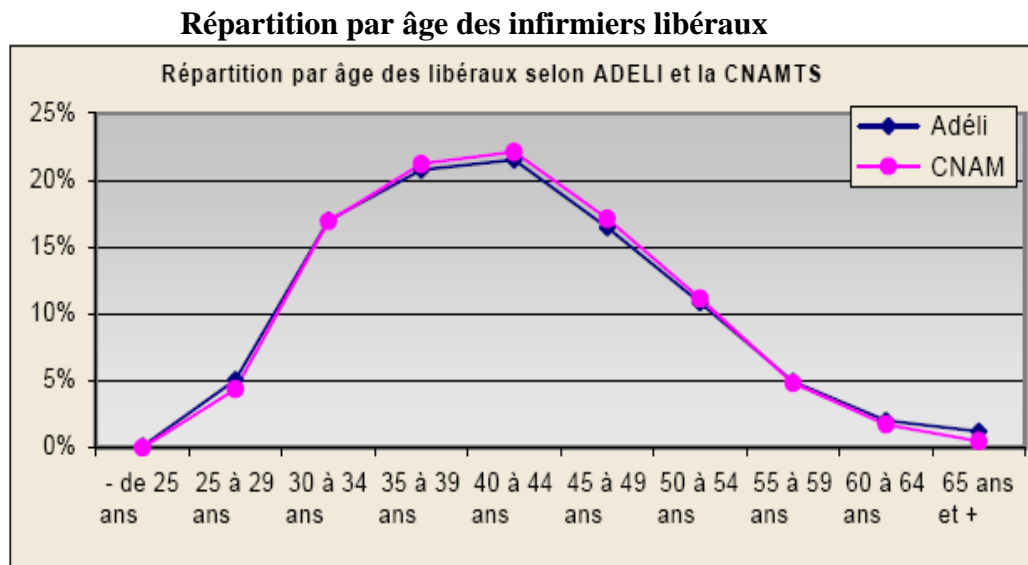
³⁵ L'âge moyen des infirmières DE est passé de 34 ans en 1983 à 42 ans en 2003. Voir le rapport de la Drees, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004*, Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005, p. 201.

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.

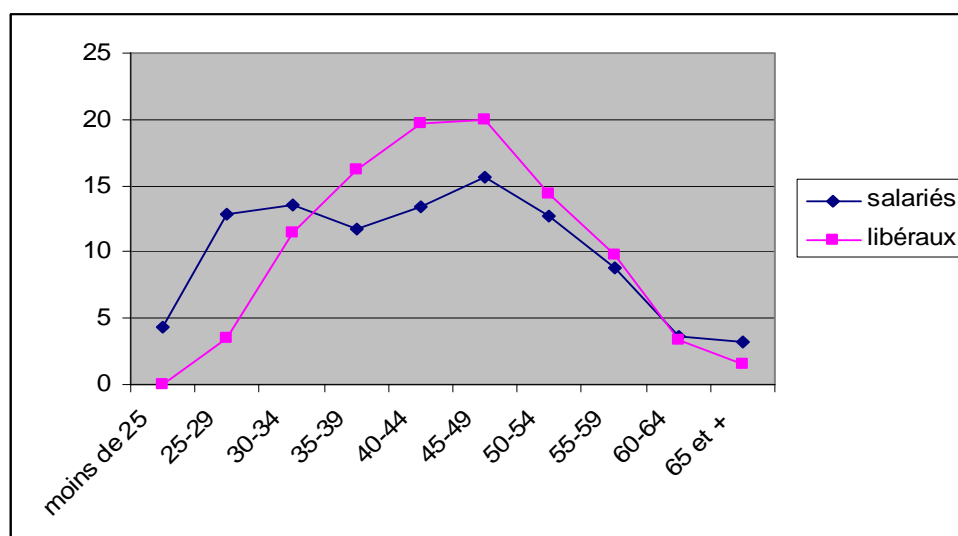


Les données du SNIR et d'Adeli, pour la même année, indiquent un mouvement similaire pour les seules infirmières libérales.



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

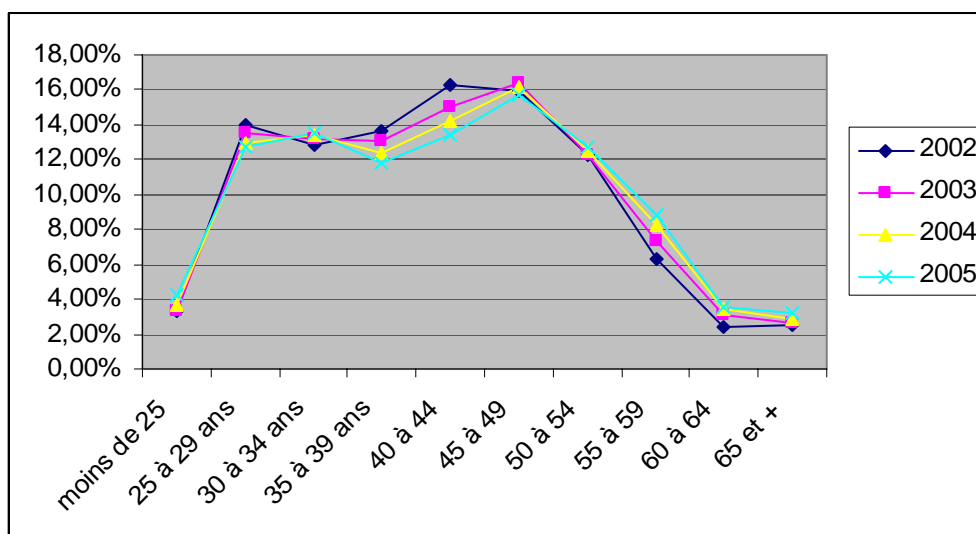


Source : ADELI

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.

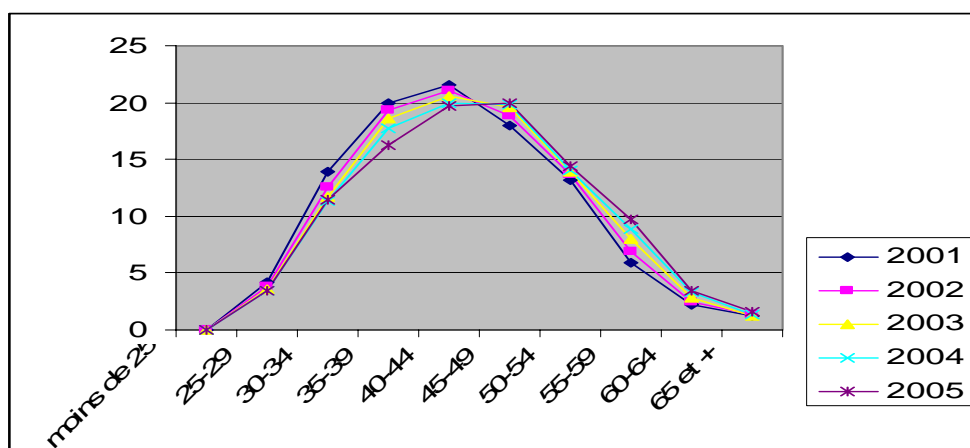
Répartition par tranches d'âge des infirmières salariées entre 2002 et 2005



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.

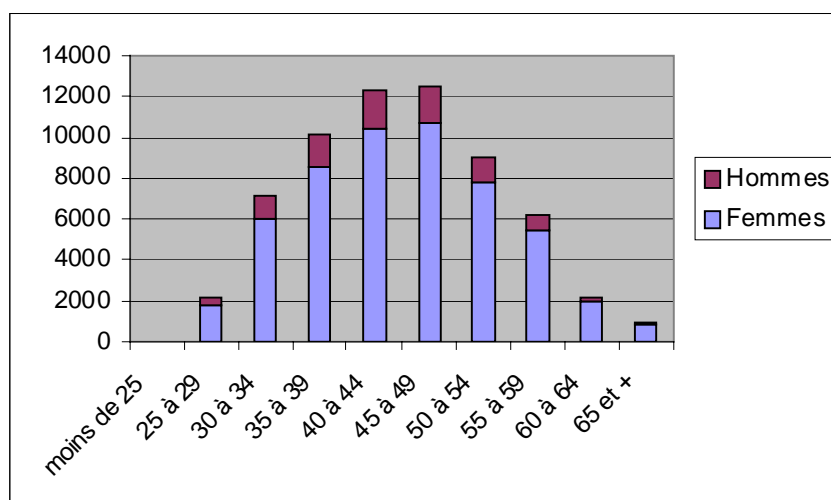
Il est difficile d'interpréter plus avant la diminution régulière de leur proportion selon les tranches d'âges. Plusieurs phénomènes peuvent se superposer en effet, sans toutefois peser de la même manière : ils étaient assurément un peu moins nombreux à opter pour le libéral il y a quelques décennies ; 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 plutôt... »

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'accrochent, 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'allaitais, 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 entrait. 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 pinces, 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’aïlles 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 attermoissements 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 sollicités 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 exercice en libéral dans les Hauts-de-Seine exercice en libéral dans l'Oise exercice en libéral dans le Finistère-Nord	de 1993 à 1994 de 1994 à 1999 de 2000 à 2003 en 2004
- Mme G. 49 ans	exercice en libéral dans le Morbihan exercice en libéral dans le Finistère remplaçante	de juin 1998 à février 1999 de février 1999 à janvier 2000 de septembre 2003 à septembre 2004
- Mme R. 39 ans	exercice en libéral remplaçante	de 1993 à 2003 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 A.P. H. P. (Assistance publique. Hôpitaux de Paris) en disponibilité	de juin 2000 à décembre 2002 de janvier 2003 à décembre 2004 de décembre 2004 à février 2005
- Mme L. 35 ans	A.P. H. P. centre hospitalier en Bretagne service d'aide à domicile en milieu rural	jusqu'à juillet 2003 août et septembre 2003 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 tuberculique, 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 indécrites 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 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.