

Ce que la Dépendance fait au métier d'infirmière libérale.

Ethnographie d'une épreuve de professionnalité¹

Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S.

Par Véronique Feyfant, chercheuse associée au Centre d'Études des Rationalités et des Savoirs



Véronique Feyfant est docteure en sociologie. Sa recherche doctorale a porté sur le métier d'infirmière libérale qu'elle a elle-même exercé sur la période des dix années qui ont précédé son doctorat. Elle est actuellement chercheuse associée au Centre d'Études des Rationalités et des Savoirs, composante du Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires à Toulouse. Elle enseigne la sociologie à l'Université de Toulouse Jean Jaurès.

Résumé :

Qu'est-ce que le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes, vivant à leur domicile, fait au métier d'infirmière libérale ? Les infirmières libérales exercent leur métier avec ce statut libéral qui les contraint en même temps qu'il leur donne la caractéristique majeure de leur professionnalité : l'autodétermination d'une grande partie de leur activité. Cette autodétermination sera mise à l'épreuve lorsque les infirmières devront partager leur travail avec d'autres professionnelles, notamment dans le cadre de l'accompagnement des personnes qu'elles qualifient de dépendantes. Les réponses que les infirmières apportent à ce défi nous révèlent un métier en recomposition qui, en plus d'avoir les caractéristiques du travail sanitaire, endosse celles du travail social. De ce fait, la prise en considération qu'elles font d'éléments contextuels plus larges que ceux mobilisés dans l'évaluation courante de la dépendance nous permet de proposer la notion de dépendance situationnelle.

Qu'est-ce que le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes, vivant à leur domicile, fait au métier d'infirmière libérale ? L'enjeu de cette question est à la fois social, politique et sociologique. L'enjeu social réside dans les solutions que propose une société pour s'occuper de ceux qu'elle qualifie de dépendants. Qui, de professionnels ou de non-professionnels, va aider, soigner, accompagner les personnes qui en ont besoin ? Quelle part de ce travail sera endossée par les infirmières libérales² ? Sur le terrain, comment s'opère

¹ Thèse disponible sur le portail documentaire de l'EN3S.

² Assumant l'entorse faite à la langue française en ne cédant pas à la règle qui veut que le masculin soit neutre, nous avons fait le choix de parler d'infirmière plutôt que d'infirmier. À cela nous donnons deux raisons : d'une part les « infirmières » de sexe masculin ont été rares dans notre enquête (il est même un infirmier qui nous parlera de lui en tant qu'« infirmière »). D'autre part, les hommes sont minoritaires numériquement dans la profession : ils ne représentent que 13 % de l'ensemble des infirmières. De la même façon, et pour les mêmes raisons, nous parlons toujours au féminin des intervenantes à domicile des autres métiers telles que les aides à domicile, ou les aides-soignantes. De façon courante, nous parlons des professionnelles.



concrètement le partage des tâches permettant que les personnes restent vivre à leur domicile ? L'enjeu est aussi politique, et ce à double titre. D'une part les publics dépendants (personnes âgées, personnes en situation de handicap) font l'objet de politiques sociales dans lesquelles la question de l'aide professionnelle est récurrente. D'autre part, les aidants professionnels comptent parmi eux les infirmières libérales qui sont la cible de velléités politiques du contrôle tant de leur démographie que de la nature et du volume de leur activité. L'enjeu est scientifique, enfin, car la question posée en incipit propose d'interroger deux domaines investis par la sociologie : celui de la dépendance et celui des professions et groupes professionnels.

Le travail de recherche présenté ici permet de mettre en évidence le lien entre ces deux domaines d'études sociologiques en montrant leur influence réciproque. D'un côté, les infirmières libérales autodéterminent l'organisation de leur travail et élargissent leur conception de la dépendance à la prise en considération de cette organisation (nous parlerons alors de dépendance situationnelle). D'un autre côté, les situations de dépendance, quand elles font intervenir des professionnels du soin, de l'aide et de l'accompagnement, vont mettre le métier d'infirmière libérale à l'épreuve et le faire évoluer vers un métier aux conceptions et aux pratiques voisines de celles du travail social. La question initiale revient à interroger, dans un premier temps, la professionnalité des infirmières libérales (I) avant d'étudier, dans un deuxième temps, l'expression de cette professionnalité dans les situations de dépendance vécues par les personnes dont les infirmières s'occupent (II).

Encadré méthodologique

Dans le but de décrire des actions en situation avant de mettre en évidence de logiques d'actions et de les analyser, une méthodologie qualitative de type ethnographique fut choisie. Des entretiens furent obtenus auprès de 51 personnes (personnes qualifiées de dépendantes, infirmières libérales, aides à domicile, responsables de centre de soins, aides-soignantes, auxiliaires de vie sociale, membres de la famille,...). Des observations furent menées (soins, réunions, tournées des infirmières,...). L'ensemble des données ont permis de dresser treize monographies. Nos présences répétées aux domiciles, ainsi que la multiplication des moments d'enquête a autorisé l'utilisation de la méthode de l'analyse comparative continue (Strauss, 1992) dans laquelle des allers-retours permanents sont effectués entre terrain et analyse des données. Nous souhaitons, dans une quête de « neutralité », inhérente à notre propre situation d'ancienne praticienne, rester au plus près de ce terrain, le considérer comme le terreau de nouvelles hypothèses, laisser venir à nous ces réflexions, à partir des données recueillies le plus « objectivement » possible.

I- Définir la professionnalité des infirmières libérales

La professionnalité se comprend comme étant le résultat attendu de l'action de professionnels (Demaillly, 2014 : 593). Dans cette définition, Lise Demaillly précise que la professionnalité est « *la résultante du lien socialement construit entre trois phénomènes* » : les ressources des professionnels, les exigences liées à des situations de travail, et enfin la reconnaissance sociale de la mise en adéquation entre les ressources et les situations de travail. Face à des situations de travail, le professionnel engage des réponses, qui peuvent parfois être exceptionnelles, et dont il assurera la régulation, individuellement ou collectivement. La professionnalité peut alors s'étudier en analysant les relations que les professionnels entretiennent entre le contenu de leur travail en situation, la finalité de ce travail, et les moyens entrepris.

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

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



à tour ces différents niveaux, allant de l'histoire de leur groupe professionnel à leur activité quotidienne.

I.1/ Une professionnalité définie par un héritage déterminant et une législation encadrante

En même temps que les porte-paroles syndicaux de la profession prennent le relais de l'OCDE et de l'OMS³ pour insister sur le poids économique que représente l'efficacité de l'activité infirmière libérale, les autorités françaises, en la personne de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé⁴, comme en la personne d'un représentant d'une Agence Régionale de Santé et d'une représentante d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie⁵, incitent les infirmières libérales à plus d'« engagement », de « mise en valeur », voire à « forcer les barrages ». En d'autres termes, les infirmières libérales sont invitées à s'emparer d'une place plus importante dans l'espace des professions de santé et à faire preuve de plus d'autonomie professionnelle. Mais dans le même temps, la Cour des Comptes (2015) dénonce un manque de régulation étatique de la profession et préconise une évolution des activités infirmières libérales vers les « pratiques avancées » qui, sous couvert d'une plus grande spécialisation et donc d'un plus grand prestige, ne font que reproduire la division du travail médical. Les infirmières libérales se trouvent à la croisée d'injonctions étatiques à l'autonomie et de préconisations de la part d'une instance conseillant les autorités étatiques à les maintenir dans une dépendance au travail médical. Cette photographie de la profession est le résultat d'une histoire et d'une situation juridique - puisque les infirmières libérales appartiennent à une profession de santé, qui est, de fait, réglementée. L'histoire de la profession, pour commencer, peut se résumer en une combinaison d'éléments tels que le poids de l'institution hospitalière, une domination masculine (« les médecins après les évêques », selon Petitat, 1989), et la filiation généalogique des médecins qui ont été à l'initiative de la création des infirmières laïques. En créant les infirmières laïques, les médecins ont tiré la leçon de l'expérience de travail avec les religieuses. Ils ont conservé ce qui leur convenait : la soumission, l'obéissance ; ils ont rejeté ce qui ne leur convenait pas : la soumission à Dieu, l'obéissance à l'Ordre. L'héritage religieux est, quant à lui, constitué d'un patrimoine moral : les infirmières laïques doivent présenter les qualités d'honnêteté, de dévouement, de désintéressement, d'absence de vices qui ne sont autres que les vertus morales des religieuses officiant jusque-là auprès des malades. Les infirmières doivent avant tout leur acte de naissance aux médecins, pas aux religieuses. Comme les médecins, les infirmières constituent une profession de santé et en cela s'inscrivent dans la réglementation détaillée dans le Code de Santé Publique. Les infirmières libérales se voient proposer, en plus, une Convention Nationale avec l'assurance

3 OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques. OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

4 Marisol Touraine en 2013, au moment de l'observation menée dans le cadre du 40^{ème} congrès national du Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux.

5 Ces deux personnes étaient présentes et se sont exprimées au 40^{ème} congrès national du Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux.

maladie. Cette Convention, en précisant les prérogatives infirmières, et en délimitant leur territoire d'exercice, fait exister le métier (Douguet et Vilbrod, 2007 : 146). Enfin, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels permet de dresser la liste des actes autorisés parmi lesquels figurent ceux relevant du rôle propre des infirmières, rôle présenté dans le Code de Santé Publique comme étant celui dont relèvent *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes*⁶. Ce rôle propre, qui n'est pas nodal dans les activités infirmières hospitalières (Acker, 1991), est plus largement présent dans l'activité infirmière s'effectuant dans les domiciles. L'arsenal juridique retrouvé dans l'exercice libéral est à la fois contraignant et pourvoyeur d'une liberté permettant aux infirmières libérales d'exercer d'une part des facultés de jugement en évaluant des situations (ce qu'elles auraient pu faire avec encore plus de libéralité si l'histoire ne leur avait pas fait manquer un rendez-vous avec un rôle social plus large en faisant disparaître les infirmières visiteuses d'hygiène sociale à la veille de la seconde Guerre Mondiale), et d'autre part une liberté dans la façon d'organiser le mode de fonctionnement de leurs cabinets. C'est à partir de leurs pratiques professionnelles et des décisions qu'elles sont amenées à prendre quotidiennement que nous proposons d'analyser maintenant la professionnalité des infirmières libérales.

1.2/ Une professionnalité définie par l'activité inhérente au statut libéral

Les particularités de l'exercice libéral avec lequel les infirmières font le choix de travailler sont constitutives de leur métier et participe à la définition de celui-ci plus que ne le fait leur appartenance au groupe professionnel des infirmières : les infirmières libérales se définissent elles-mêmes comme libérales avant de se définir comme infirmières. Leur professionnalité est liée à la manière dont les infirmières libérales organisent leurs cabinets. *Faire unité et pouvoir choisir* sont les mots d'ordre. Cette professionnalité se définit donc par la manière dont les infirmières libérales s'emparent de ce qui leur est autorisé par le statut libéral, c'est-à-dire avec un esprit d'autodétermination de leur activité de soin et d'organisation de leur travail.

Par l'obligation de continuité des soins⁷ qui leur est faite, les infirmières sont contraintes à partager le travail entre collègues d'un même cabinet de façon à assurer un service permanent. Le tour de rôle induit par cette obligation de continuité de soins a pour conséquence d'obliger l'infirmière qui travaille un jour à prendre une décision quant à la nature, l'organisation ou la charge de travail : malgré des conventions établies par les infirmières entre elles, chaque nouvelle sollicitation de soins s'accompagnera d'un questionnement et d'une prise de décision. Dans l'exemple d'un nouveau patient qui contacte le cabinet pour avoir des soins quotidiens qui prennent du temps, toute infirmière se posera les questions suivantes : est-il possible d'admettre ce nouveau patient dans la tournée ? Combien de temps est-il raisonnable de consacrer à ce type de soins ? Ces questions s'imposent d'autant plus que la décision d'accepter un nouveau patient pèsera sur le travail des autres infirmières lorsque viendront leur tour de travailler. Nous aurions pu imaginer un partage paisible entre infirmières puisque chacune subira et fera subir à tour de rôle. L'analyse du fonctionnement des cabinets d'infirmières libérales laisse voir, en

6 Article R. 4311-3 du Code de Santé Publique.

7 Article R4312-30 du Code de Santé Publique.



effet, une volonté de cohésion de l'équipe. Et dans le même temps, des moments de tensions, de crises, voire de conflits ouverts entre infirmières ont été relatés. C'est alors qu'intervient un travail de régulation, menés dans le cadre d'interactions. Facteurs de cohésion et facteurs de régulation cohabitent et nous amènent à qualifier les cabinets d'infirmières libérales de collectifs en recherche d'équilibre permanent car en menace perpétuelle de déséquilibre. Par ce travail de cohésion – régulation, elles travaillent à l'unité de leur cabinet.

Les facteurs de cohésion sont des situations créées par les infirmières qui font l'objet de négociations. Nous présentons ici quatre de ces facteurs. Le *partage du temps de travail* est le premier d'entre eux. Établir les plannings fait l'objet d'un accord. Chacune des infirmières fait valoir ses droits à travailler selon le volume de jours par mois convenu avec ses collègues, en même temps qu'elle fait valoir ses droits à ne pas travailler les jours qui ne lui conviennent pas. Le fait de se réunir, de discuter, de trouver des compromis, constitue une pratique organisationnelle permettant la cohésion du groupe. Cette pratique est l'expression d'une autonomie au sens strict du terme. En effet, ce sont les infirmières qui déterminent entre elles les normes à partir desquelles seront définies les règles de fonctionnement interne. Le *partage du travail administratif* permet la cohésion du groupe en ce sens qu'il répartit un travail pouvant être vécu comme contraignant (facturation des soins, gestion du cabinet, ...). L'organisation trouvée par chaque cabinet à ce propos souligne à la fois leur autonomie (leur faculté à autodéterminer leurs propres normes) et la liberté de manœuvre dont elles jouissent (puisqu'aucune instance de contrôle ne vient juger leurs choix). La *règle d'or du partage équitable du travail* est le troisième facteur de cohésion que nous avons identifié. Les soins effectués de façon hebdomadaire ou pluri hebdomadaire sont planifiés de façon à répartir la charge de travail sur l'ensemble des jours de la semaine. La *règle d'or* consiste à ne pas laisser le travail prévu un jour à sa collègue qui travaillera le lendemain. Elle est le résultat de négociations tacites : chacune s'arrangera pour que les soins soient effectués comme ils ont été prévus collectivement. Le quatrième et dernier facteur de cohésion que nous présenterons ici est la tenue d'un discours commun qui agit comme un ciment : les infirmières jugent que le regard que les personnes extérieures portent sur l'équipe infirmière la fait tenir en tant qu'unité⁸. Ainsi, si des différences de pratiques sont relevées par des observateurs extérieurs, et qu'ils en font la remarque aux infirmières, la réaction de celles-ci confirme alors la règle du groupe qui est de ne pas montrer à l'extérieur (du groupe constitué par les infirmières) les dissensions ou désaccords existant à l'intérieur. Pour le dire autrement, les infirmières peuvent être en désaccord entre elles et avoir des points de vue différents tant que ces différences ne sortent pas du groupe qu'elles constituent, tant qu'elles peuvent tenir un discours uniforme face à l'extérieur. Elles peuvent également avoir des pratiques différentes, malgré une recherche apparente de consensus à l'intérieur du groupe, tant que ces différences de pratiques, visibles à l'extérieur, s'expriment à l'intérieur de relations individualisées entre infirmières et patients. L'individualisation

8 Il peut s'agir du regard porté par des patients, comme du regard porté par les différents partenaires professionnels avec lesquels les infirmières sont en relations régulières.

des relations se retrouvent également entre infirmières et médecins avec lesquels celles-là travaillent régulièrement. En guise de conclusion, nous pouvons dire qu'un cabinet d'infirmières libérales trouve sa cohésion sur le mode de l'ordre négocié.

Nous relevons donc deux premières caractéristiques de l'exercice libéral des soins infirmiers : d'une part l'existence de pratiques différenciées qui se déroulent à l'intérieur d'un collectif lui-même à la recherche d'une image unifiée, d'autre part l'existence de pratiques différenciées qui sont sources de relations personnalisées.

Pratiques différenciées et relations personnalisées sont l'expression d'individualités. Notre question est de savoir comment l'expression de ces individualités, lorsqu'elles sont discordantes, est régulée à l'intérieur du collectif infirmier de façon à ce que se poursuive l'activité de ce collectif. Le travail de régulation des individualités discordantes se fait entre infirmières, dans le cadre d'interactions au cours desquelles se donne à voir un travail d'imposition de statut des unes envers les autres (Strauss, 1992). Plusieurs facteurs individuels permettant une imposition de statut ont été identifiés. Il peut s'agir par exemple de l'ancienneté dans le cabinet, d'une spécialisation reconnue dans un domaine (notamment par l'obtention d'un DU⁹), du volume de jours travaillés (la parole de celle qui travaille plus souvent aura plus de poids que celle qui travaille moins de jours par mois), ou encore de l'investissement personnel dans le cabinet (selon qu'une infirmière en est la fondatrice ou bien qu'elle ne travaille dans ce cabinet que par opportunité, son investissement variera).

Une troisième caractéristique du travail infirmier libéral est donc la régulation des individualités.

Ce travail de régulation peut également s'appliquer à des facteurs non-humains tels que le temps, c'est-à-dire un facteur externe censé structurer l'activité des infirmières libérales. En effet, le temps est évoqué de façon continue par les infirmières car il façonne la pratique infirmière. Chaque soin est pensé par la durée nécessaire à son exécution. Cette durée permettra de planifier les soins les uns en fonction des autres, et donc d'organiser la journée de travail. La vitesse d'exécution des soins sera modulée en fonction de la planification prévue : les infirmières accélèrent lorsqu'elles sont en retard et ralentissent lorsqu'elles sont en avance. Mais s'il est vrai que le temps façonne les pratiques, il est tout aussi vrai que les pratiques professionnelles façonnent à leur tour le cadre temporel. Cela est vrai au niveau collectif (il y a la pratique d'établir ensemble un planning de travail, de s'entendre sur la façon de construire une tournée, ...) ou individuel (raisons personnelles, souvent familiales, de commencer tôt et de finir tôt sa tournée). L'autonomie et l'autocontrôle que l'on peut concéder aux infirmières libérales lorsqu'elles se dictent leurs propres horaires et maîtrisent les temps passés en soins relèvent d'une forme d'« autonomie collective » dans lesquelles les normes individuelles s'expriment (de façon contraintes et limitées, mais s'expriment tout de même) dans le cadre de normes collectivement construites et de normes socialement acceptées. C'est ainsi que les infirmières libérales ne subissent pas passivement l'effet structurant du facteur temps. La quatrième caractéristique de l'activité professionnelle infirmière ici démontrée est que les infirmières libérales gardent la main, collectivement, sur des facteurs externes censés les structurer.

Une cinquième et dernière caractéristique apparaît dans cette étude : les infirmières libérales

9 Diplôme Universitaire (en cicatrisation des plaies, ou en gériologie par exemple).



se donnent les moyens de sélectionner les soins et les bénéficiaires de ces soins. Alors même que les patients ont le libre choix des praticiens¹⁰ et doivent désigner lesquels interviendront chez eux, nous avons pu observer que les infirmières élaborent des critères leur permettant d'honorer ou non les demandes qui leur sont faites : elles établissent les limites d'un secteur géographique qu'elles définissent elles-mêmes et qui changent au gré de l'évolution de l'activité du cabinet, elles définissent la « complexité » de la situation de la personne en fonction de critères sociaux, familiaux ou matériels liés à l'habitat, ... Ces éléments sont autant d'arguments pour refuser d'intervenir chez certaines personnes. Mais la nature du soin demandée, l'activité du moment dans le cabinet (forte ou faible), la valeur monétaire du soin demandé, sa valeur symbolique, la possibilité ou non de pouvoir se faire aider par des auxiliaires de vie sociale par exemple vont aussi peser dans la décision infirmière de répondre favorablement ou non à la demande d'un patient de venir effectuer des soins chez lui. En sélectionnant, les infirmières se donnent la liberté d'orienter la nature de l'activité de leur cabinet. Elles donnent ainsi un profil à leur métier.

Les cadres historiques et juridiques du métier d'infirmière libérale sont donc à comprendre comme présentant les limites d'un espace qui offre des possibilités d'expression de pratiques professionnelles et non comme un déterminant de ces pratiques. L'ensemble des caractéristiques inventoriées ci-dessus - l'auto-organisation du travail, la régulation collective interne d'individualités et de pratiques différenciées, la construction de relations personnalisées, le fait de garder la main sur un facteur censément structurant tel que le temps, l'établissement de critères de sélection permettant d'orienter la nature et le volume de l'activité - se résument en un mot qui permet de définir la professionnalité des infirmières libérales : l'autodétermination.

L'autodétermination est le maître-mot pour définir le métier d'infirmière libérale. Il est maintenant temps de répondre à notre questionnement : qu'est-ce que le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes, vivant à domicile, fait au métier d'infirmière libérale ?

II- La professionnalité des infirmières libérales éprouvée : quelles réponses ?

Avant d'examiner en quoi le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes constitue une épreuve pour la professionnalité des infirmières libérales et de préciser la notion d'épreuve de professionnalité, nous souhaitons justifier l'usage de la locution « personnes qualifiées de dépendantes ». Dans cette recherche, la dépendance a été considérée comme un contexte dans lequel s'expriment des métiers. Toutefois, considérer la dépendance comme un contexte ne signifie pas la réifier. Nous choisissons de ne pas partir des conceptions de la dépendance qui font débat (paradigme biomédical versus fondement de la

10 Article L1110-8 du Code de Santé Publique.

cohésion sociale) et laissons les acteurs enquêtés la définir. La dépendance sera donc celle que les infirmières libérales qualifient comme telle. C'est pourquoi, au cours de ce travail, nous ne parlerons pas des personnes dépendantes mais des personnes qualifiées de dépendantes. Nous considérons que la dépendance n'est pas un état mais bien plutôt un qualificatif attribué par les rédacteurs des politiques publiques, largement repris dans les milieux professionnels de santé et médico-sociaux, mais aussi dans le langage commun. Les personnes qualifiées de dépendantes dans cette recherche le sont par les infirmières enquêtées.

Réfléchir à partir de la notion d'épreuve revient à interroger la part d'incertitude avec laquelle les professionnelles doivent composer pour travailler, prendre des décisions, et assumer les conséquences de ces décisions. L'épreuve est ici comprise comme un défi (Martucelli, 2006, 2015). Le système de soins et de services variés qui se met en place à domicile autour des personnes qualifiées de dépendantes forme un espace de rencontres « obligé » (Cresson et al, 2003). Ces rencontres contraintes permettent d'établir des relations mais mettent également les professionnels au défi de « travailler ensemble », dans des situations variées, quelquefois sur un temps long. Un défi se pose alors à l'autodétermination des infirmières libérales. Dans les situations de travail liées à la dépendance, que devient cette autodétermination ?

Nous étudierons comment les infirmières libérales relèvent le défi à travers les réponses qu'elles apportent à trois niveaux d'actions liés : les activités (pratiques professionnelles), les relations interprofessionnelles et les environnements (domicile, territoire géographique).

II.1/ Sortir des modèles de pensée

Commençons par une pratique professionnelle couramment observée : la toilette, quelquefois appelée soin d'hygiène. Cette pratique cristallise des enjeux de territoires professionnels. Elle permet donc d'analyser comment la professionnalité des infirmières libérales est éprouvée. En effet, d'autres métiers que celui d'infirmière libérale peuvent prétendre effectuer ce soin ; les métiers d'aide-soignante ou d'auxiliaire de vie sociale par exemple. Les infirmières libérales qui effectuent ce soin le font après avoir analysé la situation de la personne, à la demande d'un médecin, et juger que ce soin leur revenait (de par sa technicité, de par les risques qu'encourent la personne, ...). Mais à travers le travail d'analyse des situations que font les infirmières et à travers les décisions qu'elles prennent, les relations avec l'ensemble des professionnels concernés se trouvent affectées. Les infirmières justifient leurs actes à partir de modèles de pensée appris lors de leur formation initiale. Elles disposent de deux modèles de conception de l'être humain : d'un côté le modèle biomédical qui conçoit l'être humain comme un ensemble biologique en état d'équilibre que la maladie vient perturber, dans lequel l'homme est un individu biologique ; d'un autre côté le modèle holistique qui considère l'être humain comme formé de différentes composantes imbriquées (biologique, psychologique, sociale, culturelle, économique, ...). C'est à partir de ce dernier modèle que se sont construites les théories de soins infirmiers qui vont modeler les pratiques infirmières. En créant un outil d'analyse de la situation d'une personne¹¹, les infirmières se détachent de l'emprise médicale

¹¹ Il s'agit de la démarche de soins infirmiers, connue par l'ensemble de la profession. En libéral, cette démarche de soins a été formalisée sous la forme d'un document CERFA qui sert à analyser la situation et à transmettre aux caisses d'assurances maladie le résultat de cette analyse.



et permettent que leur soit reconnu un rôle autre que médicalement prescrit. C'est d'ailleurs en mobilisant ce modèle qu'une des infirmières étudiées explique le fait d'avoir transgressé une prescription médicale (au motif qu'elle connaissait ce patient mieux que le médecin, dans plus de dimensions que strictement biologique et médicale) et opère par conséquent une extension de son territoire professionnel en direction de celui du médecin. Par ailleurs, en jonglant avec l'un ou l'autre des modèles, les infirmières confortent des relations d'autorité. Ainsi, face aux aides-soignantes (professions paramédicales), les infirmières mobilisent le modèle biomédical pour souligner leur proximité avec les médecins, alors que face aux auxiliaires de vie sociale, elles vont plutôt mobiliser le modèle holistique de façon à se placer sur un registre commun avec ces professionnelles, celui d'un être humain considéré dans ses multiples dimensions (psychologique, sociale, culturelle, ...). Les infirmières libérales iront même plus loin. En effet, face à ces éventuelles concurrentes que représentent les auxiliaires de vie sociale, les infirmières vivent une épreuve de professionnalité : elles modifient leur façon de voir et de faire les choses sans avoir la certitude que les décisions qu'elles prennent sont ajustées. En l'occurrence, elles se décentrent des deux modèles de pensée qui structurent leur activité et intègrent les auxiliaires de vie sociale dans leur analyse de la situation. Elles les intègrent à deux niveaux : d'une part en tenant compte de leur présence comme facteur décisionnel du fait de garder ou de déléguer le soin, et d'autre part en transformant d'éventuelles concurrentes en partenaires de soins, sur lesquelles elles pourront exercer une relation d'autorité.

II.2/ Échanger le *sale boulot*

La notion de *sale boulot* chez Everett Hughes (1996) renvoie au fait que toute activité professionnelle, même parmi les plus prestigieuses, comporte une partie non valorisante, volontiers cachée, qu'il nomme « dirty work ». Chez cet auteur, il y a donc hiérarchisation des tâches à l'intérieur d'une catégorie professionnelle, ou hiérarchisation des professionnels entre ceux qui exécutent et ceux qui n'exécutent pas ce *sale boulot*. À domicile, la distribution des tâches relevant de ce *sale boulot* ne suit pas un déplacement linéaire superposable à la position hiérarchique des professions mais est plutôt le résultat d'arrangements, tacites ou explicites. La toilette fait partie de ces actes pouvant être qualifiés de *sale boulot*, mais il en existe d'autres : lever, coucher, prise de repas... Ces différents *sales boulots* ne sont pas toujours dévalorisés par les infirmières libérales. Faire une toilette peut être valorisée parce qu'elle est source d'informations précieuses (en donnant un accès visuel à l'état de la peau, elle permet une évaluation de l'état nutritionnel de la personne). Mais surtout, les *sales boulots* ne sont pas dévalorisés tant qu'ils peuvent être échangés avec d'autres professionnelles. En effet, les différentes tâches attribuées à chaque métier intervenant à domicile peuvent glisser d'un métier à l'autre (des aides à domicile peuvent se retrouver à laver les pieds d'une

personne alors que les infirmières installeront cette personne à table). Dès que les échanges entre professionnelles cessent, le *sale boulot* reprend sa connotation péjorative. Cet exemple met en évidence que ce qui importe les infirmières libérales n'est pas tant le partage du travail que l'échange : la relation avec les autres professionnelles peut modifier le profil du métier. Échanger le *sale boulot* revient à déterminer le profil de leur métier en tenant compte d'autres professionnelles.

II.3/ Accepter une hétéronomie décisionnelle

Les toilettes peuvent être effectuées par trois types de personnel : soit du personnel social (l'auxiliaire de vie sociale ou l'aide à domicile), soit du personnel dépendant d'un service médico-social (l'aide-soignante), soit encore par les infirmières libérales elles-mêmes. Il revient aux infirmières libérales de prescrire qui fera la toilette considérée. Cela relève de leur rôle propre. Pour les aider dans leur prise de décision de prescription de toilettes, les infirmières libérales disposent d'un outil déjà évoqué, la Démarche de Soins Infirmiers (DSI). Ce document organise le recueil d'informations concernant une personne, afin de permettre l'analyse de sa situation et de prescrire la prise en charge la plus adaptée. Le scénario paraît simple : le médecin, averti de la situation de perte d'autonomie d'une personne prescrit une DSI. L'infirmière, informée de la prescription médicale, se rend au domicile de cette personne afin de recueillir les informations nécessaires à l'analyse de la situation, et de prescrire à son tour quelle professionnelle interviendra (du secteur sanitaire ou social), pour quel type d'acte (toilette ou aide à la toilette), avec quel volume horaire et à quelle fréquence. Le recueil de données examine les différentes dimensions de l'être humain considérées dans le modèle holistique. L'expertise infirmière est censée être centrée sur la personne. Or, cette recherche montre que la prescription de toilette peut être aliénée, entre autres, par du personnel hospitalier (qui impose aux infirmières libérales d'intervenir comme condition nécessaire au retour à domicile de la personne), par des familles (qui choisissent de faire intervenir des aides-soignantes), par des auxiliaires de vie sociales (qui décident de mettre en place une aide à la toilette), par les personnes qualifiées de dépendantes elles-mêmes (qui négocient avec les infirmières la poursuite de leur intervention). Les infirmières répondent à des demandes nées d'expertises faites par d'autres, à l'extérieur de leur cabinet infirmier. Elles acceptent l'hétéronomie de la décision et ajustent leur relation, de soins ou d'autorité. Ces exemples illustrent le fait que leur volonté de poursuivre la relation, ou encore de *tenir le lien* comme il est dit à propos du travail social, gouverne leur attitude et leur impose un travail d'ajustement permanent.

II.4/ Opérer une « domesticisation » des pratiques professionnelles

Ce travail d'ajustement se poursuit dans la façon d'occuper l'espace de travail très particulier qu'est un domicile. Cet environnement matériel, qui est avant tout un lieu d'intimité, devient un lieu de travail et d'installation de professionnelles (en y important du matériel de soins par exemple). Ce faisant, le domicile opère sur la professionnalité des infirmières en favorisant une « domesticisation » de leurs pratiques professionnelles. La réorganisation de l'espace



nécessaire au déroulement des soins a souvent fait parler de médicalisation du domicile. Or, nous observons plutôt une « domesticisation » des pratiques professionnelles infirmières¹². L'intérêt porté au linge personnel (en l'économisant par exemple), ou encore le fait d'être attentif aux modifications des lieux deviennent le quotidien de professionnelles qui travaillent dans des domiciles dans lesquels d'autres professionnelles interviennent. Par ailleurs, la question se pose de la capacité des infirmières libérales à respecter ou à adapter les règles d'asepsie acquises à l'hôpital, au cours de leur formation initiale, dans cet environnement qu'est le domicile. Les entretiens informels qui se sont déroulés après des moments d'observation reprennent le fait que les infirmières libérales ne suivent pas ces règles à la lettre. Les justifications infirmières de cet écart à la norme sont fondées sur un discours infirmier catégorisant le domicile comme un lieu qui ne serait pas dangereux, à l'inverse de l'hôpital qui contient de multiples germes pathogènes. Les infirmières justifient leur dérogation aux règles d'asepsie par le discours selon lequel la personne qualifiée de dépendante est habituée aux germes présents à son domicile, et qu'ils ne représentent donc pas un danger pour elle. Les infirmières ne tiennent pas compte des directives¹³ les enjoignant à la prudence en matière du risque de contaminations qu'elles représentent elles-mêmes en allant d'un domicile à l'autre par exemple. Le fait d'être dans un domicile, donc dans un lieu privé, paraît « immuniser » ces infirmières et les rendre imperméables à toute transmission de germes. Le domicile des personnes qualifiées de dépendantes agit sur les infirmières comme une bulle, un territoire aux frontières impénétrables, même par les germes. Mais au-delà de la considération du domicile comme un lieu privilégié, protégé, c'est la question du décentrement des normes professionnelles qui est mise en évidence ici. À domicile, les infirmières libérales créent un nouveau système normatif en matière d'hygiène de l'environnement. L'hygiène devient plus ménagère qu'hospitalière.

II.5/ Se laisser déposséder de son autodétermination en participant à un entre soi pluri professionnel

En définissant leur territoire géographique d'intervention, les infirmières libérales font preuve d'autodétermination : elles tentent de se rapprocher d'un équilibre souhaité entre une activité (volume, nature) et des temps de déplacements (contraintes géographiques). Mais une fois ce territoire déterminé, celui-ci va

12 Nous préférons le néologisme « domesticisation » au terme de « domestication ». La première raison est que le suffixe « isation » permet la symétrie avec la « médical-isation », notion sur laquelle nous nous sommes appuyée, et dont nous nous détachons pour interpréter nos données. La seconde raison est que la domestication, même si elle définit, entre autre, un phénomène que l'on peut observer ici, à savoir l'acquisition de caractères comportementaux nouveaux résultant d'une interaction prolongée, contient aussi l'idée d'un contrôle de la part des communautés humaines qui domestiquent les autres, c'est-à-dire une domestication des infirmières par les personnes qualifiées de dépendantes. Ce n'est pas l'idée développée ici : nous resterons sur ce que le « domestique », compris comme un lieu mêlant intime et social, avec ses caractéristiques physiques, peut faire au métier d'infirmière, et non à ce qu'il peut faire comme lieu de « dressage » dans un but d'exploitation.

13 Les textes réglementaires de la profession infirmière (Code de Santé Publique) s'appliquent aux domiciles dans lesquels les mesures de sécurité du patient doivent être assurées comme en institution. L'absence ou l'insuffisance de données épidémiologiques concernant les transmissions de germes liées aux soins s'accompagnent d'une banalisation du risque.

devenir à son tour structurant de leur activité par l'effet des services qu'il propose et qui interfèrent dans l'activité infirmière. Les infirmières libérales mettent en place un jeu interactionnel avec des professionnels médicaux, paramédicaux, ou encore avec les intervenantes du travail du social avec qui elles sont amenées à composer. Les jeux interactionnels se déroulent à l'intérieur des domiciles mais également, de façon plus large, dans un environnement institutionnel. En effet, des structures implantées sur ce territoire géographique interviennent également dans les domiciles, et les infirmières libérales sont en relation avec ces structures pour partager le travail. Il s'agit essentiellement des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) ou des Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile (SAAD). Or le partage du travail ne se décide pas seulement au cours de l'action, à l'intérieur des domiciles, comme nous avons pu le voir jusqu'à maintenant. Il est aussi le résultat des interactions entre les infirmières libérales et les responsables de ces structures. Ces dernières régulent les interactions entre leur personnel et les infirmières libérales en mettant en place des temps de rencontres et d'échanges, en gardant la main sur ces moments (organisation et animation), ou encore en se plaçant comme intermédiaire dans la circulation téléphonique des informations entre les différentes professionnelles. Cette régulation permet de créer des normes communes, voire un savoir collectif de travail, auprès des personnes qualifiées de dépendantes. En d'autres termes, elle permet de mettre en place un *entre soi*. En participant à cet *entre soi*, les infirmières libérales se laissent déposséder de quelques prérogatives liées à leur statut libéral, notamment celle de choisir et d'autodéterminer leur travail. En effet, les responsables de ces services peuvent aller jusqu'à réguler l'activité des infirmières en proposant des ressources, en négociant, voire en imposant des décisions. Les relations que les infirmières libérales entretiennent avec les Services de Soins Infirmiers à Domicile et les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile leur permettent de manœuvrer autour de leur territoire professionnel : le garder, en céder une partie, négocier pour cela. Les relations que les infirmières libérales ont avec ces interlocutrices extérieures structurent leur rapport au travail tel qu'il a été convenu et organisé au sein de leur cabinet. L'autodétermination de leur activité est éprouvée.

III- Conclusions : Un métier sanitaire qui s'ouvre au travail social et une dépendance qui devient situationnelle

Les infirmières libérales, dont les activités reposent sur l'autodétermination de la nature et de l'organisation de leur travail, recomposent leur métier lorsqu'elles travaillent auprès des personnes qualifiées de dépendantes. Ainsi, elles adaptent leurs modes de pensée aux situations de travail qui les mettent en contact avec des professionnelles ne relevant pas de la sphère sanitaire ; elles acceptent d'échanger le *sale boulot*, de participer à la création d'un *entre soi* pluri professionnel, et vont jusqu'à accepter d'être dépossédées de leur autonomie décisionnelle dans le but de maintenir les liens avec leur environnement de travail ; elles opèrent par ailleurs une « domesticisation » de leurs pratiques professionnelles.

Une telle recomposition montre une évolution du métier d'infirmière libérale vers les métiers du social. Cette conclusion, issue d'observations faites sur le terrain, montre l'enjeu social des soins apportés aux personnes qualifiées de dépendantes : le partage des tâches ne s'opère



pas selon les diplômes des professionnelles mais selon les situations. Ce qui, dans un deuxième temps, permet de prendre la mesure de l'enjeu qu'une meilleure connaissance d'un métier visé par les réformes du système de santé peut apporter en matière de décision politique.

Par ailleurs, la démonstration de cette recomposition alimente le débat sociologique sur les professions et permet de soutenir une théorie interactionnelle de la dynamique des professions : le jeu interactionnel entre les acteurs fait bouger le contenu et les limites de la profession.

La deuxième grande conclusion porte sur la notion de « dépendance situationnelle ». Si ailleurs la dépendance s'évalue par l'adéquation entre des besoins identifiés et des réponses proposées¹⁴, ici, nous mettons en évidence que cette dépendance varie selon des critères que les infirmières prendront en considération et qui concernent autant l'organisation de leur travail, le fonctionnement de leur cabinet que les besoins de la personne. Ce résultat nourrit une conclusion sociologique déjà connue selon laquelle la dépendance est une construction sociale. Au-delà de cette dernière conclusion, nous avons mis en évidence que, par les réponses qu'elles apportent, les infirmières libérales qualifient la dépendance : leur travail devient constitutif des politiques sociales de la dépendance. On est alors en droit de s'interroger sur l'ipséité de la dépendance en retournant notre question initiale et en se demandant : qu'est-ce que les infirmières libérales font à la dépendance ?

Bibliographie

Cour des Comptes, 2015, *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Septembre 2015, www.ccomptes.fr, 765 p.

Demailly Lise, 2014, « Professionnalité », in Zawieja P. et Guarnieri F. (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Éditions du Seuil, 593-595.

Douquet Florence, Vibrod Alain, 2007, *Le métier d'infirmière libérale. Portrait sociologique d'une profession en pleine mutation*, Paris, Seli Arslan.

Hughes Everett C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulié, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

¹⁴ Voir grille AGGIR.

Martucelli Danilo, 2015, « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », *Sociologie* 2015/1 (Vol. 6), 43-60.

Martucelli Danilo, 2006, *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Éditions Armand Colin.

Petitot André, 1989, *Les infirmières, de la vocation à la profession*, Montréal, Boréal.

Strauss Anselm Leonard, 1992 [1989], *Miroirs et Masques*, Paris, Éditions Métailié

Strauss Anselm Leonard, Corbin Juliet, 2003, « L'analyse de données selon la Grounded Theory. Procédures de codage et critères d'évaluation » [Traduction par Daniel Cefaï], in Cefaï Daniel, *L'enquête de terrain*, Paris, Éditions La Découverte : 363-379.

Strauss Anselm, 1992, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan.