

Pratiques paramédicales en soins primaires

Étude qualitative auprès d'infirmières,
d'aides-soignantes et d'aides à domicile

Matti Suchier

Lucie Michel

Irdes

Remerciements

Nous remercions chaleureusement l'ensemble des professionnel·les qui ont accepté de participer à cette enquête, pour le temps et l'intérêt qu'ils et elles nous ont accordés dans une période pourtant difficile de crise sanitaire.

Merci aussi à Cécile Fournier pour son suivi tout au long de l'enquête, ses remarques et sa relecture précise et très aidante, ainsi qu'à Anne Evans, pour sa relecture et ses conseils éditoriaux.

Nous remercions Laëtitia Roux pour son travail de retranscription d'une grande qualité.

Enfin, nous tenons à remercier le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), et tout particulièrement Nathalie Fourcade et Sandrine Danet, pour la confiance qu'elles nous ont témoignée tout au long de ce projet de recherche ainsi que pour les échanges mis en place au cours de l'enquête.



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
117bis, rue Manin 75019 Paris • www.irdes.fr • Tél. : 01 53 93 43 06 • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication** : Denis Raynaud • **Éditrice** : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek
- **Maquettiste-infographiste** : Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec
- **Diffusion** : Suzanne Chriqui • **Dépôt légal** : novembre 2021
- **ISBN papier** : 978-2-87812-563-4 • **ISBN PDF** : 978-2-87812-564-1

Pratiques paramédicales en soins primaires

Étude qualitative auprès d'infirmières,
d'aides-soignantes et d'aides à domicile

Matti Suchier

Lucie Michel

Irdes

ISBN papier : 978-2-87812-563-4 / ISBN PDF : 978-2-87812-564-1

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées
à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Sommaire

Liste des sigles	7
Introduction	9
Contexte : mieux connaître les pratiques paramédicales en soins primaires.....	9
Méthode.....	11
Les groupes professionnels étudiés	13
Les organisations étudiées.....	15
 Chapitre 1	
Apports de la littérature : un retour historique sur les processus de professionnalisation.....	19
1.1. De religieuses à professionnelles de santé	21
1.1.1. La Révolution française : la victoire de la médecine sur l'assistance charitable.....	22
1.1.2. L'influence du modèle anglo-saxon	22
1.2. Des infirmières aux aides-soignantes... puis aux aides à domicile ?	24
1.2.1. Au-delà du nom : les pratiques aides-soignantes	25
1.2.2. Les aides à domicile : au gré des politiques publiques	26
1.3. Un rôle propre	29
1.3.1. Technicienne de santé ou travailleuse sociale ?.....	29
1.3.2. La construction sociale du « rôle propre »	30
1.4. Conclusion	32

Chapitre 2

Apports de l'enquête auprès de professionnelles paramédicales exerçant en soins primaires 33

2.1. Conceptions de leurs métiers..... 35

- 2.1.1. Des vocations ?35
 - *Un discours vocationnel* 35
 - *Pour certaines, un deuxième métier qui a du sens*.....36
- 2.1.2. Différentes composantes dans les conceptions des métiers d'infirmière et d'aide-soignante 38
 - *Une composante holistique et humaniste*38
 - *La composante technique du métier* 41
 - *La composante entrepreneuriale du métier*.....44
- 2.1.3. Frontières professionnelles 46
 - *Une histoire de compétences ?*46
 - *Le monopole de la vocation*47
 - *La frontière du monde soignant*48

2.2. Réalité du travail et des pratiques : chacun son métier, chacun ses tâches ?50

- 2.2.1. L'organisation des journées de travail : au cœur des différentes « tournées » 50
 - *L'organisation des tournées des infirmières libérales : une journée en trois temps*50
 - *Une organisation assez similaire pour les tournées des aides-soignantes en Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)* 51
 - *Des journées morcelées pour les aides à domicile* 52
- 2.2.2. Des métiers encore souvent solitaires.....53
 - *Seule face à l'imprévu et à la réalité de la perte d'autonomie* 53
 - *Seule face au poids émotionnel qu'implique la relation d'aide*54
 - *Seule donc isolée ?* 55
- 2.2.3. La division des tâches dans la pratique : entre adaptation aux frontières professionnelles et réalités territoriales 56
 - *Une division du travail apparemment claire dans les discours, et pourtant...*56
 - *Une division du travail et une répartition des tâches liées aux disparités territoriales*58
- 2.2.4. Des pratiques liées à des relations encore aujourd'hui très concurrentielles 59
 - *La rude concurrence entre infirmières libérales... et Ssiad ?* 59
 - *Toutes unies contre l'Hospitalisation à domicile (HAD) ?*..... 61

2.3. Relations interprofessionnelles et travail collectif : des dynamiques complexes en évolution constante	63
2.3.1. Des modalités multiples d'exercice collectif	64
• <i>Le partage d'information</i>	65
• <i>Des réseaux médecins-infirmières : améliorer le diagnostic et la prise en charge.....</i>	67
• <i>Des espaces et des moments pour penser la pratique et le travail collectif.....</i>	68
2.3.2. Quelle place pour les groupes professionnels étudiés dans les réseaux d'acteurs qui coopèrent en soins primaires ?	70
• <i>Des acteurs centraux dans la mise en relation des professionnels</i>	70
• <i>Le rôle des coordinatrices à travers l'exemple de Julie</i>	71
2.3.3. L'exercice coordonné à partir de trois exemples de terrain	73
• <i>Une fédération des associations locales d'aides et de soins à domicile....</i>	74
• <i>Un Centre de soins infirmiers (CSI)-Ssiad... et une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)</i>	76
• <i>Centre municipal de santé (CMS) et MSP</i>	78
2.4. Les défis de l'exercice collectif	79
2.4.1. Le défi de travailler ensemble	79
• <i>Les coordinatrices, responsables et directrices aux avant-postes</i>	79
• <i>Faire travailler ensemble les professionnelles ne va pas de soi</i>	81
2.4.2. Les services d'aide à domicile peu ou mal considérés...	81
• <i>... par les bénéficiaires.....</i>	82
• <i>... par les autres professionnelles du domicile</i>	82
2.4.3. Un exemple emblématique : la toilette	83
2.4.4. Des formes de financement qui représentent des freins à l'exercice coordonné et coopératif des professionnelles étudiées ?	85
• <i>Le financement particulier et contraignant des Ssiad.....</i>	85
• <i>Le statut libéral difficilement compatible avec l'exercice collectif ?.....</i>	87
• <i>Des expérimentations qui cessent.....</i>	89
2.4.5. Des cultures professionnelles à articuler ?	90
• <i>Des relations souvent peu développées entre professionnelles</i>	90
• <i>Une absence de lien ou de communication</i>	91
• <i>Des organisations ou des professionnelles méconnues ou écartées.....</i>	92
2.5. Conclusion.....	94

Chapitre 3

Perspectives et conclusions : des dynamiques professionnelles en question 95

3.1. Les aides à domicile : entre précarité et professionnalisation ... 97

3.1.1. Un métier précaire97

3.1.2. Vers une forme de professionnalisation ? 98

3.2. Les aides-soignantes : quelle place et quel rôle en soins primaires ? 100

3.2.1. Le Ssiad comme seul horizon 100

3.2.2. Un cœur de métier qui semble pourtant correspondre le mieux
au domicile 101

3.3. Les infirmières : des dynamiques plurielles en tensions 102

3.3.1. Vers une infirmière pivot ?102

3.3.2. Un retour de l'infirmière visiteuse ?104

Bibliographie 107

Liste des sigles

AD

Aide à domicile

ADMR

Aide à domicile en milieu rural

Afnor

Association française de normalisation

Aggir

Autonomie gérontologie
groupe iso-ressources

ALD

Affection de longue durée

AMP

Aide médico-psychologique

Apa

Allocation personnalisée d'autonomie

ARS

Agence régionale de santé

AS

Aide-soignante

Asalée

Actions de santé libérale en équipe

ASH

Agent des services hospitaliers

AVS

Auxiliaire de vie sociale

CDI

Contrat à durée indéterminée

Clic

Centre local d'information
et de coordination

CMS

Centre municipal de santé

Cnam

Caisse nationale de l'Assurance maladie

Cpam

Caisse primaire d'assurance maladie

CSI

Centre de soins infirmiers

DGCS

Direction générale de la cohésion sociale

DGOS

Direction générale de l'offre de soins

DSES (Cnam)

Direction de la stratégie, des études
et des statistiques

Gir

Groupe iso-ressources

HAD

Hospitalisation à domicile

IDE

Infirmière diplômée d'État

IDEC

Infirmière diplômée d'État coordinatrice

Idel

Infirmière diplômée d'État libérale

IPA

Infirmière en pratique avancée

Maia

- Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (2008-2013),
- Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (depuis 2013)

MCI

Majoration de coordination infirmière

Pratiques paramédicales en soins primaires

Liste des sigles

Irdes - novembre 2021

MSP

Maison de santé pluriprofessionnelle

Saad

Services d'aide et d'accompagnement
à domicile

Sisa

Société interprofessionnelle de soins
ambulatoires

Spasad

Service polyvalent d'aide et de soins
à domicile

Ssiad

Service de soins infirmiers à domicile

Uncam

Union nationale des caisses d'assurance
maladie

Introduction

Contexte : mieux connaître les pratiques paramédicales en soins primaires

L'exercice paramédical dans un contexte de soins primaires n'a été encore que peu étudié par les sciences sociales. En effet, les groupes professionnels tels que ceux des infirmières ou des aides-soignantes¹ ont principalement été analysés à travers le prisme hospitalier (Acker, 2005 ; Arborio, 2002 ; Arborio et Divay, 2018 ; Véga, 2000). Florence Douguet et Alain Vilbrod (2018) viennent cependant combler ce manque en proposant une sociologie des infirmières libérales, tout comme Véronique Feyfant (2017) qui analyse les recompositions du métier d'infirmière face au fait de travailler auprès de personnes dépendantes à domicile. Par ailleurs, si les aides à domicile ne sont pas des professionnelles paramédicales, elles sont des actrices centrales dans la prise en charge des personnes à domicile, et des travaux consacrés spécifiquement à ces professionnelles existent en sociologie, principalement menés par Christelle Avril (2012, 2016). Notre travail dans ce rapport vise aussi à articuler ces littératures pour appréhender plus largement le travail du domicile.

Les enjeux actuels autour de l'évolution de l'organisation des soins primaires (encadré 1) invitent à s'inscrire dans la continuité de ces travaux afin de mieux comprendre les dynamiques des groupes professionnels médicaux et paramédicaux travaillant hors de l'hôpital. En effet, le vieillissement de la population, la chronicisation des pathologies, le virage ambulatoire amorcé, mais aussi les enjeux démographiques (diminution du nombre de médecins généralistes et leur inégale répartition sur le territoire) sont autant de facteurs susceptibles de modifier considérablement les périmètres des missions des professionnels de santé dits « de ville » et, de ce fait, l'organisation de leur travail.

L'organisation actuelle des soins primaires est centrée sur le médecin généraliste dans un exercice qui jusqu'il y a peu était majoritairement isolé, mais qui s'ouvre aujourd'hui à un exercice pluriprofessionnel et regroupé (Baudier *et al.*, 2010). Le partage des tâches

ENCADRÉ 1

Les soins primaires

Il existe de nombreuses définitions des soins primaires, nous retiendrons celle proposée en France par le ministère de la Santé. Dans la circulaire N° DGOS/PF4/2016/382 du 9 décembre 2016, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) définit les soins primaires ainsi : « Les soins primaires englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurants pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé. »

¹ Dans ce rapport, il a été fait le choix de féminiser les groupes professionnels très majoritairement féminins.

entre acteurs de différentes professions n'est donc pas figé et une réflexion s'opère en France avec un intérêt croissant pour de nouvelles formes de coopération et pour des « transfert de tâches et de compétences » dans le secteur extrahospitalier (Berland, 2003). L'extension des compétences infirmières et la création de nouveaux métiers tels que celui d'assistante médicale et d'Infirmière en pratique avancée (IPA) montre bien que des transformations sont à l'œuvre. Ces dernières années, plusieurs dispositifs de délégation d'actes ont été expérimentés en France, comme dans le cas du dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe) [Fournier *et al.*, 2018], ou à travers des protocoles de coopération dans les expérimentations de nouveaux modes de rémunération en maison de santé pluriprofessionnelle, et actuellement dans les expérimentations « Article 51 » qui permettent des transferts d'actes de manière dérogatoire.

D'ailleurs, la littérature internationale offre à voir de nombreux exemples plus ou moins pérennes de délégations de tâches dites « médicales » à des professionnels « paramédicaux » (Bourgueil *et al.*, 2005 ; Michel et Or, 2020 ; Midy, 2003). Ces frontières entre les activités des différents professionnels sont rendues d'autant plus fluctuantes que les évolutions de l'organisation des systèmes de santé, des techniques médicales et des technologies de l'information et de la communication ne cessent de reconfigurer les pratiques (Hcaam, 2021 ; Mathieu-Fritz, 2021).

Dans ce contexte et à la demande du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), qui porte une réflexion sur les ressources humaines en santé, un premier projet de recherche a été conçu : il s'agissait d'étudier la division du travail entre les différentes catégories de professionnelles paramédicales jouant un rôle dans la prise en charge des patients en soins primaires, et plus particulièrement des prises en charge ou des soins à domicile ou centrés sur le domicile. Plus précisément, les premiers objectifs du projet de recherche visaient à saisir les activités et les tâches des infirmières libérales ou salariées travaillant en soins primaires, ainsi que celles des aides-soignantes à domicile qui sont, elles, toujours salariées (le statut libéral n'existe pas pour ce métier). Néanmoins, la revue de littérature et les premières données de terrain ont souligné le caractère fluctuant de la division du travail et la nécessité d'inclure à notre enquête les aides à domicile plutôt que des groupes professionnels préalablement sélectionnés, en portant notre regard d'abord sur le travail, c'est-à-dire ici les tâches de soins effectués auprès des patients.

Au démarrage de l'enquête, nous devons, à travers des études de cas liant observation du travail et entretiens semi-directifs, nous interroger sur les activités effectuées par chaque professionnel et sur la division du travail dans laquelle elles s'inscrivent. La crise liée à l'épidémie de Covid-19 ne nous permettant plus de nous déplacer sur le terrain, il est devenu impossible de réaliser des observations des pratiques paramédicales. Nous avons dû revoir nos objectifs, en tenant compte des approches méthodologiques qui restaient à notre portée, soit la conduite d'entretiens à distance. Cette étude se propose ainsi de **comprendre et d'analyser les processus de professionnalisation des infirmières, aides-soignantes et aides à domicile dans le contexte particulier des soins primaires (Chapitre I)** à travers une analyse de la littérature sociologique. Il nous semble en effet indispensable de saisir les dynamiques socio-historiques d'émergence et de professionnalisation des différents groupes professionnels étudiés pour comprendre, aujourd'hui, les pratiques, les représentations, les relations et la division du travail. Nous cherchons ensuite à **éclairer par le prisme de leur propre vécu la réalité du travail à travers trois thèmes principaux (Chapitre II)** : les conceptions du métier, la division du travail au domicile et ce que le partage des tâches implique, et les dynamiques parfois complexes du travail collectif dans un contexte de soins où ce travail tend à devenir partagé entre plusieurs groupes professionnels.

Méthode

Cette enquête repose sur 30 entretiens semi-directifs réalisés entre mars et juillet 2020, en pleine épidémie de SARS-Cov-2, par téléphone ou visio-conférence. Ces entretiens ont été menés en s'appuyant sur un guide d'entretien. Celui-ci s'articulait autour de 6 thèmes : le premier concernait le parcours de l'enquêtée, le deuxième, les pratiques quotidiennes liées au métier, le troisième thème abordait les interactions avec d'autres acteurs autour des pratiques. Le quatrième thème portait sur les représentations de l'enquêtée quant aux autres professionnels de soins primaires, organisations et patients, le cinquième avait trait à l'organisation du travail et de la structure d'exercice. Un dernier thème revenait sur la crise sanitaire que traversaient et continuent de traverser les professionnelles, pour comprendre la manière dont elles ont adapté leurs pratiques à cette situation.

Notre objectif était de mener des entretiens avec des professionnelles des trois groupes concernés et d'avoir une diversité d'organisations dans lesquelles ces professionnelles exercent. Nous souhaitions recueillir des données relatives, d'une part, aux statuts de salariées ou libérales des professionnelles, et, d'autre part, à différentes formes d'exercice collectif existant en soins primaires. Notre visée était d'obtenir une pluralité de configurations de pratiques, de relations et de vécus afin d'éviter l'écueil d'une trop forte homogénéité des enquêtées, et donc des résultats. C'est la raison pour laquelle nous avons enquêté avec des professionnelles issues de Centres de soins infirmiers (CSI), de Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), d'un Centre municipal de santé (CMS), de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et d'associations d'aide à domicile. La sélection des enquêtées s'est faite par effet boule de neige, en demandant systématiquement des contacts de professionnelles à celles que nous avons déjà. Nous avons débuté les premiers entretiens en partant de terrains investis par d'autres équipes de chercheurs de l'Irdes dans le cadre d'enquêtes en cours, notamment avec des acteurs de maisons de santé pluriprofessionnelles. Cette méthode aura permis de sélectionner des enquêtées partout en France dans différents types d'organisation. Les entretiens ont ensuite tous été retranscrits intégralement.

Néanmoins, si nous n'avons pas eu de difficultés à obtenir des entretiens avec des aides-soignantes et des infirmières, nous n'avons pu mener que trois entretiens avec des aides à domicile. A cela sans doute plusieurs raisons : premièrement, l'ancrage de l'Irdes sur différents terrains donnait un accès plus aisé aux infirmières et aides-soignantes ; deuxièmement, les conditions de travail et de vie des aides à domicile ont fait passer au second plan nos sollicitations, particulièrement dans le contexte épidémique d'alors ; troisièmement, le rapport à ce type de sollicitations du monde de la recherche n'est pas le même pour les soignantes que pour les aides à domicile qui en sont plus éloignées.

L'anonymisation des enquêtées s'est faite, d'une part, en catégorisant l'espace géographique d'exercice en six modalités (secteur urbain, petite ville, secteur rural, commune moyenne quartier populaire, ville périphérique d'une grande ville, quartier populaire) et en ne les situant qu'au niveau régional. D'autre part, les prénoms ont été anonymisés en attribuant à chaque enquêtée un autre prénom qui partageait une fréquence quasi-identique à l'année où le prénom d'origine a été le plus donné dans le pays ou la région de naissance (lorsque les données étaient disponibles). De plus, nous avons veillé à conserver la même origine (prénoms du calendrier chrétien, prénoms musulmans, prénoms hispanophones, etc.). Enfin, il fallait que le nouveau prénom compte un taux similaire de réussite au baccalauréat aux 18 ans de l'enquêtée (grâce au site du sociologue Baptiste Coulmont), lorsque les données étaient disponibles.

Pratiques paramédicales en soins primaires

Introduction

Irdes - novembre 2021

Tableau récapitulatif des enquêtées

Organisation	Espace géographique	Prénom	Métier	Région	Age
Aide à domicile en milieu rural (ADMR)	Secteur urbain	Anne-Françoise	Aide à domicile (AD)	Ile-de-France	59
		Hélène			50
		Julie	Coordinatrice		31
ADMR	Secteur rural	Sylvain	AD	Pays de la Loire	42
Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	Secteur rural	Sylvie	Directrice du Ssiad	Pays de la Loire	53
		Cédric	Aide médico-psychologique (AMP)		46
		Fabien			39
Ssiad	Secteur rural	Dominique	Aide-soignante (AS)	Grand Est	55
		Laure			56
		Lisa			23
		Mélanie			39
		Marie			53
		Jacqueline	Infirmière diplômée d'Etat coordinatrice (Idec)		50
Centre municipal de santé (CMS)	Commune moyenne quartier populaire	Yohan	Infirmière diplômée d'Etat (IDE)	Ile-de-France	24
		Florence			48
		Faiza			34
Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)	Ville périphérique d'une grande ville	Michelle	Infirmière diplômée d'Etat libérale (Idel)	Auvergne-Rhône-Alpes	55
		Yasmina			48
Centre de soins infirmiers (CSI)	Secteur rural	Mireille	Directrice du centre	Bretagne	53
		Marianne	IDE		26
CSI	Petite ville	Dounia	Directrice du centre	Auvergne-Rhône-Alpes	48
MSP	Quartier populaire	Neela	Idel	Paris intramuros	37
Cabinet libéral	Secteur rural	Claire	Idel	Poitou-Charentes	31
Cabinet libéral	Petite ville	Flavie	Idel	Nouvelle-Aquitaine	43
Fédération d'associations locales	Secteur urbain	Estelle	Déléguée générale	Ile-de-France	52
MSP	Commune moyenne quartier populaire	Manel	Idel	Ile-de-France	42
Ssiad	Secteur urbain	Marine	Idec	Ile-de-France	26
MSP	Petite ville	Catherine	Idel	Auvergne-Rhône-Alpes	54

Les groupes professionnels étudiés

Nous voudrions revenir ici sur les différentes organisations analysées dans cette enquête, après avoir rappelé les principaux éléments de définition et de cadrage des trois groupes professionnels étudiés. Notre intérêt pour ces trois groupes tient au fait qu'il s'agit des travailleuses les plus nombreuses dans la prise en charge des patients âgés en perte d'autonomie et des patients atteints de maladie chronique vivant à domicile. De plus, entre ces trois groupes, nous le verrons, les frontières de pratiques sont parfois floues. Enfin, peu d'organisations pluriprofessionnelles articulent des services composés à la fois d'infirmières, d'aides-soignantes et d'aides à domicile. Or, il nous semble pertinent d'analyser les relations entre ces professionnelles qui travaillent auprès des mêmes publics ainsi que les configurations qui les sous-tendent.

Les infirmières et les aides-soignantes sont des professions de santé et à ce titre leurs activités sont définies dans le Code de la santé publique. A la différence des infirmières, les aides-soignantes ne disposent pas d'un champ de compétence propre dans la réglementation

Les infirmières

Au 1^{er} janvier 2019, 722 572 infirmières étaient recensées en France et 87 % étaient des femmes. On compte 127 747 infirmières ayant un statut libéral ou mixte, soit 17,7 % de la profession, ce qui représente une croissance annuelle de 4 % depuis 2001. La profession semble vieillir puisque la part des 50 ans et plus a augmenté depuis le début du siècle, passant de 23 % en 2001 à 36 % en 2015 (Drees).

Rappelons d'abord que le métier d'infirmière est délimité par l'article L. 4311-1 du Code de la santé publique (CSP). Celui-ci définit les principales compétences de l'infirmière :

- réalisation de « soins infirmiers » sur prescription, en application du « rôle propre » de l'infirmière, en assistance d'un médecin ;
- participation à des actions de formation et d'éducation à la santé ;
- vaccinations sur une liste définie par arrêté du ministre de la Santé ;
- renouvellement de contraceptifs oraux si l'ordonnance initiale date de moins d'un an (six mois maximum non renouvelables) ;
- prescription, à partir d'une liste définie par arrêté du ministre de la Santé, de dispositifs médicaux, dans le cadre d'actes réalisés sur prescription médicale ;
- prescription de substituts nicotiniques.

Il est suivi de l'article L. 4311-2 qui affirme la nécessité de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmière (ou un diplôme équivalent dans les Etats de l'Union européenne ou les Etats partenaires). Le diplôme infirmier comprend une formation de trois ans (soit six semestres), représentant 2 100 heures de cours et 2 100 heures de stages.

Parmi les infirmières avec qui nous avons réalisé des entretiens, six exerçaient en libéral, quatre étaient salariées en Centre municipal de santé (CMS) ou Centre de soins infirmiers (CSI) sans fonction de direction ou de coordination, et six occupaient des fonctions de direction ou de coordination au sein d'organisations qui les salariaient.

Les aides-soignantes

La profession d'aide-soignante est définie aux articles L.4391-1 à L4391-6 du Code de la santé publique. Aucune de ces dispositions ne définit le champ de compétences ou les missions des aides-soignantes : elles précisent cependant les conditions de qualification

nécessaires pour exercer la profession. L'activité des aides-soignantes est en fait définie dans le cadre du rôle propre des infirmières (voir article R4311-4).

Selon les articles R. 4311-3 à 4311-5 du Code de la santé publique :

- L'aide-soignant.e exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, conformément aux articles R. 4311-3 à R. 4311-5 du Code de la santé publique.
- Dans ce cadre, l'aide-soignant.e réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée, et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant.e accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il.elle contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.
- Travaillant le plus souvent dans une équipe pluriprofessionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, l'aide-soignant.e participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité.

Les aides-soignantes doivent être titulaires du diplôme professionnel d'aide-soignant, du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ou du diplôme d'Etat d'aide-soignant. Le diplôme comprend une formation de douze mois avec un programme commun d'enseignement, soit 1 456 heures dont 616 heures de cours et 840 heures de stages. Une ré-ingénierie de la formation d'aide-soignante a été annoncée dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ». Elle devrait conduire à un allongement de la formation et à l'ajout au référentiel d'activité d'éléments relatifs au repérage des fragilités, à la prévention de la perte d'autonomie et au travail en équipe pluriprofessionnelle.

En 2016, on comptait 416 000 aides-soignantes en France, 93 % sont des femmes. 78 000 exercent en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), soit environ 19 %. Les aides-soignantes enquêtées étaient salariées de Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), qui comptent 33 000 salariés (sont comptabilisées les aides-soignantes largement majoritaires mais aussi les coordinatrices, directrices, secrétaires médicales, infirmières, etc.). Finalement, peu d'aides-soignantes exercent en soins primaires comparativement aux infirmières.

Nous avons interrogé sept aides-soignantes, toutes salariées de Ssiad, et trois directrices de trois Ssiad différents.

Les aides à domicile

Il est plus difficile de cerner en chiffres les aides à domicile. Le ministère de l'Economie, des Finances et de la Relance dénombre 42 147 organismes recensés au 1^{er} janvier 2019, 81 % étaient des entreprises (dont des micro-entrepreneurs), 15 % des associations, et 4 % des établissements publics. Au sein du secteur, 68 % des associations accompagnent d'abord des personnes âgées, et l'aide au ménage représentait 70 % de l'activité en 2014. Les activités d'aide à domicile reposaient sur 470 000 personnes en 2018 dont 97 % de femmes. Plus globalement, le secteur des services à la personne (à domicile) employait 1,4 millions de personnes.

Il existe trois catégories d'aides à domicile (A, B et C). La première catégorie, A, correspond aux agents à domicile. Ces professionnelles non diplômées dans le secteur de l'aide à domicile ou autres secteurs compatibles, ne peuvent réaliser que des tâches de ménage, n'étant pas qualifiées pour tout ce qui touche à l'aide à la personne. A l'inverse, les catégories B et C sont qualifiées et peuvent ainsi réaliser l'ensemble des tâches présentes dans le référentiel de compétences². La différence entre les catégories B et C se situe au niveau du diplôme. Les professionnelles de catégorie B ont les certifications nécessaires, souvent obtenues par de la formation continue au sein de l'organisation ou par un diplôme compatible (CAP petite enfance, CAP service à la personne etc.). Pour obtenir la catégorie C, il faut nécessairement avoir le Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (DEAES). Ce diplôme est né de la fusion en 2016 du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et du Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (DEAMP). Le DEAES, et donc l'obtention de la catégorie C, situe alors statutairement les professionnelles au même niveau que les aides-soignantes, bien que le référentiel de compétences soit différent. De plus, les catégories C obtiennent une rémunération légèrement plus haute que celle des catégories B au sein des services d'aide à domicile.

Le DEAES comprend une formation qui est organisée sur une amplitude de neuf à vingt-quatre mois, comporte 525 heures d'enseignement théorique (dont 378 heures de socle commun et 147 heures de spécialité) et 840 heures de formation pratique. Ce diplôme, le secteur et l'ensemble des professionnelles qui y exercent sont régis par le Code de l'action sociale et des familles, ce qui les positionne de fait hors du monde soignant.

Des entretiens ont été menés avec trois aides à domicile et trois coordinatrices/responsables de secteur. Il s'agissait de deux associations d'*Aide à domicile en milieu rural* (ADMR) et d'une fédération d'associations locales.

Les organisations étudiées

Notre enquête porte sur plusieurs types d'organisations en soins primaires, nous proposons de les exposer ici afin de saisir leurs spécificités, leurs fonctionnements, leurs missions et d'exposer les motivations à y exercer exprimées par les professionnelles enquêtées. Le choix d'interroger des professionnelles de différentes organisations repose sur notre volonté d'analyser différentes dynamiques professionnelles et configurations de pratiques et de relations interprofessionnelles. C'est la raison pour laquelle nous avons davantage enquêté au sein de centres de santé ou de soins, dans lesquels les travailleurs sont salariés et exercent en équipe souvent pluriprofessionnelles, qu'au sein de cabinets libéraux ou d'organisations mono-professionnelles, comme les services d'aides à domicile.

Le Centre municipal de santé (CMS)

En 2014, on dénombrait 1 842 centres de santé en France (Vigneron, 2014), dont les CMS, qui peuvent être mono-professionnels (seulement des médecins) ou polyvalents (comportant différents services).

Parmi les infirmières enquêtées, trois d'entre elles étaient salariées d'un CMS dans un quartier populaire de la région parisienne. A l'inverse de toutes les autres professionnelles interrogées, les infirmières salariées des CMS ne se rendent pas au domicile des patients. Dans le CMS enquêté, elles constituent une équipe de 8 infirmières prenant en charge les pa-

² Disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.site.ificass.net/downloads/lesreferentielsdudeavs.pdf>

Pratiques paramédicales en soins primaires

Introduction

Irdes - novembre 2021

tients qui se déplacent au centre. Ce dernier comporte un laboratoire d'analyses dans lequel les infirmières font des prélèvements, généralement le matin. Ensuite, leur travail consiste à seconder les médecins (généralistes et spécialistes) : électrocardiogrammes, soins d'hygiène, pansements, transferts des radiographies, etc. Une deuxième grande partie de leur travail relève de la prévention mise en place par le centre. Elles s'occupent ainsi du centre de dépistage, des actions extérieures de promotion et de prévention de la santé (mois sans tabac, octobre rose pour le cancer du sein, prévention des maladies comme le cancer colorectal...).

Le service infirmier ou « l'infirmierie », comme elles l'appellent, est le service le moins rentable pour le centre, une situation assumée puisque ce centre, comme beaucoup d'autres, s'inscrit dans une approche de la santé militante, s'exerçant en équipe. Pour reprendre François-Xavier Schweyer : « Les centres de santé cherchent à atteindre cet objectif en adoptant une organisation pluriprofessionnelle décentralisée où chaque centre jouit d'une forme d'autonomie de fonctionnement. Les médecins généralistes et les spécialistes pratiquent une médecine globale avec des sensibilités différentes nécessitant des ajustements normatifs. En dépit de l'accroissement de leur charge de travail (population vieillissante, montée de la précarité, remplacements internes), les infirmières apprécient les conditions de travail, surtout le contact avec les médecins, le travail en équipe et le sentiment d'appartenir à un centre ayant une philosophie de soin humaniste. Médecins, infirmières et autres paramédicaux, tous savent ce qu'ils doivent au collectif. Ils ont parfaitement conscience du rôle irremplaçable des secrétaires qui accueillent et orientent les patients, qui jouent très souvent auprès d'eux un rôle qui s'apparente tout à la fois à celui de l'assistante sociale, celui de la conseillère ou de l'éducatrice. » (Schweyer, 2014a, p. 270).

Le cabinet infirmier, en MSP ou non

Selon la Drees, en 2018, 68 449 des 123 821 infirmières libérales ou mixtes exercent en cabinets individuels (55 %) et 49 530 en cabinets collectifs (40 %). Depuis 1994, les infirmières libérales ont l'obligation de disposer d'un local appelé cabinet. Il s'agit, pour l'Assurance maladie, d'une volonté de rationalisation des coûts liés aux déplacements. La Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) insiste pour que les infirmières libérales effectuent leurs soins au sein du cabinet. Néanmoins, Douguet et Vilbrod montrent bien qu'étant donné l'absence de contrôle et le flou autour de ce que doit être un cabinet, les infirmières contournent les préconisations et les obligations (Douguet et Vilbrod, 2017). Loin de la représentation du cabinet médical « lumineux, vaste bureau, éclairage indirect, petit matériel de bureau, photo de famille », la majorité des cabinets ressemblent plus à une « base arrière », « à un magasin », puisqu'ils ne reçoivent aucun patient (*Ibid.*). Dans certains cas, il s'agit même de « cabinets fantômes », qui « n'ont d'existence qu'à travers une adresse, un numéro de téléphone répertorié et parfois, mais pas toujours, une plaque » (*Ibid.*).

Certains cabinets infirmiers se regroupent avec d'autres professionnels libéraux, au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles.

Le Centre de soins infirmiers (CSI)

Dans son panorama des centres de santé en France, Vigneron (2014) comptabilise 589 centres de soins infirmiers répartis sur 500 communes. Les centres de santé relèvent d'un cadre juridique triple :

- le Code de la santé publique pour ce qui a trait à leurs missions, à leur place dans le système de soins ambulatoires et à leur agrément ;
- le Code de la Sécurité sociale pour le conventionnement avec l'Assurance maladie (accord national 2003) ;

- le Code général des collectivités territoriales pour le régime d'aides dont ils peuvent bénéficier de la part des collectivités territoriales (articles L 1511-8 et R 1511-44).

Les personnels des CSI, à l'instar de ceux des centres médicaux, dentaires et polyvalents sont salariés (Colin et Acker, 2009).

Deux CSI ont été étudiés durant notre enquête, l'un en zone rurale, en Bretagne, et l'autre dans une petite ville proche de Grenoble. Les deux centres sont, comme la plupart des centres de santé, d'anciens dispensaires tenus par des religieuses. Les deux centres enquêtés sont désormais des associations (outre les associations, les gestionnaires peuvent être des mutuelles, des organismes d'assurance maladie, des congrégations ou des municipalités).

Le CSI breton comprend un service de promotion de la santé avec des ateliers autour d'activités physiques et de nutrition et un service de prévention, intégrant un parcours d'activité santé senior. En plus des infirmières qui interviennent à domicile, le centre fait appel à des animatrices pour les services proposés, des éducateurs sportifs, une psychologue, un professeur de yoga pour les différents ateliers. Le centre a aussi un secrétariat qui assure l'accueil des patients et une permanence infirmière où sont réalisés des pansements, des prises de sang ou des injections si les patients préfèrent se déplacer. Le deuxième CSI (Région Auvergne-Rhône-Alpes) a une dynamique un peu différente puisque sa directrice a monté un service de Ssiad adossé au CSI. Le centre a ainsi développé une approche pluriprofessionnelle entre aides-soignantes et infirmières, et mis en place une continuité du parcours de soins en orientant les patients du CSI vers le Ssiad (ou inversement) sans changer de structure ou d'infirmière référente. De plus, le centre travaille étroitement avec les médecins d'une MSP locale afin de développer une approche populationnelle et coordonnée sur le territoire entre les différents acteurs.

« J'ai fait du libéral en France et à l'étranger et en outre-mer. J'ai retrouvé la manière d'exercer dans un centre de santé, on avait un peu plus le temps de prendre en compte le patient, son environnement, son histoire et sa culture. D'être vraiment dans le métier d'infirmière que je préférais. »

Mireille, 53 ans,
infirmière, maintenant directrice d'un Centre de soins infirmiers (CSI) en Bretagne

Les CSI ont l'obligation de répondre aux critères établis par l'accord national des centres de santé de 2015, dont le fait d'assurer « une démarche qualité ». Les centres enquêtés ont ainsi mis en place une infirmière « référente qualité » qui a pour mission :

« [d']améliorer la qualité tout au long de l'année, que ce soit par la mise en place de protocoles de soins, que ce soit par la réfection sur nos locaux, sur la configuration de nos locaux ou la façon de faire ou bien sur l'accueil des patients. »

Marianne, 26 ans,
infirmière référente qualité dans un CSI en Bretagne

Les personnels des CSI ont des revenus généralement bien inférieurs à ceux des infirmières libérales, néanmoins, celles que nous avons interrogées, salariées de CSI, se sont tournées vers ce type d'organisation pour deux raisons. D'abord, le statut de salarié en Contrat à durée indéterminée (CDI) apporte un équilibre de vie qui permet de concilier vie professionnelle et vie familiale auquel s'ajoute le fait qu'elles n'ont pas à se soucier des facturations, des bilans comptables, etc. La deuxième raison est plus idéologique, elle relève du comportement rationnel en termes de valeurs : l'exercice des soins infirmiers en CSI correspond à une vision globale des patients, une approche populationnelle et sociale de leur métier. Il semble que pour ces infirmières, les projets d'éducation thérapeutique, de prévention, la démarche qualité, le travail en équipe couplés à l'équilibre de vie que permet le statut, pallient la différence de revenu entre libérales et salariées.

Le Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad)

En 2016, il existe en France 115 270 places en Ssiad réparties parmi les 2 116 existants (Irdes, Drees, Cnam). Les Ssiad, créés en 1981, sont des services médico-sociaux qui interviennent au domicile des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affections afin de leur dispenser des soins (soins techniques infirmiers et soins de *nursing*) [Ministère des Solidarités et de la Santé]. L'objectif des Ssiad, selon les textes de loi les régissant, est « d'éviter l'hospitalisation, notamment lors d'une phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile et ne relevant pas de l'hospitalisation à domicile », ainsi que de « faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation. »

Les Ssiad ont un mode de financement par forfait qui correspond à une dotation par patient et par jour. Ce mode de financement semble assez envié par les organisations de l'aide à domicile. Pour autant, les directrices et coordinatrices des Ssiad n'en sont pas forcément satisfaites en raison du montant de cette dotation qu'elles jugent assez faible, et qui ne leur permet pas de prendre en charge certains patients comme ceux pour lesquels l'intervention d'une infirmière libérale est nécessaire et dont le tarif dépasse la dotation.

Durant cette enquête, nous avons réalisé des entretiens avec des professionnelles salariées de deux Ssiad en milieu rural, l'un se situant dans la région Grand Est, et l'autre dans les Pays de la Loire. Parmi les deux Ssiad enquêtés, celui des Pays de la Loire comprend le plus grand nombre de lits (65). Les Ssiad sont en fait considérés comme des établissements médico-sociaux bien qu'ils interviennent exclusivement à domicile. Au sein du Ssiad en question, 17 aides-soignantes sont salariées ainsi que 2 Aides médico-psychologiques (AMP) qui font le même travail que les aides-soignantes. Concernant le personnel administratif ou de coordination, ce Ssiad compte une infirmière coordinatrice, une secrétaire comptable et une directrice. Par ailleurs, il salue, sur un temps partiel, une psychologue qui intervient pour de l'analyse des pratiques professionnelles.

L'Aide à domicile en milieu rural (ADMR)

L'ADMR est un réseau associatif fondé en 1945. Selon ses propres chiffres, en 2021, le réseau est constitué de 2 700 associations locales qui comprennent 85 000 bénévoles et 94 375 salariés (<https://www.admr.org>). Si son nom contient toujours l'adjectif rural, milieu dans lequel l'ADMR est effectivement très implantée depuis la fin des années 1970³, elle s'est également implantée en milieu urbain. Après le plan Borloo de 2005, l'ADMR s'est diversifiée pour proposer des prestations de ménage, repassage, petit jardinage, transport accompagné, ainsi que l'accueil de jeunes enfants. Cette diversification marque le tournant d'une conception de l'aide à domicile orientée vers les personnes âgées et le maintien à domicile, vers le « service à la personne » en s'adressant à un public beaucoup plus large (Capuano, 2017).

Durant notre enquête, nos entretiens avec des aides à domicile ont été réalisés avec des professionnelles d'une ADMR située dans une ville moyenne en région parisienne et une autre dans les Pays de la Loire en milieu rural.

³ Voir la partie 1.2.2 « Les aides à domicile : au gré des politiques publiques », page 26.

CHAPITRE 1

Apports de la littérature : un retour historique sur les processus de professionnalisation

Ce premier chapitre vise à inscrire et éclairer les résultats issus du terrain et exposés dans le chapitre suivant, dans des dynamiques socio-historiques qui sous-tendent aujourd'hui les relations, les pratiques et les conceptions des professionnelles étudiées. En restituant les processus socio-historiques d'émergence des différents groupes professionnels étudiés, et ainsi l'évolution de leur rôle dans la division du travail médical et de la prise en charge de la dépendance, nous présentons le cadre actuel dans lequel s'exerce la pratique, la répartition des tâches et les relations parfois tendues entre ces groupes.

Pratiques paramédicales en soins primaires

Chapitre 1. Apports de la littérature : un retour historique sur les processus de professionnalisation

Irdes - novembre 2021

1.1. De religieuses à professionnelles de santé

Dans cette partie, nous étudions le processus socio-historique d'apparition du métier d'infirmière. Il s'agit d'appréhender la construction de l'autonomie professionnelle et la professionnalisation de ce métier afin d'éclairer les tensions et paradoxes actuels. Les mécanismes de professionnalisation des infirmières au XX^e siècle apportent un éclairage déterminant, notamment pour mieux comprendre et mettre en perspective les revendications actuelles de ces soignantes. L'histoire de ce métier permet également de saisir le contexte dans lequel se construit un cadre pratique du soin en France.

« Depuis longtemps, on soigne les malades, on assiste les pauvres et les malheureux, on instruit les enfants et on conserve les livres. Mais les professions d'infirmière, de travailleur social et de bibliothécaire sont de création récente. » (Hughes, 1951, p. 294)

Il ne suffit pas qu'il existe un besoin non satisfait et qu'un certain nombre de tâches identifiées y répondent pour qu'une profession soit créée. L'infirmière a en effet une histoire plus longue que le groupe professionnel des infirmières tel qu'on le conçoit aujourd'hui. Nous proposons de comprendre l'histoire de « l'art infirmier » (Feyfant, 2016) pour comprendre la construction de la professionnalité des infirmières.

Si l'« infirmière moderne » apparaît vers la fin du XIX^e siècle (Petitat, 1992 ; Feroni, 1994), l'histoire de « l'art infirmier » est quant à elle beaucoup plus ancienne (Feyfant, 2016). L'étymologie du mot « infirmière » renvoie au terme *infirmus* qui signifie « faible » physiquement et moralement (Saliba, Ouvry-Vial et Bon-Saliba, 1993). Ainsi, au Moyen âge, naissent sous l'impulsion du christianisme les « enfermeries » dans lesquelles sont hébergés les « étrangers, pèlerins, nécessiteux, prisonniers, handicapés ou malades ». L'« enfermier » est alors celui qui « s'occupe des hôtes dans le besoin » (Saliba, Ouvry-Vial et Bon-Saliba, 1993, p. 13).

Cette population « infirme » est prise en charge par les religieux dont « la foi partagée » fournit « force » et « énergie vitale ». (...) Il faut donc la consolider, la communiquer et la partager. C'est cette foi qui guérit, et non la thérapeutique. » (Saliba, Ouvry-Vial et Bon-Saliba, 1993, p. 15). Vont alors apparaître ces femmes « vêtues de robe blanche, symbole de pénitence ». Elles doivent « pratiquer la chasteté, l'obéissance absolue, l'humilité, l'aumône et la charité. Ces vertus apaisent pour un temps les suspicions du peuple et garantissent à l'Église l'intériorisation d'un solide système de valeurs comme sous-bassement de la personnalité de la femme religieuse ou laïque dévote » (Wenner, 1988, p. 20).

Ce sous-bassement religieux est constitutif de logiques idéologiques et organisationnelles de la profession infirmière qui perdurent jusqu'à aujourd'hui : « Sur une longue période historique qui s'étend des premiers siècles de l'ère chrétienne jusqu'à l'époque moderne, la religion va imprimer sa marque sur la pratique infirmière. Elle va lui conférer un sens, en fournir les valeurs et les motivations ; elle lui donnera aussi un cadre institutionnel, définira son contenu et son organisation » (Saliba, Ouvry-Vial et Bon-Saliba, 1993, p. 14).

Toutefois, des évolutions se produisent (Knibiehler et Leroux-Hugon, 1984) à travers la laïcisation des soins, le développement de la médecine et les réformes administratives-politiques de l'hôpital, lesquelles construisent le socle idéologique et théorique de l'infirmière en tant que professionnelle.

1.1.1. La Révolution française : la victoire de la médecine sur l'assistance charitable

C'est à partir du XVI^e siècle qu'apparaissent en France les premiers conflits entre religieux et laïcs qui se cristallisent, notamment, en médecine où émerge la volonté de plus d'empirie. Les nouveaux médecins « plus présents, avides de clinique, soucieux de formation, convaincus de l'efficacité d'une bonne thérapeutique, exigent une application stricte et compétente de leurs prescriptions » (Saliba, Ouvry-Vial et Bon-Saliba, 1993, p. 13). Ces conflits entre médecine et Eglise jalonnent l'histoire sporadiquement jusqu'à la Révolution française. Cette dernière transforme non seulement l'organisation de l'hôpital, mais instaure aussi de nouvelles « représentations sociales qui bouleversent les attentes de la population à l'égard des soignants ». La philosophie des Lumières, accompagnée du développement de la médecine clinique, transforment le rapport du soignant et du soigné, du corps et de la pensée médicale dans son ensemble. Le médecin va ainsi prendre une place centrale et « la suite de l'histoire montre que les médecins souhaitent que les soins qu'ils ne font pas soient tout de même faits selon leur propre conception » (Feyfant, 2016).

Il faudra néanmoins attendre un siècle avant que les religieuses cessent d'exercer dans les hôpitaux. Sous la pression du corps médical et dans un contexte socio-historique et politique particulier « d'invention de la clinique » (Foucault, 1963), de transformations scientifiques et techniques de la médecine, le métier d'infirmière laïque est inventé. C'est précisément en 1878 que l'hôpital se laïcise et qu'il sera demandé au médecin hospitalier et fervent républicain laïc, Désiré Bourneville, de créer des écoles permettant de former des infirmières. Dans son « Manuel de la garde-malade et de l'infirmière » (1889), il souligne la nécessité d'un esprit d'obéissance et de soumission des religieuses et des infirmières. Mais Bourneville convient toutefois qu'il est exagéré de dire que cet esprit est l'apanage des seules premières. Au nom de la cohésion nationale, l'infirmière laïque doit ainsi être porteuse de qualités telles que dévouement, désintéressement, honnêteté, absence de vices ; qualités reconnues jusqu'ici aux religieuses (Feroni, 1994).

A la fin du XIX^e siècle, le bilan de ce modèle « républicain » des infirmières, pensé par Bourneville, est mitigé. Outre l'insuffisance du nombre de personnels formés, la formation est elle-même vivement critiquée. Elle est trop modeste pour produire des assistantes aux médecins efficaces, même si ces derniers ont peur de la concurrence qu'elles représenteraient s'ils les formaient davantage. L'infirmière parisienne est alors « un personnel semi-domestique » (Feroni, 1994), avec un petit niveau d'instruction et quelques compétences techniques (Carricaburu et Ménoret, 2004). En 1902, la circulaire Combes impose aux préfets de créer des écoles d'infirmières dans lesquelles celles-ci sont les « collaboratrices disciplinées, mais intelligentes, du médecin et du chirurgien » (Citée par Saliba, Ouvry-Vial et Bon-Saliba, 1993, p. 38)

1.1.2. L'influence du modèle anglo-saxon

Parallèlement, Florence Nightingale, jeune aristocrate anglaise ayant un haut niveau d'instruction, s'illustre lors de la guerre de Crimée (1853-1856) en réorganisant les secours aux blessés, faisant alors chuter drastiquement le taux de mortalité. Elle devient ensuite directrice générale des infirmières des hôpitaux militaires. Elle publie plusieurs ouvrages dans lesquels elle défend le modèle de la « nurse », qui concilie qualités chrétiennes et compétences techniques. Les candidates se doivent d'être dotées d'un bon niveau d'instruction générale et être compétentes, non seulement techniquement, mais aussi dans le domaine de

l'organisation des soins. Selon ce modèle, elles ne sont pas subordonnées aux médecins, du moins pas autant que dans le modèle de Bourneville.

En France, ce modèle sera introduit par Anna Hamilton, l'une des rares femmes à soutenir sa thèse de médecine en 1900, qui porte sur le modèle de l'infirmière idéale. Pour elle, le niveau d'étude et d'instruction générale doit être un pilier du métier d'infirmière. Ainsi, « (...) le soin des malades est chose trop délicate pour être confiée à des employées subalternes. La 'femme d'éducation' possède seule les aptitudes morales et intellectuelles pour se consacrer à cette tâche » (Knibiehler et Leroux-Hugon, 1984, p. 55).

Elle prend la direction d'une école à Bordeaux dans laquelle les jeunes femmes recrutées ont connu « le précieux travail que l'éducation opère année après année, et qui fait que la jeune fille de vingt ans (...) arrive possédant les qualités de douceur, de finesse, de réserve, de tact, de savoir-vivre, enfin la culture intellectuelle qui sont précieuses et indispensables pour former une bonne hospitalière » (Hamilton Anna, 1909 citée par Feyfant, 2016).

En France, c'est finalement ce que Saliba appelle « un compromis à la française » (1993) qui émerge, incarné par Léonie Chaptal issue de la haute bourgeoisie catholique. Elle prend du modèle anglo-saxon la nécessité d'instruction tout en rejetant l'élitisme de cette approche et sa non-conformité à la tradition française républicaine laïque. Son objectif est de rétablir la filiation religieuse en transformant les valeurs religieuses en « morale professionnelle » (Carricaburu et Ménoret, 2004).

Léonie Chaptal joue un rôle important dans la mise en place des diplômés infirmiers en 1922, qui viennent sanctionner des formations spécifiques. Ces diplômés prennent la forme de trois Brevets de capacités professionnelles infirmières qui permettent de porter les titres d'Infirmière hospitalière, d'Infirmière visiteuse de la tuberculose et d'Infirmière visiteuse de l'enfance. Ces infirmières visiteuses sont en filiation directe avec la vision de Léonie Chaptal qui, en 1900, avait créé avant même d'avoir obtenu son diplôme d'infirmière, et avec l'aide d'un médecin, un premier dispensaire parisien antituberculeux, puis un second destiné aux mères et à leurs enfants. Son objectif est de « s'attaquer à la racine du mal : les mauvaises conditions de vie et d'habitat dans des logements vétustes et insalubres » (Magnon, 1991, p. 38). Elle ouvre ainsi le chemin à la « morale du savoir-faire (...) dépouillée de son frisson céleste » (Petitat, 1989, p. 46). De plus, Chaptal partage l'idée d'une intervention étatique dans l'assistance aux nécessiteux comme dans la formation des infirmières, elle considère que la foi religieuse se doit d'être engagée auprès des plus démunis en association avec l'Etat. Elle suit alors l'esprit de deux encycliques pontificales de 1891 et 1892 qui enjoignent « les catholiques à investir l'action sociale » et, en France, à rallier la République (Diebolt et Fouché, 2011).

En 1938 est alors mis en place le diplôme d'infirmier qui marque durablement le métier d'infirmière et l'inscrit dans un processus de professionnalisation et d'autonomisation au cours des XX^e et XXI^e siècles.

La création du métier d'aide-soignante interviendra en même temps que se professionnalise le métier d'infirmière, avec l'apparition d'une formation d'Etat et une délimitation de son activité. En parallèle, la division du travail médical à l'hôpital se précise et se rationalise sous la direction des médecins.

1.2. Des infirmières aux aides-soignantes... puis aux aides à domicile ?

« La catégorie d'aide-soignante est le produit d'une élaboration administrative, formelle, une invention du droit mettant en ordre une situation réelle » (Arborio, 2001a, p. 65). Pour autant, ce titre coïncide-t-il avec une identité réelle ? Pour y répondre, il est nécessaire, d'une part, de comprendre dans quel contexte historique cette élaboration administrative s'est faite, et d'autre part, de saisir ce qu'il en est « sous le titre » (Arborio, 2001a).

Après la Seconde Guerre mondiale, l'hôpital fait face à de nombreuses pénuries, en plus d'une forte hétérogénéité du personnel. Les tentatives de classification ne parviennent pas à pallier cette hétérogénéité due aux origines multiples de formations et de recrutements (Arborio, 2001a). Ainsi, sous la même appellation d'infirmière, on retrouve des infirmières diplômées d'Etat mais aussi un personnel quasi-analphabète en plus des filles de salles sorties du rang 4 (Knibiehler et Leroux-Hugon, 1984). La loi du 8 avril 1946 cède aux revendications des infirmières les plus diplômées, et n'autorise l'exercice comme infirmière que sous réserve de la possession du diplôme d'Etat (DE). Toutefois, sont mises en place jusqu'en 1951 des mesures transitoires : délivrances d'autorisation d'exercer aux personnes ayant exercé la profession d'infirmier trois ans au moins avant le 8 avril 1946, examens de « récupération » pour les agents diplômés avant 1945, encouragement du personnel en poste à accéder aux écoles d'infirmières (Knibiehler et Leroux-Hugon, 1984).

Cependant, tout le monde ne parvient pas à rester dans le cadre des infirmières autorisées. Auparavant « infirmières adjointes », « infirmières non diplômées » ou « aides infirmières », celles-ci sont désormais privées de leur titre mais pas de leurs compétences, ces dernières étant associées à leur poste de travail. Est alors substitué à l'ensemble de ces titres celui de servante. Le 10 janvier 1949, un arrêté publié au Journal officiel met en place le grade d'aide-soignante. Cela « constitue peut-être pour elles un palliatif des conséquences en termes de prestige, de la loi de 1946 : il permet à ces anciennes infirmières n'ayant pu obtenir le diplôme ou l'autorisation, de ne pas exercer sous ce titre de servante, avec une rémunération de servante, pour des tâches qui restent souvent celles d'une infirmière » (Arborio, 2001 : 38). Toutefois, l'accès au titre est « à la discrétion du chef de service » (Arborio, *ibid.*) et sa création n'a pas pour objectif de « former » ce personnel, il s'agit seulement d'améliorer le statut.

Ainsi, en plus des anciennes infirmières non diplômées, d'anciennes filles de salle obtiennent le grade d'aides-soignantes. L'intérêt de la création de ce titre est aussi valable pour l'institution qui peut compter sur un personnel qui assure des tâches parfois équivalentes à celles des infirmières pour une rémunération inférieure.

La définition du statut d'aide-soignante demeure floue dans les années 1950 puisque dans la réalité, il existe une hétérogénéité des fonctions qu'occupe ce personnel. Globalement, le travail est plus orienté vers le soin que les servantes, les aides-soignantes sont souvent présentées dans les fiches de postes comme du personnel « certes non diplômé mais qualifié pour les soins » (Arborio, 2001 : 43). Ce n'est que le 23 janvier 1956 qu'est mis en place un Certificat d'aptitude spécifique aux aides-soignantes leur associant un niveau de qualification. Les attributions de la fonction sont alors fixées : donner les soins d'hygiène générale, à l'exclusion de tout soin médical, et sous l'autorité du personnel infirmier.

4 Il s'agit là de filles de salle qui au cours de leur expérience professionnelle ont petit à petit exécuté des tâches qui dépassaient l'activité habituelle des filles de salle.

En 1956, les aides-soignantes deviennent le personnel majoritaire à l'hôpital et le grade se présente comme une étape intermédiaire dans une carrière entamée comme fille de salle, servante ou Agente de service hospitalier (ASH). Toutefois, malgré les encouragements à la promotion en tant qu'infirmière, le grade d'aide-soignante est souvent, en réalité, l'étape ultime d'une carrière de personnel de service.

1.2.1. Au-delà du nom : les pratiques aides-soignantes

Les aides-soignantes se rapprochent des soignants par leur proximité avec les malades mais ont un statut d'agent de service, ce qui leur vaut de conserver une fonction intermédiaire. De plus, les enquêtes de terrain montrent que les réalités du métier sont complexes : « Un grand nombre d'ASH exercent les fonctions réelles d'aides-soignantes, affublées des seuls attributs symboliques qui lui sont liés, on trouve [également] des personnes qui, si elles n'exercent pas sous le titre protégé d'infirmière, pratiquent en réalité des gestes infirmiers » (Arborio, 2001 : 66). Cette affirmation est néanmoins à nuancer car depuis l'enquête menée en 2000, de nombreuses mesures d'encadrement des pratiques dites de « glissement de tâches » ont été mises en place. Les aides-soignantes se considèrent aujourd'hui comme de véritables professionnelles paramédicales. Elles définissent leur métier avec les termes d'« écoute, de réconfort, de soins techniques et relationnels, d'émission de conseils », mais l'accent est également mis sur le fait d'être « les yeux et les oreilles de l'infirmière », ce qui demande une « présence au soin en train de se faire », une posture permanente d'observation, d'éveil et d'attention (Arborio, 2001a ; Feyfant, 2016 ; Lechevalier-Hurard, 2015).

A partir de la notion de « sale boulot » pensée par Hughes (encadré 2 p. 26), Anne-Marie Arborio montre dans une enquête sur les aides-soignantes à l'hôpital, à travers une approche à la fois socio-historique et ethnographique, comment s'est délégué et se délègue le « sale boulot » des infirmières vers les aides-soignantes depuis les années 1970. Ainsi, la création administrative de cette catégorie d'aide-soignante correspond aussi à la professionnalisation du métier d'infirmière qui par là même, délègue les tâches les moins valorisantes. La transformation de l'hôpital, l'approfondissement de la division du travail, la rationalisation des techniques et la transformation des territoires des professions paramédicales conduisent d'un côté « l'infirmière à perdre un peu de son rôle valorisé tenant à la relation au malade » (Arborio, 2009), et de l'autre, cela la préserve aussi d'un ensemble de tâches spécifiques. Ainsi, le « sale boulot » délégué est, en l'espèce, un boulot sale, au sens où il amène à s'occuper de matières universellement reconnues comme sales, notamment les excréments corporelles, en général réservées aux catégories les plus subalternes dans une société » (Arborio, 2009).

Ce « sale boulot » qui échoue aux aides-soignantes est néanmoins un moyen pour elles de valoriser leur métier et ses spécificités en opposition à ceux des infirmières et des médecins. Par un processus de retournement du stigmat, ces tâches offrent aux aides-soignantes une source d'estime de soi (Acker et Arborio, 2004). Leur « proximité avec les patients et la connaissance intime qui en résulte » (Arborio, 2009) leur permet de recueillir de précieuses informations utiles aux médecins et aux infirmières. Elles développent à partir de cela une rhétorique qui légitime leur métier et revendiquent aujourd'hui un « rôle propre », au même titre que les infirmières à l'instar de la Fédération nationale des associations d'aides-soignants (Fnaas) dans leurs différents communiqués de presse⁵.

Elles réclament également la possibilité de s'installer en libéral et une refonte de la formation dans laquelle, d'ailleurs, elles ne prennent toujours pas part. Ce processus

⁵ Les communiqués sont accessibles à l'adresse suivante : <https://www.fnaas.fr/communique-de-presse/>

Le « sale boulot »

La délégation du « sale boulot » des infirmières, telle qu'analysée par Hugues, correspond pour lui « à déprécier la fonction de garde-malade qui leur vient de Nightingale et à en céder les fonctions au petit personnel, pour se consacrer aux travaux d'administration » (Hugues, 1996 : 76).

Précisons toutefois la notion de « sale boulot », qui renvoie au fait que toute activité professionnelle, même parmi les plus prestigieuses, comporte une partie socialement illégitime, que Hugues nomme « *dirty work* ». Il s'agit donc d'une hiérarchisation des tâches à l'intérieur d'une catégorie professionnelle, soulignant de fait que cette notion de « sale boulot » est relative. « La position de ces catégories n'est pas déterminée uniquement par la position de ces tâches sur une échelle de prestige. Les effets de leur prise en charge sur le prestige de celui qui les accomplit sont différenciés, justement selon le prestige initial de celui-ci » (Hughes, 1951 : 123).

Lorsqu'une chaîne d'activités professionnelles vient à muter et entrer dans un processus de professionnalisation (la transformation de l'hôpital depuis les années 1970 par exemple et l'évolution du rôle des infirmières), se met alors en place un processus de délégation de ces tâches correspondant au « sale boulot ».

n'est pas sans rappeler celui de la professionnalisation des infirmières tout au long du XX^e siècle, comme si, encore une fois, l'histoire se répétait. Les aides-soignantes semblent être aujourd'hui dans ce que Freidson appelle « une position de semi-professionnalité » (1984).

1.2.2. Les aides à domicile : au gré des politiques publiques

Comparativement aux infirmières et aides-soignantes, la particularité de l'évolution du secteur de l'aide à domicile, de sa naissance au début du XX^e siècle à aujourd'hui, est sa grande diversification – on parle aujourd'hui de services aux personnes – sans que jamais ce secteur ne s'inscrive « dans une politique globale et cohérente, pourtant garante d'une certaine efficacité » (Capuano, 2017, p. 15).

C'est à la suite de la loi du 14 juillet 1905 d'assistance sociale aux vieillards, infirmes et incurables sans ressources, que naît l'aide à domicile. L'objectif est simple et lié à des considérations budgétaires : il s'agit de « maintenir dans leur lieu de vie des populations assistées en perte d'autonomie, alternative économique à l'entretien en hospice » (Capuano, 2017, p. 15). Pour ce faire, la loi prévoit l'attribution d'une allocation en espèces aux personnes âgées qui restent à domicile afin d'éviter d'encombrer les hospices de l'Assistance publique et de générer des coûts d'entretien très élevés (*Ibid.*). L'allocation, normalement destinée à l'embauche d'une aide humaine, est jusque dans les années 1950-60 principalement utilisée comme complément de ressources. L'aide à domicile sous la forme d'aide-ménagère existe juridiquement depuis 1959 comme « mode d'action de l'aide sociale », mais ce n'est seulement qu'à la suite d'un décret de 1962 et l'orientation de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse vers une politique globale de maintien à domicile, que celle-ci devient officiellement la règle. Le décret impose alors notamment aux municipalités, qui ne jouaient jusqu'alors qu'un rôle minoritaire, la mise en place des permanences sociales, des services d'aide-ménagère et une coordination administrative et sociale (Capuano, 2017).

Entre 1962 et 1974, les services d'aides à domicile sont multipliés par dix, sans pour autant que cela suffise et corresponde aux attentes des politiques publiques (Ennuyer, 2012). En réalité, les services se développent lentement et avec difficulté, en particulier dans les

milieux ruraux puisque complètement dépendants des initiatives locales. L'ADMR va alors tirer son épingle du jeu et s'imposera comme le plus gros réseau associatif d'aide à domicile. Au cours des années 1970, l'aide à domicile continue son développement et se diffuse par des organismes de toute taille et quasi-exclusivement à but non lucratif. Deux facteurs expliquent cette accélération de la diffusion. Le premier est la mise en place d'un véritable programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées avec la circulaire du 1^{er} février 1972 du ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale (Capuano, 2017). Le deuxième facteur est celui du financement puisqu'avec « l'arrêté du 31 janvier 1974, ce sont l'ensemble des régimes de retraite de base qui sont soumis à l'obligation de financement de la prestation facultative d'aide-ménagère par voie conventionnelle » (Capuano, 2017, p. 18). Cette prestation finance des interventions (jusqu'à 60 heures par semaine) pour tous les bénéficiaires d'une pension de vieillesse.

Dans les années 1980, l'aide à domicile continue son développement mais le tournant de la rigueur de 1983 ralentit son essor d'autant que les pouvoirs publics s'aperçoivent que les coûts globaux, techniques et humains, du maintien au domicile sont toujours plus élevés. De plus, les organismes d'aides à domicile sont multiples et très hétérogènes. Le rapport de la Cour des comptes de 1995 décrit l'aide à domicile « comme un ensemble morcelé dont aucune instance de concertation ne semble assurer la cohérence »⁶. La fin des années 1990 va alors marquer la première phase d'une structuration du secteur avec la loi du 24 janvier 1997. Celle-ci met en place la Prestation spécifique dépendance (PSD) pour les personnes de plus de 60 ans avec incapacités. Les plans d'aide à domicile sont alors encadrés par des équipes médico-sociales, sous l'égide des conseils généraux. Apparait alors la grille Aggir, outil de référence national français pour évaluer le degré (du Gir 6 au Gir 1) de dépendance des personnes âgées.

L'arrivée de Paulette Guinchard-Kunstler en tant que secrétaire d'État chargée des personnes âgées sous le gouvernement Jospin en 2001 marque une nouvelle orientation. La PSD est remplacée par l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) qui élève le plafond nécessaire pour en bénéficier. Concrètement, les classes moyennes y ont alors accès mais le montant varie en fonction du degré d'incapacité et du niveau de revenus. Le début des années 2000 marque aussi l'entrée dans le processus de professionnalisation et de modernisation des métiers de l'aide à domicile (Capuano, 2017 ; Ennuyer, 2003 ; Jany-Catrice *et al.*, 2009 ; Lada, 2011). Ainsi, un accord de branche est signé par les six grandes fédérations syndicales en 2002 et une convention collective est conclue en 2003, instaurant une classification unique répartie en trois filières : auxiliaires de vie sociale, techniciens de l'intervention sociale, personnels soignants et administratifs. Le statut d'auxiliaire de vie sociale devient reconnu et un Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) est institué, intégrant la validation des acquis de l'expérience (Capuano, 2017). En 2005, le plan Borloo vient libéraliser le secteur en permettant à des entreprises privées de « déroger au mécanisme obligatoire de l'autorisation instituée par la loi 2002-2 au profit d'un simple agrément qualité permettant de fixer leurs propres tarifs hors de contrôle » (Capuano, 2017, p. 30)⁷. Apparaissent alors de nombreux organismes à but lucratif qui entrent en concurrence avec les organismes non lucratifs souvent associatifs. Selon Bernard Ennuyer, cela renforce la confusion entre aide à domicile et services de confort (Ennuyer, 2012).

L'ouverture du secteur à des organisations à but lucratif et la volonté de professionnaliser en imposant des contraintes propres au secteur industriel (norme Afnor, démarche qualité, certification, etc.) ont poussé l'aide à domicile dans des logiques de rentabilité financière et de rationalité technique (Ennuyer, 2003). Le travail d'aide à domicile est ainsi

⁶ Rapport de la Cour des comptes, La Décentralisation en matière d'aide sociale, décembre 1995, p. 95-97.

⁷ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Pratiques paramédicales en soins primaires

Chapitre 1 | Des infirmières aux aides-soignantes... puis aux aides à domicile ?

Irdes - novembre 2021

ramené à une prestation de service non seulement conceptuellement, mais aussi dans la relation entre les professionnelles et leurs « clients » ou « bénéficiaires » (*Ibid.*). De plus, si les différents organismes de l'aide à domicile sont aujourd'hui en concurrence, ils le deviennent également, selon les territoires, avec les infirmières libérales et les Ssiad. En effet, la montée de la qualification des personnels de l'aide à domicile et la démarche libérale de rentabilité les ont conduites à pratiquer de plus en plus d'actes partagés avec ces autres groupes professionnels.

Aujourd'hui, parmi les métiers du domicile étudiés, seules les infirmières ont un « rôle propre », délimitant *a priori*, leur faisceau de tâches. Les aides-soignantes et les aides à domicile étant dépourvues d'un rôle propre, la division du travail entre elles et les autres professionnelles ne se fait pas sans heurts.

1.3. Un rôle propre

Les infirmières ont longtemps été liées à ce qu'on appelle dorénavant le travail social. S'il nous semble désormais évident qu'il s'agit de deux groupes professionnels distincts, cette histoire commune n'est pas sans effet sur les représentations et la construction de l'autonomie de ces professionnelles aujourd'hui. De plus, si les infirmières ont un rôle propre, devenu central dans la construction de leur professionnalité, elles sont les seules à être dans ce cas parmi les groupes professionnels étudiés ici, ce qui n'est pas sans implication comme nous l'avons évoqué ci-dessus dans la division du travail du domicile.

1.3.1. Technicienne de santé ou travailleuse sociale ?

En 1938, le métier d'infirmière et les brevets qui l'accompagnent se scindent en deux branches distinctes : celle des assistantes sociales et celle des infirmières. Le service médical et le service social sont alors individualisés, les brevets d'infirmières visiteuses sont supprimés, remplacés par la création du diplôme d'assistante sociale. L'histoire des assistantes de service social aura jusque-là été liée à celle des infirmières, la régulation de leur métier et de leurs actions se faisait sous le parrainage des médecins (Ravon et Ion, 2012). Les travailleurs sociaux « à la manière des enseignants et infirmières remplaçant progressivement les curés et les bonnes sœurs, s'inscrivent dans un contexte de laïcisation de la société » (Ravon et Ion, 2012, p. 4). Toutefois, ce n'est réellement qu'après la Libération que les travailleuses sociales ont engagé un mouvement d'autonomisation vis-à-vis du monde médical et de professionnalisation sur le modèle anglo-saxon des *professionnals*, « c'est-à-dire en se réunissant dans un ordre (comme celui des médecins ou des architectes) apte à maîtriser les conditions d'exercice du métier et doté d'un code de déontologie » (Ravon et Ion, 2012), sans réel grand succès pour cette deuxième partie.

L'interventionnisme social, originellement dévolu aux religieuses puis aux infirmières visiteuses, marque encore aujourd'hui les discours des infirmières qui mettent en avant « l'héritage religieux » dans leurs pratiques (Feyfant, 2016), en particulier dans les valeurs morales qu'elles estiment nécessaires. Le travail social, qui prend la forme d'un rapport de proximité avec les malades - d'un travail de *care* propre aux paramédicaux -, entre en tension avec la professionnalisation et les volontés d'autonomie par rapport aux médecins, qui passent par une reconnaissance sociale de leur « rôle propre ». Les infirmières hospitalières insistent sur l'aspect technique et médical de leur profession pour acquérir une reconnaissance sociale qui ne repose pas sur des vertus charitables. Le travail social en tant que travail non simplement curatif sur du matériau humain peut être étendu au travail des infirmières qui ne constitue pas les soins médicaux, s'occuper des malades ne se résumant pas seulement à l'administration des médicaments dans l'activité infirmière.

Or, cette tension entre technicité ou travail social subsiste encore à la fin XX^e siècle et a pu être exprimée d'une certaine manière dans les grèves de 1988 et 1989. Les infirmières signifient alors leur refus d'être appréciées sur la base de qualités comme le dévouement ou la gentillesse et sur leur statut de subalternes, elles réclament la reconnaissance de leur professionnalité (Feroni, 2000). Leur position ambiguë dans la division du travail avec le *nursing* d'une part, et des compétences médicales d'autre part, traduit un paradoxe persistant qui maintient la tension entre travail social et technicité. Pour reprendre Chauvenet : doivent-elles « revendiquer une participation croissante à l'acte médical et par là accuser leur dépendance vis-à-vis des médecins, ou bien se replier dans l'autonomie et la spécificité du geste infirmier, qui valorise la relation malade-infirmier et les gestes du *nursing* ? » (Chauvenet, 1974, p. 148). Dans ce cas, cela entre en contradiction avec leurs revendications exprimées plus tôt de refus d'être perçues comme des travailleuses sociales, et leur volonté

d'accéder à une reconnaissance sociale et ainsi de se professionnaliser. De fait, une part du travail s'est alors transférée petit à petit aux aides-soignantes, c'est ce que Hugues analyse comme la délégation du « sale boulot » (Hughes, 1996), tel que vu précédemment. Or, les aides-soignantes revendiquent le monopole de la proximité avec le patient et, finalement, de l'ensemble des soins non curatifs, ce qui met en lumière la tension dans la répartition des tâches entre professionnels aujourd'hui. En soins primaires, cette question est centrale puisqu'en plus des aides-soignantes et des infirmières, les aides à domicile en viennent aussi à pratiquer un ensemble de tâches jusqu'alors réservées aux paramédicaux. Ce chevauchement de tâches entre aides à domicile, aides-soignantes et infirmières a ceci de paradoxal que les infirmières, plus avancées dans le processus de professionnalisation, ont bâti un rôle propre qui délimite leur champ d'actions (encadré 3).

3

ENCADRÉ

Le rôle propre de l'infirmier

Le rôle propre de l'infirmier est défini par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004, dans l'article R. 4311-3 : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes ». Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

1.3.2. La construction sociale du « rôle propre »

« Dans leur combat continu pour une autonomie professionnelle par rapport aux médecins, les infirmières s'efforcent de se doter de réglementations, de concepts (diagnostic infirmier), d'outils (dossier de soins) qui consacrent l'existence d'un champ de compétences autonome fondé sur la relation avec le malade : le malade n'est plus conçu comme le corps morcelé, objet d'une intervention médicale à visée curative, mais comme un sujet auquel l'infirmière procure hygiène, confort, soutien psychologique et éducation tournés vers une approche positive de la santé » (Lert, 1996, p. 104).

La professionnalité des infirmières se fonde sur l'opposition entre ce rôle propre et le rôle médico-délégué, or, celle-ci a été largement critiquée depuis deux décennies. Ainsi, certains chercheurs comme France Lert pointent la distance entre ce qu'affirme théoriquement le rôle propre et la réalité des pratiques : « Il nous semble qu'aujourd'hui cette conception de la profession fondée sur la distinction entre un rôle délégué et un rôle principal fondé sur la relation au malade est devenue stérile, étrangère aux situations quotidiennes de travail des infirmières. En conclusion de son étude de la production des guides infirmiers entre 1986 et 1988, Acker (1991) note que certaines infirmières s'interrogent sur la pertinence de la place centrale du rôle propre pour rendre compte de leur professionnalité. Il nous semble que divers travaux de recherche menés en France ces dernières années sur le travail de soin à l'hôpital sont porteurs des mêmes interrogations » (Lert, 1996, p. 105).

De plus, de nombreuses enquêtes montrent la forte adhésion des infirmières aux valeurs du progrès scientifique en valorisant particulièrement les actes techniques qui sont

pourtant du ressort du rôle médico-délégué (Gonnet, Chadenet et Dequecker, 1994 ; Lert, 1996). Le rôle propre des infirmières est avant tout une construction politique, sa conception se réduit à ne considérer que le couple médecins-infirmières dans leur relation avec le malade « comme si les problèmes que pose l'organisation du travail étaient réduits à la subordination de l'infirmière au médecin » (Lert, 1996, p. 110). Or, l'interdépendance des différents métiers à l'hôpital (plus de 150 dans les hôpitaux publics) dépasse largement le cas des infirmières et des médecins. La production de soins repose aussi sur la mobilisation de ressources diverses à l'intérieur (pluralité de spécialités médicales, services médico-techniques, logistiques) et à l'extérieur de l'hôpital (médecins de ville, Hospitalisation à domicile (HAD), autres institutions, associations, etc.). Ces interdépendances ne sont pas nouvelles. Dans son étude, Chauvenet (1972, 1974) « relevait cette multiplication des acteurs autour du patient, particulièrement celle de métiers venant grignoter cet espace du contact avec le malade, espace vide au sens où il n'était pas défini comme relevant de la compétence exclusive » (Lert, 1996). Feroni et Kober (1995) remarquent également que les secteurs sur lesquels les infirmières cherchent à affirmer leurs compétences, et donc bâtissent leur « rôle propre », sont déjà le terrain d'autres métiers, en particulier psychologues et travailleurs sociaux.

François-Xavier Schweyer a montré que chez les sages-femmes, il s'agit du segment enseignant qui est le plus engagé dans la défense de la profession et qui s'efforce de mettre en œuvre des outils construits en référence au rôle qu'elles esquissent (Schweyer, 1996). De la même manière, les infirmières, dans les années 1980, ont constitué des groupes de travail composés principalement de cadres afin de construire « un corpus doctrinal qui donne un contenu tangible à la notion de rôle propre » (Acker, 1991).

La construction de ce rôle propre a ainsi ceci de politique qu'il provient d'une production d'une partie de la profession dans la recherche d'une autonomie vis-à-vis des médecins. Il n'est pas forcément tangible pour les différentes raisons exposées et ne permet pas la pleine compréhension du métier d'infirmière. Néanmoins, c'est à partir de l'affirmation d'un rôle propre que dans de nombreux pays, les infirmières ont acquis une autonomie de leur profession telle que celle-ci s'est universitarisée, avec l'apparition d'infirmières en pratique avancée et les doctorats en sciences infirmières.

Dans le cas qui nous intéresse, celui des infirmières exerçant en soins primaires, la dimension technique du métier est ainsi beaucoup moins présente que la dimension relationnelle, voire sociale, finalement plus proche de l'infirmière visiteuse du début du XX^e siècle. La porosité des métiers étudiés est ainsi liée au fait que la dimension du *care*, et donc de la mise à distance du *cure*, est particulièrement prégnante, du moins beaucoup plus qu'à l'hôpital.

1.4. Conclusion

Historiquement religieuse, la pratique infirmière s'étant professionnalisée, la construction du métier s'est faite, particulièrement en France, sous l'égide des médecins. Néanmoins, la pratique infirmière a été aussi construite par les modèles anglo-saxons plus axés sur le travail du *care* et, en France, par ses liens historiques forts avec le travail social. En soins primaires, l'exercice d'aujourd'hui semble aussi s'inscrire, nous le verrons, dans la lignée des infirmières visiteuses. On observe alors des tensions au sein de ce groupe professionnel qui se cristallisent notamment dans le rapport aux autres professionnelles du domicile, dans la division du travail et dans le type de tâches effectuées.

Les aides-soignantes, création administrative de l'hôpital, sont encore très liées à cette institution, en témoigne leur faible présence en soins primaires. Elles sont encore souvent considérées comme des « exécutantes » dont le travail relève uniquement d'une délégation de tâches infirmières, raisons pour lesquelles elles n'ont pas de rôle propre. En soins primaires, si leur faisceau de tâches est stable comparé à celui des aides à domicile et aux infirmières, leur position vis-à-vis des autres professionnelles est parfois complexe, justement parce qu'un certain nombre de tâches leur sont communes.

Enfin, les aides à domicile sont finalement une catégorie assez vaste. Le secteur, jusqu'alors peu défini et peu reconnu, a beaucoup évolué et on assiste aujourd'hui au passage de l'aide à domicile au service à la personne, avec une polyvalence accrue des travailleuses (dans leurs tâches) et des organisations (dans les services proposés). De plus, cette mise à l'écart des aides à domicile du monde soignant construit un mode de relation entre bénéficiaires et professionnelles particulier, qui varie selon les organisations ou les professionnelles elles-mêmes.

CHAPITRE 2

Apports de l'enquête auprès de professionnelles paramédicales exerçant en soins primaires

Ce chapitre, qui regroupe les résultats de l'enquête de terrain, poursuit les questionnements autour de la division du travail entre les infirmières, les aides-soignantes et les aides à domicile en soins primaires, du point de vue des relations interprofessionnelles, de l'exercice collectif et des difficultés rencontrées dans sa mise en place. L'approche socio-historique exposée dans le premier chapitre permet d'appréhender l'évolution des dynamiques professionnelles à l'œuvre au cours de l'histoire, jusqu'à celles qui sous-tendent aujourd'hui l'organisation du travail et les relations entre professionnelles. Ce deuxième chapitre s'attache, dans une première partie, à saisir la perception et les conceptions des métiers des professionnelles étudiées avant d'exposer la réalité du travail, son organisation et la division des tâches dans une deuxième partie. Une troisième se concentre sur les relations entre les professionnelles et les dynamiques d'exercice collectif existantes, notamment à travers des études de cas. Enfin une quatrième partie vient clore ce chapitre en abordant les difficultés au développement de l'exercice collectif telles qu'exprimées par les enquêtées.

Pratiques paramédicales en soins primaires

Chapitre 2. Apports de l'enquête auprès de professionnelles paramédicales exerçant en soins primaires

Irdes - novembre 2021

2.1. Conceptions de leurs métiers

Chaque groupe professionnel possède une histoire qui lui est propre (Divay et Girard, 2019 ; Girard, 2018) : on trouve dans ces histoires les contours des représentations ou des conceptions qui façonnent les métiers. Nous proposons, dans cette partie, une analyse des conceptions que les professionnelles ont de leur métier à travers leurs propos recueillis lors des entretiens. D'abord, ceux-ci révèlent un discours vocationnel présent chez les infirmières et les aides-soignantes. Ensuite, toujours en nous basant sur les entretiens, nous mettons en évidence plusieurs composantes dans les conceptions de leur métier. Enfin, nous abordons les frontières entre ces trois groupes professionnels et, notamment, la frontière entre le monde soignant, et la frontière entre le monde soignant et celui de l'aide à domicile qui en est constitutive.

Cette première partie vise à saisir ce qui sous-tend les pratiques (traitées ensuite). Les conceptions du métier orientent en partie l'organisation, les pratiques professionnelles et les relations qu'entretiennent les professionnelles. De même que l'examen des frontières professionnelles permet de mieux appréhender les difficultés ou les possibilités d'exercice collectif.

2.1.1. Des vocations ?

Comme l'explique Gisèle Sapiro, « les métiers à vocation sont des activités relativement rares ». Ils se caractérisent par « l'idée de mission, de service de la collectivité, de don de soi et de désintéressement » (Sapiro, 2007). Notre objectif n'est pas tant d'affirmer ou d'infirmier l'idée que les activités étudiées sont des vocations, mais de comprendre le discours des professionnelles sur leur métier afin de saisir l'engagement dans la pratique.

Un discours vocationnel

Ce qui ressort, en premier lieu, est un discours vocationnel qui prend la forme de l'évidence de l'engagement dans le métier d'un grand nombre d'infirmières enquêtées. Depuis leur très jeune âge, elles sont nombreuses à « *toujours avoir voulu faire ça* », comme l'exprime Florence :

« Alors là, je sais que c'est bizarre mais j'ai toujours voulu faire ça ! Je n'ai jamais pensé à faire autre chose. Pourquoi j'ai voulu faire ça depuis toute petite, depuis toujours ? Ma mère travaillait dans une clinique. Elle n'était pas du tout infirmière mais aide-soignante. J'allais souvent la voir, en sortant de l'école... Je ne sais pas si ça vient de là mais je ne me suis même pas posé la question sur autre chose. »

Florence, 48 ans,

infirmière en CMS dans un quartier populaire de région parisienne

Concernant les aides-soignantes et les aides à domicile, ce n'est pas tant la vocation d'un métier qui est mise en avant, mais une pratique : celle « d'aider les gens ». La formation vient alors dans un second temps, pour concilier au mieux les attentes et les capacités scolaires.

« J'avais envie d'aider les gens à domicile, alors au départ, j'ai pensé faire une formation pour être auxiliaire de vie sociale. Après je me suis dit, pourquoi pas aide-soignante ? J'ai refait l'école et j'ai eu la possibilité à la sortie de travailler en Ssiad, donc ce que je voulais entre guillemets. »

Marie, 53 ans,

aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

La vocation, plus spécifiquement du domicile, naît aussi souvent de la proximité avec une personne dépendante. Pour Yasmina, Hélène ou Claire, par exemple, c'est un proche malade ou handicapé dont elles ont dû s'occuper lorsqu'elles étaient plus jeunes.

« J'ai toujours voulu faire ça depuis que j'étais toute petite. Je passais tous les mercredis chez ma grand-mère qui était diabétique, et l'infirmière passait trois fois par jour et je reproduisais toujours les gestes de l'infirmière. Et voilà, ça n'a jamais changé ! »

Claire, 31 ans,
infirmière libérale en secteur rural dans le sud-ouest de la France

« Je suis partie dans cette direction parce que j'avais une amie qui était handicapée. J'ai commencé à 22 ans, j'en ai 50 aujourd'hui. Et puis j'ai fait la formation d'auxiliaire de vie et après je me suis lancée dans le métier comme ça sur le terrain. »

Hélène, 50 ans,
auxiliaire de vie sociale dans une ADMR de la région parisienne

Yasmina analyse elle-même son désir de « prendre soin » des personnes à domicile comme venant de là.

« En fait, je m'occupais beaucoup de ma mère qui, à l'époque, était malade. Je pense que la vocation vient de là, au départ, prendre soin des autres, je crois, enfin, maintenant avec le recul, je me dis que ça vient de là. J'allais pas trop à l'école, donc il est venu le moment où il fallait quand même manger et payer les factures. Il y avait des petits jobs qui ne me convenaient pas du tout. Ce qui était plus proche de ce que je ressentais, c'était le soin à domicile. »

Yasmina, 48 ans,
infirmière libérale dans un cabinet partagé avec sa nièce,
membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

Néanmoins, définir les métiers d'aide-soignante, d'aide à domicile et d'infirmière comme vocationnels est à relativiser. La valeur symbolique de la pratique est à nuancer tout comme l'investissement intense, bien plus souvent subi que volontaire. La vocation, ici, est bien avant tout un discours vocationnel qui, par ailleurs, n'est pas systématiquement présent à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale des métiers. Les aides à domicile interrogées dans notre enquête « ne regrettent pas du tout » d'exercer ce métier mais leur discours est moins exempt de critiques, notamment quant aux conditions de travail.

« Ah non, je regrette pas du tout ! C'est très contraignant, physiquement, c'est vrai. Je ne regrette pas parce que c'est autre chose. L'humain, on découvre beaucoup de choses. D'un client à l'autre ça varie, c'est très enrichissant. »

Anne-Françoise, 59 ans,
aide à domicile dans une ADMR de la région parisienne

Pour certaines, un deuxième métier qui a du sens

Cela est moins vrai pour les infirmières, mais parmi nos enquêtées, certaines aides-soignantes et aides à domicile le sont devenues après une reconversion professionnelle choisie. Dans ces cas, le métier n'est, par définition, pas vocationnel, au sens d'un sentiment de prédestination à celui-ci. Pourtant ces professionnels ont un discours particulièrement positif, voire enchanté. C'est notamment le cas de Sylvain, auxiliaire de vie et Mélanie, aide-soignante.

Le premier a travaillé à l'usine dès ses 18 ans après avoir arrêté l'école, il a cherché très vite à faire autre chose qui lui permette de s'épanouir davantage et de trouver du sens à son métier.

« [La raison] c'était me rendre utile et c'était l'envie d'aider aussi. En usine, je tournais en rond et ce n'était pas non plus... parler à des machines, ce n'est pas top. Enfin voilà, c'était avoir l'envie d'être utile. Un minimum... avoir quand même... servir à quelque chose. »

Sylvain, 42 ans,
auxiliaire de vie dans une ADMR rurale dans les Pays de la Loire

Après des congés individuels de formation et une année de formation en alternance, il a passé le Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). Travailler à l'ADMR comme auxiliaire de vie revêt ainsi pour Sylvain un sens particulier, en rupture avec l'usine et le travail ouvrier, un sentiment « d'être utile », de faire un métier « relationnel » indispensable auprès d'une population isolée. Si le discours n'est pas vocationnel puisqu'il ne s'est jamais prédestiné à devenir auxiliaire de vie, Sylvain fait partie des enquêtés les plus investis dans leur activité professionnelle. De plus, il développe une culture savante légitime⁸ de son métier par la lecture d'ouvrages ou d'articles théoriques sur son activité, autant en psychologie qu'en sociologie, et s'implique volontairement dans de l'analyse de la pratique avec une psychologue. D'autre part, il est syndiqué, écrit des articles dans la presse locale pour défendre l'aide à domicile et porte un discours politique sur l'avenir de son activité.

Pour Mélanie, le parcours est un peu différent, elle a toujours voulu devenir aide-soignante mais a eu son premier enfant à la fin de son BEP, ce qui a stoppé son entrée à l'école d'aide-soignante. Elle est alors devenue aide à domicile puis assistante maternelle après avoir eu deux autres enfants. Elle est tombée malade après la naissance du troisième, et ce moment lui ayant permis de songer à reprendre son objectif initial, elle a préparé le concours d'entrée qu'elle a obtenu.

« Comme ma maladie allait mieux et puis que j'en avais un peu marre d'être à la maison, j'ai fait la préparation du concours d'aide-soignante que j'ai réussi et donc j'ai fait un an d'école d'aide-soignante et maintenant ça fait cinq ans que je suis au Ssiad. »

[...]

« - Et vous ne regrettez pas [d'avoir fait aide-soignante] du coup ?
- Non, du tout. Je regrette juste de ne pas l'avoir fait avant. »

Mélanie, 39 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Dans son cas, le diplôme obtenu et l'exercice du métier d'aide-soignante apparaissent comme l'aboutissement de ses objectifs initiaux. Aide à domicile et assistante maternelle ne sont pas des activités professionnelles qui sortent du cadre des métiers solitaires féminins du *care*. Elles ne sont cependant pas aussi socialement reconnues qu'aide-soignante.

« En tant qu'auxiliaire de vie aide à domicile, il manque quand même plein de choses qu'on ne fait pas en fait. On ne sait pas se servir du matériel alors qu'on est aussi amenés à s'en servir, du coup, à l'école d'aide-soignante, on apprend ça, les gestes techniques. Voilà, il y a vraiment plein de choses en tant qu'aide-soignante que les auxiliaires de vie ne savent pas faire. »

[...]

« Malheureusement pour elles, quand elles font un BEP, des bacs, des choses comme ça, ça devrait être plus poussé. »

[...]

⁸ Nous parlons ici de culture savante légitime au sens où celle-ci correspond à un savoir théorique produit par des disciplines universitaires reconnues académiquement et non à un savoir propre à la pratique du métier, socialement moins légitime.

« En tant qu'aide à domicile ou auxiliaire, on a plus l'impression d'être un larbin, qu'un professionnel. »

Mélanie, 39 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

En mettant à distance ses anciens métiers et anciennes collègues, et en soulignant ses nouvelles responsabilités vis-à-vis des patients depuis qu'elle est aide-soignante, Mélanie exprime la satisfaction qu'elle a à exercer son métier. Sa trajectoire sociale, objectivement ascendante, renforce la valeur qu'elle confère à son métier d'aide-soignante et participe du sentiment de satisfaction d'exercer ce métier.

2.1.2. Différentes composantes dans les conceptions des métiers d'infirmière et d'aide-soignante

Nous voudrions ici rendre compte, à partir de l'analyse des entretiens auprès des professionnelles, de la manière dont les infirmières et les aides-soignantes conçoivent leur métier. Si nous avons insisté précédemment sur la satisfaction qu'ont les professionnelles à exercer leur métier malgré les difficultés, nous avons pu aussi saisir plusieurs visions qui peuvent entrer en tension, tout en n'étant pas forcément exclusives les unes des autres.

Ainsi, l'analyse des entretiens nous a permis de faire émerger trois types de composantes dans les conceptions des métiers d'infirmière et d'aide-soignante⁹ : une composante holistique et humaniste ; une composante technique ; une composante entrepreneuriale.

Une composante holistique et humaniste

Certaines infirmières considèrent que leur métier repose avant tout sur une conception holistique du soin au sens où le patient doit être pris en charge dans sa globalité. Ainsi, chez les infirmières se revendiquant comme telles, nous avons observé que cette conception repose sur trois caractéristiques imbriquées.

La première est une approche « globale » du soin, il s'agit d'abord d'accepter tous les patients ayant une prescription, quel que soit le type de soin. Mais au-delà, il s'agit aussi de prendre en compte l'ensemble des éléments qui peuvent rentrer dans le processus de soins. Ainsi, les professionnelles vont accorder de l'importance à d'autres caractéristiques que celles proprement biomédicales, comme la qualité de la relation soignant-soigné.

« Quand on prend quelqu'un en charge, moi je dis que je dois le prendre avec tout, avec le soin technique, avec le soin relationnel qui se passe pendant la toilette parce que c'est quelque chose d'hyper intime. C'est à ce moment-là, que les gens se dévoilent. Les soignés comme les soignants. Parce que si on veut qu'un soigné se dévoile, il faut à minima que le soignant se dévoile aussi. C'est-à-dire qu'on parle de tout et de rien, des enfants, d'où j'habite, ce qui est cool ! (rires). Après, il faut que ce soit humain pour ne pas être dans l'inquisition et moi je pense qu'on a un métier qui peut prendre un patient dans sa globalité. »

Catherine, 54 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP dans une petite ville de l'est de la France

⁹ Sont ici exclues les aides à domicile leur situation sociale et professionnelle, leurs faisceaux de tâches et la forme d'emploi occupé différant trop de ceux des infirmières et aides-soignantes pour être associées dans une même typologie. Les aides à domicile se retrouveraient exclusivement dans la première conception, or il y a une hétérogénéité entre elles, comme le montre Christelle Avril dans son enquête ethnographique (Avril, 2012).

De plus, une approche globale suppose aussi pour les professionnelles de développer l'éducation thérapeutique autour de la maladie mais aussi de l'alimentation, l'environnement immédiat etc.

« [Je fais] plutôt des prises en charge globales. Il y a pas mal de patients diabétiques dans le quartier, qui ne sont pas capables de gérer ça, soit parce qu'ils sont... pas franchement déments, ce n'est pas ça le problème mais... c'est plutôt un problème de langue et d'éducation, donc ils ont peur de mal faire et tout ça. Après, il y a des personnes âgées qui sont en perte d'autonomie, ça c'est plutôt pour une prise en charge globale et on les aide un peu à la toilette, ce ne sont pas des gens grabataires et qui sont complètement hyperdépendants. »

Neela, 37 ans,
infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

Cette approche nécessite bien souvent de passer plus de temps que les autres infirmières auprès des patients et de réaliser des tâches parfois imprévues, et surtout qui ne rentrent pas dans la rémunération. Bien souvent, les professionnelles justifient cela par des qualités humaines intrinsèques au métier d'infirmière ou d'aide-soignante.

« Pour prendre soin, faire chauffer un petit déjeuner, nous aussi, on a des gens Alzheimer... on ne va pas attendre que l'auxiliaire passe. Le matin si on ne le fait pas, ils ne déjeuneront pas ces gens-là. Donc on fait chauffer de l'eau, on met un truc de thé dedans, deux petits suisses et puis une banane, c'est ce que je fais le matin. Parce que si je ne le fais pas, personne ne le fera. Il n'y a pas besoin de diplôme pour faire ça, c'est juste soi. Soit on est comme ça, soit on ne l'est pas. »

Catherine, 54 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP dans une petite ville de l'est de la France

Par ailleurs, les professionnelles considèrent leur approche comme une forme de contrat implicite. Si elles s'occupent des patients dans leur globalité, ce qui nécessite un engagement et une forme de dévouement, les patients se doivent, d'une part, de leur faire parvenir les informations dont elles ont besoin, et d'autre part, de les considérer, elles exclusivement, comme infirmières ou aides-soignantes attitrées. Si leur éthique ne leur permet pas de refuser les toilettes (ce que font une grande partie des cabinets infirmiers), elles attendent de leurs patients que ceux-ci leur restent fidèles.

« Alors là, par contre, je n'ai jamais refusé des toilettes à nos patients parce que j'estime que ça fait partie [du travail]. Mais, quand j'entends des patients qui nous téléphonent que pour des toilettes et après, j'entends que les prises de sang sont faites par tel ou tel cabinet, là, tu envoies tout balader. Soit je prends le patient complètement en charge, soit je ne le prends pas. Je ne suis pas un bouche-trou, d'accord ? »

Michelle, 55 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

La deuxième composante de cette conception sociale des métiers découle de la première en ce qu'elle insiste sur l'importance de la sociabilité.

« - Qu'aimez dans votre métier ? Ça dépasse les soins ?
- Oui, c'est plus que ça. C'est le relationnel. »

Lisa, 23 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

On retrouve ici la conception historique anglo-saxonne de la fin du XIX^e siècle de l'infirmière (avant la création de l'aide-soignante), telle qu'elle a été pensée par des infirmières théoriciennes comme Florence Nightingale. Notamment, lorsque cette dernière défend le modèle de la « nurse », une conciliation entre qualités religieuses chrétiennes et compétences techniques dans lesquelles les infirmières se doivent d'être dotées d'un bon niveau d'instruction générale, et être compétentes, non seulement techniquement mais aussi dans le domaine de l'organisation des soins. On retrouve aussi une proximité avec l'infirmière visiteuse en filiation directe avec la vision de Léonie Chaptal. Ainsi, dans cette approche, les professionnelles deviennent responsables d'une partie des relations sociales de leurs patients. A la fois parce qu'il s'agit, la plupart du temps, de personnes en situation de dépendance (personnes âgées isolées, malades chroniques...) pour lesquelles la visite de l'infirmière constitue le rendez-vous le plus régulier, et parce qu'elle devient l'intermédiaire entre le patient, le monde médical et la famille, voire davantage.

« [Ce qui me plaît] c'est le lien, la relation humaine quoi. C'est sûr, qu'aide-soignante, on pourrait dire, c'est toujours les mêmes tâches, la toilette, etc. Mais moi, je trouve qu'on a un rôle important. On est proche du patient, il se confie beaucoup à nous. »

[...]

« Et c'est aussi établir une relation avec la famille car les familles ne sont pas nos ennemies, au contraire, les proches sont acteurs aussi du soin. »

Dominique, 55 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

La professionnelle au-delà de son rôle d'application de la prescription, fournit une présence et une aide considérable aux patients.

« C'est prendre soin des gens, les écouter surtout, pouvoir leur apporter de l'aide et beaucoup d'aide psychologique après le soin en lui-même. »

Claire, 31 ans,
infirmière libérale en secteur rural dans le sud-ouest de la France

Enfin, le troisième élément qui caractérise cette composante holistique et humaniste des soins et des métiers est la méfiance face aux « structures » telles que les Ehpad et les hôpitaux. On repère alors dans les discours une mise à distance des établissements de santé cités, dans lesquels il n'est pas possible de « faire du bon boulot ». Le stress engendré par les conditions d'exercice (manque de personnel, de matériel etc.) et sa situation dans un contexte de nouveau management public (Bezes, 2009) sont d'ailleurs souvent la raison de la venue des infirmières et des aides-soignantes en soins primaires (Dougnet et Vilbrod, 2018).

« J'avais déjà travaillé au Ssiad de Verdun et ça me plaisait d'aller à domicile. Parce qu'à domicile, la relation est différente, je trouve. On crée un lien plus important et, en fait, on n'est pas dépendants. Vous savez, dans un Ehpad, vous avez des sonnettes, vous devez appeler à droite à gauche, alors que là, on est avec notre patient, on lui apporte tout notre temps et on a moins de pression. On peut vraiment faire du bon travail. Mieux qu'en structure. »

Dominique, 55 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Le temps passé auprès des patients est ainsi très souvent mis en avant et contrasté par rapport aux expériences précédentes en établissement de santé. Les Ehpad sont ainsi souvent cités comme figures repoussoirs, où le rapport au temps est en opposition totale à celui des métiers du domicile.

« Après l'aide-soignante sera peut-être plus proche du patient que l'infirmière | parce que l'infirmière a moins le temps aussi. Moi, c'est vrai que, parfois, mon

mari me dit : *‘Pourquoi tu ne fais pas infirmière ?’*, parce que, personnellement, je trouve que les infirmières sont moins proches du patient et ont moins le temps auprès de lui qu’une aide-soignante. »

Mélanie, 39 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Les aides-soignantes partagent quasi-uniformément cette approche sociale du métier, elles en font d’ailleurs une spécificité en opposition aux infirmières qui sont des « techniciennes » et qui « n’enlèvent même pas leur veste quand elles entrent chez un patient ». Cette défense de leur spécificité, à savoir le temps passé (environ 1 heure) chez les patients, rejoint le paradoxe que décrivait Anne-Marie Arborio concernant les aides-soignantes à l’hôpital. Le travail de ces dernières est un travail « sale », peu valorisé et subordonné aux infirmières, mais il permet aussi un rapport intime, un « monopole » des relations affectives avec le patient qui construisent le cœur de leur métier (Arborio, 2001b).

« J’aurais pu faire mes cours d’infirmière, je n’ai jamais voulu parce que j’aime le soin, j’aime la proximité et j’aime le temps qu’on leur accorde en fait. C’est un métier d’observation, ce qui veut dire, à domicile et dans les services c’est pareil. Si l’aide-soignante ne se rend pas compte que la personne est constipée, ce n’est pas l’infirmière qui passe pour sa petite piqûre en gardant le manteau sur le dos qui va le voir, si la personne n’est pas capable de le dire. »

Laure, 56 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Par ailleurs, pour certaines infirmières, souvent Asalée et en MSP, la dimension sociale du métier est telle qu’il n’est plus tellement question de niveau de diplôme mais de qualités intrinsèques aux personnes. Or, nous verrons que cette approche s’oppose à la conception technique des métiers qui met en exergue la distinction entre niveaux de compétences techniques parmi les professionnelles.

« Je pense qu’il n’y a pas besoin d’être diplômé pour être bienveillant avec quelqu’un, faire une toilette, gentiment, doucement en respectant les besoins des gens. Ce n’est pas un diplôme qui fait que l’on est plus capable de faire. Quelqu’un qui foncièrement met tout son cœur et puis tout ce qu’il a de bon au service de l’autre, il n’a pas besoin d’avoir un diplôme pour ça. [...] Il y a des ASH¹⁰ qui sont bien plus humaines et qui ont bien plus de mots gentils que des gens qui sont diplômés et qui, par manque de temps aussi, parce qu’elles ont un chrono aussi, parce qu’il faut aller vite, donc forcément quand on va vite, quelque part, on maltraite les gens, pas physiquement mais dans la définition de la maltraitance. C’est pas qu’elles ne veulent pas pour la plupart, c’est que quand on en a quinze à laver et qu’on a quatre heures et ben voilà quoi... »

Catherine, 54 ans,
infirmière libérale membre d’une MSP dans une petite ville de l’est de la France

La composante technique du métier

Dans cette deuxième composante de la conception du métier, les professionnelles se considèrent avant tout comme des professionnelles de santé dotées de compétences propres. La particularité de cette conception est qu’elle n’est pas seulement celle du sociologue, puisqu’elle est partagée par les acteurs eux-mêmes qui se désignent, lorsque c’est le cas, comme tels.

« Moi, je suis plus technicienne. »

Flavie, 43 ans,
infirmière libérale une petite ville dans le sud-ouest de la France

¹⁰ Agents des services hospitaliers.

Pour ces professionnelles, le métier est alors divisé en deux catégories d'actes : les actes techniques qui sont « le cœur du métier » et le reste, les soins d'hygiène.

« Pour moi, le cœur du métier d'infirmière, ce sont les soins techniques, les soins curatifs palliatifs et éducatifs qu'on peut donner aux patients. Et tout ce qui n'est pas cœur de métier, je pense que ça va être tout ce qui n'est pas du soin mais des fois, ce dont les personnes ont besoin. »

Marianne, 26 ans,
infirmière référente qualité dans un CSI en Bretagne

Cette composante est intimement liée aux goûts et dégoûts pour les différents actes, l'aspect technique du métier va être mis en avant dans le discours en soulignant la stimulation intellectuelle que représente la technicité d'un pansement, la mise en place d'un protocole et le suivi des nouvelles avancées scientifiques et technologiques en médecine.

« Vous savez, moi, j'aime bien avoir des patients un peu plus lourds, avec beaucoup de soins... je suis beaucoup dans ce type de soins. »

Manel, 42 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP en région parisienne

La satisfaction de faire son métier repose moins sur l'état des patients que sur le sentiment d'être utile en délivrant un service que nul autre ne peut rendre.

« - Ce que j'aime le plus, je m'éclate à faire les pansements parce que je me sens vraiment utile quand je m'amuse à chercher le protocole qu'il faudrait pour que la plaie s'améliore. Chercher tel pansement, je me sens utile parce que je réfléchis et je mets en place mes connaissances. C'est ça qui m'excite.

- C'est stimulant ?

- Oui, tout à fait. C'est ça qui m'amuse le plus.

- Et alors du coup, à l'inverse, la partie que vous aimez le moins ?

- Les toilettes. »

Claire, 31 ans,
infirmière libérale en secteur rural dans le sud-ouest de la France

Ces professionnelles insistent sur la nécessité de « rester à jour », c'est-à-dire continuer à s'informer sur les nouveaux médicaments, protocoles, matériels etc. Elles cherchent avant tout à rester dans une forme de compétition vis-à-vis d'elles-mêmes et de leurs collègues, de la meilleure praticienne.

« Ah moi, oui. Je [conserve] un minimum de formations par an et j'ai un réseau de copines libérales, dès qu'il y a des cocktails labo, on y va parce qu'en plus de la part mercantile, où ils veulent nous fourguer des assurances, en général, on apprend quand même des choses avant. Voilà pour essayer de ne pas être isolée professionnellement et d'essayer de remettre ses compétences en jeu en permanence, c'est ça un peu le *challenge*. »

Claire, 31 ans,
infirmière libérale en secteur rural dans le sud-ouest de la France

Ces techniciennes cherchent à se distinguer vis-à-vis des autres professionnelles qu'elles considèrent souvent comme moins compétentes.

« Non, il n'y a pas que ça. Moi, j'ai un profil qui aime bien se former, apprendre, les autres, non. Elles sont là, elles font leur travail et elles ont envie de rentrer chez elles. Et elles n'ont pas envie de consacrer du temps personnel à faire autre chose dans le cadre du travail donc elles, une fois qu'elles ont fait leur tournée, entre guillemets, elles ont fini. On n'est pas pareilles. »

Manel, 42 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP en région parisienne

Cette composante technique du métier conduit les cabinets d'infirmières libérales à adopter des stratégies spécifiques. La première consiste à diviser le travail entre infirmières selon les actes pour lesquels elles sont le plus compétentes et qu'elles préfèrent.

« Moi, les cathé[ters] centraux, c'est plus mon truc, donc s'il y a un cathé central, en général, je vais y aller pour faire l'état des lieux, la première fois, puis après je rebriefe les collègues. J'ai une collègue qui est vachement plus branchée sur les pansements, qui a fait de l'infectiologie et des formations pansements. Quand on a un pansement un peu complexe, on l'envoie, elle, et on bidouille et voilà. »

Flavie, 43 ans,
infirmière libérale une petite ville dans le sud-ouest de la France

Certains cabinets vont même beaucoup plus loin, n'acceptant que les actes les plus techniques en s'hyper-spécialisant, ils se positionnent sur le créneau des cas les plus lourds, laissant aux autres cabinets, Ssiad et aides à domicile, les soins les moins techniques et les soins d'hygiène. L'arrivée de ces cabinets est assez critiquée par les professionnelles enquêtées, notamment celles qui partagent une conception plus holistique et sociale du métier.

« Ils [ces cabinets] piquent un peu le boulot des HAD, enfin entre guillemets, parce que, normalement, l'hospitalisation à domicile, c'est pour des soins lourds et dans les HAD, il y avait quand même de la coordination. Enfin, il y avait des staffs qui étaient faits, il y avait un médecin qui était là. Et là, des infirmiers ne font que de la technique et ne vont pas être dans la continuité de soins avec les patients. Je ne sais pas si c'est propre à Paris ou si c'est en train de se développer un peu partout, mais c'est quelque chose que je ne voyais pas autant il y a quelques années. Je pense que ce n'est pas super parce que le suivi des patients n'est pas très bien fait. »

Neela, 37 ans,
infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

Par ailleurs, nous avons jusqu'ici traité exclusivement des infirmières qui sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses que les aides-soignantes à s'inscrire dans ce registre. Pourtant, certaines aides-soignantes rejoignent cette approche en mettant en avant la particularité de leur métier au domicile en se distinguant des aides à domicile.

« Malheureusement pour moi, c'est vraiment deux choses différentes, en tant qu'auxiliaire de vie aide à domicile... il y a plein de choses qu'on ne fait pas : on ne sait pas se servir du matériel alors qu'on est aussi amenées à s'en servir. A l'école d'aide-soignante, on apprend ça, les gestes techniques, ce que les auxiliaires de vie ne savent pas faire. »

Mélanie, 39 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Si l'aspect technique n'est pas le même que pour les infirmières, ces aides-soignantes insistent sur leurs compétences spécifiques de soignantes et l'aide qu'elles peuvent apporter aux autres professions médicales, notamment les médecins généralistes, pour se distinguer.

« Ce que je veux dire, c'est que c'est un métier de terrain, d'observation, [...], avec les années, on connaît comment un corps fonctionne. On a vraiment des repères, des odeurs qui ne trompent pas. Souvent, on peut poser un diagnostic rien qu'avec quelques signes. On n'est pas surpris quand le médecin dit... voilà... mais c'est l'expérience, trente-cinq années ! »

Laure, 56 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Cette composante technique pour les aides-soignantes s'inscrit aussi dans un discours de revendication d'une plus grande reconnaissance de leur métier. Pour ce faire, elles signifient les connaissances techniques qui sont les leurs par le langage médical, s'ancrant ainsi parmi les professions soignantes.

« On a un rôle d'observation, concernant les changements sur les pathologies, sur l'état cutané etc. Moi, franchement, j'aime mon métier, j'aime ce que je fais, mais je trouve qu'on n'a pas assez de reconnaissance. »

Dominique, 55 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Pour ces aides-soignantes les plus âgées, le temps où, à l'hôpital, les débordements de tâches avaient cours, est souvent regretté puisqu'il permettait aux aides-soignantes d'avoir de plus grandes responsabilités et d'acquérir davantage de compétences. Néanmoins, maintenant que ces débordements ont décliné avec les transformations de l'exercice hospitalier, les aides-soignantes présentent encore le domicile comme beaucoup plus permissif et faisant appel chez elles à des compétences plus variées et une plus grande autonomie. L'hôpital est alors renvoyé dans ce cas à la dimension hiérarchique des relations, selon laquelle, pour l'aide-soignante, tout passe par l'infirmière.

« Moi, à domicile, on fait plus de choses qu'à l'hôpital. Franchement, nous, à domicile, ça nous arrive de changer de pansement, on ne va pas attendre que l'infirmière passe, on est en train de faire la toilette, on enchaîne, on fait le pansement en même temps. Comme ça l'infirmière quand elle passe, elle n'a pas besoin de recoucher la personne, de la redéshabiller, etc. Voilà, on prend quand même des tensions à domicile. Non, c'est vrai, on a aussi des gens qui végètent, vous savez c'est l'alimentation entérale, on pose les poches et on surveille les sondes urinaires. On en fait peut-être un peu plus qu'en Ehpad ou à l'hôpital. »

Dominique, 55 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

La composante entrepreneuriale du métier

L'infirmière libérale concilie le métier d'infirmière et la gestion d'une entreprise. Même si, bien souvent, c'est l'*ethos* infirmier qui est priorisé et mis en avant dans le discours, l'aspect gestionnaire apparaît comme un investissement en temps important.

« Il faut une énorme capacité à déjà programmer dans sa tête le temps, les appels : 'Est-ce que j'ai le temps, est-ce que j'ai la place ou pas la place ?', Il faut savoir gérer son temps, son argent, beaucoup de choses. Il faut vraiment être calme, investie, cheffe d'entreprise. Parce que vu qu'on gagne du brut, il faut se dire qu'il faut enlever 50 %, donc il faut savoir se mettre 50 % de côté pour vivre [...] et ne pas taper dans ce qui est mis de côté parce que les charges augmentent l'année d'après. Le libéral, j'ai l'habitude, mais il faut quand même être un peu gestionnaire sinon, on n'y arrive pas. »

Michelle, 55 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

Cette composante ne concerne qu'exclusivement les infirmières puisqu'elles sont les seules à pouvoir s'installer en libérales parmi les enquêtées. Elle repose sur la volonté de maximiser son chiffre d'affaires et de gérer son cabinet comme de véritables gestionnaires optimisant les prises en charge, les types d'actes, les emplois du temps, la facturation, etc. La rémunération à l'acte et le statut libéral encourageant cette approche. Ainsi, certaines infirmières ont le sentiment, sans s'en apercevoir, de devenir peu à peu des cheffes d'entreprise et de s'éloigner par là-même de leur conception première.

« - Inversement, quelle est la partie que tu détestes ?

- C'est le rapport à l'argent dans cette profession. En fait, je trouve que les gens gagnent quand même bien leur vie et que, du coup, ça nous transforme, ce côté chaque acte vaut tant. Là, on a eu une petite revalorisation, par exemple, je ne sais pas si tu es au courant, mais les soins infirmiers à domicile, le premier est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale, le second à 50 % et le troisième est gratuit. Du coup, ça a une influence sur le choix des patients, il ne faut pas prendre en charge des patients trop malades, trop compliqués parce que, finalement, tu ne seras pas bien rémunérée et je pense que, parfois, ce problème d'argent, il vient trop teinter finalement notre prise en charge. »

Neela, 37 ans,

infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

Par ailleurs, il est utile de préciser ici qu'aucune des infirmières enquêtées ne revient sur ce rapport à l'argent, premièrement pour les mêmes raisons méthodologiques que celles exposées dans la partie sur les discours vocationnels et, deuxièmement, car il est difficile d'assumer pleinement celui-ci lorsqu'on exerce le métier d'infirmière. Toutefois, paradoxalement, exprimer l'inverse est également mal perçu : affirmer par exemple que l'on ne souhaite pas travailler plus de 35 heures par semaine n'est pas forcément bien perçu par les collègues pour qui l'engagement dans le travail est considéré comme une qualité professionnelle.

« C'est plutôt moi qui suis mal vue, parce que quand je dis que ce que je veux, c'est juste vivre suffisamment sans que ce soit la course, c'est moi qui suis mal vue : 'Ah non ! Il faut travailler, il faut avoir de l'argent pour avoir une vie correcte'. Moi je préfère être plus cool, ne pas être stressée au travail, me lever, partir au travail et me dire que je suis contente d'aller travailler. Il y en a pour qui c'est le chiffre d'affaires en priorité et voilà, on s'en fout du reste, il faut que l'argent rentre. »

Claire, 31 ans,

infirmière libérale en secteur rural dans le sud-ouest de la France

La composante entrepreneuriale du métier d'infirmière rejoint la composante technique en ce qu'elle favorise la spécialisation des professionnelles vers certains actes plus techniques et bien souvent plus rémunérateurs. Ont ainsi émergé ces dernières années de gros cabinets infirmiers se spécialisant dans des pathologies ou des actes précis afin de s'octroyer un monopole sur un territoire (non étudiés ici). A l'intérieur de ces cabinets, la division du travail est telle que les infirmières font appel à des facturières ou à des secrétaires (souvent en auto-entreprise) et n'ont alors qu'à s'occuper des actes de soins.

« Maintenant, en libéral, il y a quand même beaucoup de prestataires qui confèrent des soins techniques, donc il y avait un patient qui avait besoin d'une perfusion cet été, on était en contact avec ce prestataire-là. Je pense que le libéral a changé, il s'est libéralisé vachement en fait. (rires).[...] Il y a de gros cabinets infirmiers qui travaillent sur tout Paris et ne font que de la perf, que des soins techniques et ils ne travaillent qu'avec des prestataires mais, eux, ils sont vraiment dans des interventions ponctuelles. »

Neela, 37 ans,

infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

À l'image de Neela, les autres infirmières interrogées durant l'enquête ont un discours critique vis-à-vis de ces nouveaux acteurs pour qui la recherche du profit prime sur une approche holistique et humaniste du patient.

2.1.3. Frontières professionnelles

Après avoir étudié ce qui sous-tend les conceptions qu'ont les professionnelles de leurs métiers, nous nous intéressons dans cette partie aux frontières avec les autres groupes professionnels (encadré 4).

L'analyse des discours des enquêtées fait d'abord ressortir que les différences entre

4

ENCADRÉ

Appartenances sociales des infirmières, aides-soignantes et aides à domicile

L'appartenance sociale marque les interactions entre les individus ; nous proposons ici de saisir l'articulation entre rapports professionnels et rapports sociaux. Bien sûr, entre les aides à domicile et les infirmières, il ne s'agit pas d'un grand écart de classes sociales. Habituellement, on considère les infirmières comme appartenant aux classes moyennes, en se fondant sur leur catégorisation par l'Insee au sein des professions intermédiaires. Néanmoins, les infirmières libérales se détachent, à plusieurs égards, de leurs homologues hospitalières. Leurs revenus moyens annuels correspondent davantage à ceux des cadres et des professions intellectuelles comprenant les professions libérales et assimilées (CSP 31), même si elles n'y sont pas assimilées en raison de leur niveau de diplôme et de leur position dans la division du travail médical. En 2011, les infirmières libérales percevaient un revenu moyen annuel de 47 130 € (Insee-DGFiP-Cnam, Exploitation Drees)^a. Salariées, les aides-soignantes et les aides à domicile sont généralement rémunérées au Smic. Néanmoins, à temps de travail identique, les aides-soignantes ont des revenus supérieurs. Les trajets des aides-soignantes comptabilisés dans les heures de travail en sont la raison principale, les aides à domicile n'étant pour leur part indemnisées qu'entre 0,29 € et 0,46 € par kilomètre parcouru. De plus, ces deux groupes professionnels travaillent majoritairement à temps partiel, ce qui réduit le montant de leurs rémunérations comparativement à celles des infirmières. On pourrait ici marquer une première séparation entre les infirmières libérales appartenant aux classes moyennes, voire supérieures si l'on considère seulement le revenu, et les aides-soignantes et aides à domicile, en bas de l'échelle sociale. Toutefois, le revenu ne suffit pas à expliquer la distance sociale qui peut exister entre ces groupes professionnels. Durant les entretiens, la véritable frontière sociale se situait entre les aides à domicile et les autres, entre le monde du service à la personne et le monde (para)médical.

^a A titre de comparaison, les 10 % de salariés les mieux rémunérés perçoivent plus de 42 912 € annuel en 2016 (Insee).

infirmières et aides-soignantes se focalisent sur le registre des compétences pour marquer un écart symbolique entre les groupes. Dans un deuxième temps, une partie de ces professionnelles ont tendance à se positionner, comme seule détentrice de la vocation. Enfin, on distingue une nette frontière entre les soignantes et les aides à domicile qui, par leur statut, ne peuvent accéder à la « respectabilité » qui accompagne le monde des soignants.

Une histoire de compétences ?

« - De quelle nature est la différence entre les aides-soignantes et les auxiliaires de vie ?
- La différence, c'est qu'elles n'ont pas la même formation que nous quand même...
- Quelle en est la conséquence ?
- Ça fait qu'elles galèrent, que les gens ne sont pas contents. »

Laure, 56 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

La formation (ou son absence) est l'argument le plus présent dans les discours, autant exprimé par les infirmières que par les aides-soignantes, afin de marquer une appartenance sociale au groupe des « sachants ». Les infirmières rappellent régulièrement leur formation plus longue et plus proche du monde médical (entendu comme celui des médecins) que leurs collègues aides-soignantes ou aides à domicile.

« Les aides-soignantes. Elles n'ont pas du tout la formation anatomique, physiopathologique. Elles n'ont pas de formation pharmacologique. Une aide-soignante, elle peut prendre une prescription, distribuer selon la prescription. Vous lui mettez un générique en général, elle est perdue et surtout dans ce qu'elle va donner comme médicaments, elle ne sait pas du tout à quoi ils servent. Les médicaments et quels sont les effets secondaires. Donc l'acte, elles peuvent le réaliser mais sans avoir aucune notion de la globalité en fait. »

Flavie, 43 ans,
infirmière libérale une petite ville dans le sud-ouest de la France

L'argument du manque de formation implique une dépréciation des compétences des aides à domicile. Ce discours sur le manque de compétences se mêle aussi souvent à une approche paradoxale qui contextualise les raisons du manque de compétences tout en essentialisant « la bonne volonté ». D'une part, les raisons pour lesquelles les aides à domicile feraient moins bien leur travail seraient liées aux conditions d'exercice du métier et, d'autre part, les professionnelles concernées seraient de moins bonnes professionnelles par manque d'engagement. Ainsi, Dominique, évoque « un problème de recrutement » et un manque de formation des aides à domicile, tout en sous-entendant qu'elles ne sont pas « pointilleuses » et que, dans le même temps, « il ne faut pas sortir de Saint-Cyr » pour exercer leur métier.

« Nous, on est un peu plus pointilleuses sur les soins faits à la personne, puis nous, on est formées, alors qu'elles, elles n'ont pas de formation. Pour la manutention des personnes, se servir des lève-personnes, parfois on est obligées de leur montrer parce qu'elles ne savent pas. Concernant la formation, il y a vraiment un problème au niveau des auxiliaires de vie. Ça, c'est récurrent. [...] Une fois, ça m'est arrivé qu'une auxiliaire ne sache pas utiliser un lève-personne. Je vais dire à l'auxiliaire de vie, 'Viens à telle heure, j'y suis et je vais te montrer comment ça fonctionne'. Même pour les mobiliser dans le lit, elles n'ont pas de formation, franchement c'est dommage. Mais bon, c'est comme partout, il y a des filles qui ont de la bonne volonté, parce que chez nous, il ne faut pas sortir non plus de St Cyr, c'est une histoire de technique, quand on sait, il faut s'adapter à chaque personne, c'est ça. Mais c'est pareil, les auxiliaires de vie, il y a un problème de recrutement. »

Dominique, 55 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Cette absence supposée de « bonne volonté » de la part des aides à domicile, selon les infirmières et les aides-soignantes, marque en réalité leurs représentations de ce métier. Des représentations socialement partagées d'un métier peu valorisé, en bas de l'échelle sociale et pour lequel il serait impossible d'avoir la vocation.

Le monopole de la vocation

Les aides à domicile sont les professionnelles que croisent le plus les infirmières et les aides-soignantes au domicile des patients. Il est assez rare qu'elles travaillent ensemble sur une même tâche, pourtant, le jugement des soignantes sur les aides à domicile se fonde essentiellement sur ce type de situations. C'est ici que les soignantes portent un discours critique sur les compétences des aides à domicile, sur des tâches qui s'apparentent aux soins, et donc pas nécessairement liées au cœur de métier des aides à domicile. En plus de la critique du niveau de compétence des aides à domicile, les infirmières et aides-soignantes se mettent

en scène comme des professionnelles du soin et reprennent le discours volontariste, voire vocationnel. Ainsi, les aides à domicile font parties de « *grosses structures type ADMR* », associées dans l'idée et le ton à une sorte d'usine, en opposition au petit cabinet libéral de secteur. Usine, dans lequel les « *filles* » ne sont pas « *formées et motivées* ».

« On a beaucoup de patients en commun, donc après vous avez les grosses structures types ADMR, avec des filles qui ne sont pas toujours formées et motivées, on va dire. »

Flavie, 43 ans,
infirmière libérale une petite ville dans le sud-ouest de la France

Cette opposition en filigrane entre le « *nous* » des professionnelles soignantes et le « *elles* » des « *filles de l'ADMR* » a pour effet de souligner l'appartenance des infirmières et aides-soignantes au monde (para)médical, des professionnelles passionnées qui ne font certainement pas leur métier pour des « *raisons alimentaires* », contrairement à « *elles* ».

« Il y a un turn-over qui est incroyable, et il y en a beaucoup qui le font pour des raisons alimentaires, et dès qu'elles trouvent autre chose, elles s'en vont. »

Flavie, 43 ans,
infirmière libérale une petite ville dans le sud-ouest de la France

Les soignantes cherchent d'une certaine manière à conserver un monopole des compétences soignantes et, surtout, de la représentation socialement plus légitime de leur propre métier. Pour ce faire, elles opposent un « *nous* » et un « *elles* » dans lequel l'empathie est la chasse gardée du « *nous* ».

« [A propos des aides à domicile], il y a des histoires de fautes d'hygiène mais il n'y a pas que ça, il y a le comportement aussi. Avec le patient aussi. Quand on est formé, on a une empathie aussi... Là, c'est compliqué. Donc voilà. »

Yasmina, 48 ans,
infirmière libérale dans un cabinet partagé avec sa nièce,
membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

Les aides-soignantes, comme les infirmières, établissent une frontière entre le monde soignant et celui du service à la personne qui n'est pas sans effet sur les difficultés auxquelles font face l'exercice collectif et la coordination.

La frontière du monde soignant

Le dessin des limites et le contrôle de l'entrée dans un métier sont des éléments majeurs du processus de professionnalisation. Si ces éléments ne sont réellement pas effectifs comparativement aux médecins par exemple (contrôle des entrées, maîtrise de la formation, pouvoir important sur les autres professions paramédicales etc.), l'affirmation d'une frontière est présente dans les discours. Ainsi, au-delà du discours sur les compétences, la motivation ou l'absence de vocation, les aides à domicile sont également mises à distance par des procédés rhétoriques moins directs. Mélanie, par exemple, explique à travers le discours des patients que les aides à domicile sont perçues comme des « *larbins* » et non comme des « *professionnelles* ».

« Là, j'y vais réellement en tant que professionnelle donc, et puis on voit bien qu'on est là pour aider la personne. Il y a un respect de la part de la personne et elle sait qu'on vient justement pour l'aider et tout ça alors qu'en tant qu'aide à domicile ou auxiliaire, on a plus l'impression d'être un larbin qu'un professionnel. »

Mélanie, 39 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Les aides à domicile sont également exclues du monde soignant par un raisonnement assez tautologique : se situant en bas de l'échelle sociale, elles ne sont pas considérées comme des soignantes et, inversement, n'étant pas des soignantes, elles sont situées en bas de l'échelle sociale.

« La grande différence, c'est malheureux à dire mais c'est la considération, nous, on a un diplôme d'aide-soignante, donc on est quand même dans des soins infirmiers tandis qu'elles, elles sont auxiliaires de vie, c'est un petit peu les derniers maillons de la chaîne, si je dois dire les choses comme ça. »

Marie, 53 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Certaines infirmières ou aides-soignantes adoptent alors une posture paternaliste à l'image des médecins vis-à-vis des infirmières. Un rapport à la fois vertical et infantilisant qui vise à affirmer la supériorité de son savoir, de ses compétences et de sa compréhension d'une situation.

« - Alors, comment ça se passe avec les aides à domicile ?

- Là, c'est un peu plus délicat. Pour vous donner un peu les situations qu'on peut rencontrer. Par exemple, on a dû se disputer avec plusieurs auxiliaires de vie qui intervenaient chez une dame qu'on voit deux fois par jour. [...] C'est moi qui suis censée intervenir auprès des responsables des auxiliaires de vie. C'est arrivé deux ou trois fois, où j'appelle les responsables en leur disant : 'Voilà ce qui se passe, qu'est-ce que vous faites ? Qu'est-ce que vous pouvez faire ?' Parce qu'on essaie de s'expliquer avec les auxiliaires, on essaie de leur dire les choses mais ça ne fonctionne pas...

- Pourquoi ?

- Peut-être qu'on n'emploie pas le bon discours, je ne sais pas, mais en tout cas, ça ne fonctionne pas, donc on est obligé de passer par le responsable de centre. »

Yasmina, 48 ans,
infirmière libérale dans un cabinet partagé avec sa nièce,
membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

Dans la division du travail à domicile, les relations entre les professionnelles sont marquées par des rapports concurrentiels ou conflictuels, parfois liés aux disparités territoriales¹¹. Mais surtout, les rapports entre professionnelles sont sous-tendus par une représentation du métier comme marqueur de classe qui structure les interactions. L'aide à domicile est un repoussoir dont il s'agit de s'affranchir par un processus de distinction, la non-appartenance à la même classe sociale.

Les professionnelles étudiées portent un discours vocationnel, ou du moins qui insiste sur l'importance de l'engagement dans son métier et d'« être fait pour ça ». Ce discours s'inscrit dans le cadre du *care* mais on voit cette approche parfois nuancée selon les conceptions des professionnelles. Si le registre holistique et humaniste considère le métier comme relationnel et comme ayant une approche globale du patient, les conceptions technique et entrepreneuriale s'en éloignent. De plus, il existe une réelle frontière entre soignantes et aides à domicile qui repose sur un discours critique des unes vis-à-vis des autres. Pourtant, dans la réalité du travail quotidien, la frontière entre faisceaux de tâches est parfois floue.

¹¹ Sur ce point voir la partie 2.2.3 « La division des tâches dans la pratique : entre adaptation aux frontières professionnelles et réalités territoriales », page 56.

2.2. Réalité du travail et des pratiques : chacun son métier, chacun ses tâches ?

Cette partie vise à décrire la réalité du travail en soins primaires des infirmières, des aides-soignantes et des aides à domicile. En effet, les tâches à la charge des professionnelles diffèrent de celles qu'elles ont pu pratiquer à l'hôpital. D'une part, le domicile implique de nouvelles conditions de travail et, d'autre part, la population majoritaire qui bénéficie de soins à domicile est celle des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies chroniques. Nous souhaitons d'abord revenir sur l'organisation des journées de travail des professionnelles, notamment au cœur des « tournées », avant d'aborder la solitude qui caractérise ces métiers. Une solitude de la professionnelle face aux patients, à la relation d'aide et à la perte d'autonomie. Une troisième partie traite de la division du travail à domicile qui montre qu'elle se construit non sans heurts entre frontières professionnelles et disparités territoriales. Le dernier point dépeint des relations encore concurrentielles entre organisations et entre professionnelles.

2.2.1. L'organisation des journées de travail : au cœur des différentes « tournées »

Dans les métiers du domicile, la division du travail semble claire : à chacun son métier et à chacun ses tâches. Dans les discours, c'est généralement ce qui ressort, les compétences ne sont pas les mêmes et les prises en charge différentes. Pourtant, comme nous l'avons évoqué précédemment, de nombreux points communs aux trois métiers étudiés apparaissent, à commencer par l'organisation des journées. De plus, cette division stricte, présente dans le discours individuel, n'est pas systématique, et d'autres formes de division ne relevant pas forcément des différents métiers sont à mettre en avant.

L'organisation des tournées des infirmières libérales : une journée en trois temps

En ce qui concerne les infirmières libérales, dans la plupart des cabinets, la journée est divisée en trois temps. Rappelons d'abord que l'exercice libéral n'est pas réglementé ni sur les horaires de travail ni sur sa durée. Le premier temps commence souvent vers 7h du matin par la première tournée et se termine autour de 13h. A la suite de cela, les infirmières déjeunent généralement chez elles et « *font de l'ordinateur* », c'est-à-dire du travail administratif durant ce deuxième temps. Il consiste à réaliser des facturations, faire ses comptes avant de les envoyer à l'expert-comptable, organiser le planning et les tournées, enregistrer les nouveaux patients... Si le cabinet comporte plusieurs infirmières et qu'elles organisent une coordination entre elles, ce peut être le moment d'échanges, à condition qu'elles soient dans leur cabinet, ce qui n'est pas toujours le cas.

Ainsi, Amina qui partage un cabinet infirmier avec sa nièce, membre d'une MSP dans l'agglomération d'une grande ville du sud-est, profite de l'après-midi pour réaliser le travail de coordination entre elle, sa nièce et les médecins de la MSP quand cela est nécessaire.

« On choisit ce moment-là pour se faire des réunions, des petites mises au point, sur les plannings, des choses comme ça, des problèmes qu'on peut rencontrer avec les patients... »

Amina, 48 ans,
infirmière membre d'une MSP dans l'agglomération d'une grande ville du sud-est

Le troisième temps comprend la deuxième tournée de la journée, qui commence généralement vers 16h ou 17h et se termine vers 20h ou 21h.

Une organisation assez similaire pour les tournées des aides-soignantes en Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)

De leur côté, les aides-soignantes travaillant en Ssiad ont des journées assez similaires en termes d'organisation des visites. Les journées sont également coupées en deux, les aides-soignantes commençant vers 7h du matin et finissant aux environs de 12h-13h avant de reprendre à 17h pour celles qui exercent à temps plein. Néanmoins, les Ssiad enquêtés, se situant en milieu rural, couvrent des territoires beaucoup plus vastes que les cabinets infirmiers dans lesquels nous avons réalisé des entretiens. De fait, les trajets sont souvent plus longs pour les aides-soignantes et les départs de leurs tournées sont parfois à bonnes distances (jusqu'à 1h) de leur domicile.

« Alors l'aide-soignante, sa journée démarre tôt puisque la première personne qui est vue à domicile, elle est vue à 7h du matin, donc c'est un Ssiad rural et qu'on a beaucoup de route à faire, ça leur arrive de partir parfois de leur domicile de 6h15, 6h30 le matin, pour 6h30, au plus tard, elles sont parties en majorité, sauf quand elles ont la chance d'avoir une tournée sur le village où elles habitent. »

Jacqueline, 50 ans,
infirmière coordinatrice d'un Ssiad dans le Grand Est

Leurs matinées sont généralement composées de cinq toilettes, elles passent chez les patients entre 30 minutes et 1 heure selon l'état du patient, les types de soins, etc. Elles n'ont pas de durées préalablement définies par patient ou types de soins comme les aides à domicile. Ainsi, lorsqu'elles ont un patient atteint d'une pathologie lourde durant leur tournée, elles n'hésitent pas à rester plus longtemps, quitte à rattraper du temps avec d'autres ou déborder sur leurs heures hebdomadaires.

« En ce moment, par exemple, on a deux personnes qui ont une maladie de Charcot, on a un monsieur jeune qui a une tétraplégie, on a parfois des fins de vie. Jusqu'à maintenant, on n'est pas fliqués en termes de temps, ça viendra peut-être, c'est un peu notre crainte. Mais jusqu'à maintenant, une aide-soignante peut mettre le temps qu'il faut auprès de la personne auprès de qui elle intervient. C'est pour ça que j'insiste bien pour dire qu'à mon sens, l'aide-soignante fait les soins qu'il faut et dans les règles quoi, ce n'est pas du travail bâclé. »

Jacqueline, 50 ans,
infirmière coordinatrice d'un Ssiad dans le Grand Est

Au-delà des toilettes, les aides-soignantes réalisent les soins d'hygiène qui correspondent à leur registre de compétences, soit des soins de confort, des levers et des distributions de médicaments, lorsque ceux-ci sont placés auparavant dans un pilulier par une infirmière. De plus, elles occupent une place relativement importante dans la vie de certains patients qui ne voient qu'elles durant leur semaine. Ainsi, il leur arrive de donner un petit déjeuner, de faire de la prévention, de veiller à hydrater correctement les personnes, d'entretenir un lien social par des discussions, et de fournir de l'aide pour la communication avec la famille, par exemple.

Par ailleurs, certaines aides-soignantes suivent une formation qui leur permet d'obtenir une spécialisation d'assistante de soins en gériatrie. Leur travail se divise alors en divers types d'activités. La première est leur activité habituelle d'aides-soignantes faisant les tournées, tandis que la deuxième va consister à s'occuper précisément de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Cette activité occupe entre un à deux après-midis par semaine et se subdivise en deux autres types d'activités : les ateliers mémoire et l'aide aux aidants. Les ateliers mémoire ont été mis en place par l'Agence régionale de santé (ARS) qui finance le Ssiad enquêté dans ce territoire à hauteur de 15 séances par personne volontaire par an. Les aides-soignantes ayant fait la spécialisation s'en chargent. L'aide aux aidants consiste,

par petits groupes, à emmener des personnes âgées hors de leur domicile au centre social de la ville la plus proche afin de libérer du temps pour les personnes qui les aident au quotidien.

Des journées morcelées pour les aides à domicile

Les aides à domicile, contrairement aux professionnelles des deux précédents métiers, n'ont pas de journées divisées en tournées distinctes. Leurs journées sont également entrecoupées, mais rarement de manière systématique. Elles peuvent intervenir en plein après-midi, contrairement aux aides-soignantes et aux infirmières, puisque dans ces cas-là, elles ne sont pas en contact direct avec les bénéficiaires. Ainsi, si la journée commence généralement vers 8h, elle peut se terminer à 12h comme à 20h, et être entrecoupée de pauses de plusieurs heures. Les tâches que réalisent les aides à domicile varient selon la catégorie¹². Les professionnelles interrogées, quelle que soit leur catégorie, font principalement du ménage, qui les occupe entre 1h30 et 3h chez un bénéficiaire. Néanmoins, pour celles en catégories B ou C, elles commencent le matin par une ou deux toilettes et font de l'accompagnement, comme l'aide aux courses, la préparation de repas, l'accompagnement en promenade, etc.

S'il s'agit pour les infirmières, les aides-soignantes et les aides à domicile, de métiers du domicile, principalement axés sur une population âgée et dépendante, la principale différence demeure dans la durée des interventions. Celle-ci est inversement proportionnelle au niveau de qualification. Les aides à domicile peuvent passer jusqu'à une demi-journée chez un seul bénéficiaire quand l'infirmière ne dépassera jamais la demi-heure, sauf exception. On pourrait être tenté à ce stade d'affirmer qu'il s'agit d'une division stricte du travail où, conformément à la majorité des discours des enquêtées, chacun a son métier et ses tâches, mais ce serait passer à côté d'autres formes de division du travail.

La principale difficulté à laquelle font face les organisations de l'aide à domicile concerne la rémunération.

« - Si vous pouviez changer quelque chose au niveau de votre structure, de votre métier, de tout ça... ?

- Ce serait la rémunération des salariés au temps réel. C'est-à-dire, à la même manière que les Ssiad en fait. Une aide-soignante, quand elle commence à tourner, si elle a commencé sa journée à 8h et qu'elle la finit à 12h, combien de temps elle a passé dans les transports pour aller d'un patient à un autre ? Elle est payée au temps réel et les salariés de l'aide à domicile ne le sont pas. Je pense que si on changeait ça, le modèle de rémunération des salariés, ce serait aussi reconnaître, à leur juste valeur, le temps passé. »

Julie, 31 ans,

coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

En effet, les aides à domicile sont rémunérées à l'heure de travail passée chez un bénéficiaire. Néanmoins, ces heures ne sont pas forcément effectives, elles sont établies en fonction du type de tâches que les professionnelles ont à accomplir, et non par rapport au temps réel passé. Or, elles sont parfois dépassées, notamment lorsqu'arrive un imprévu, et pas forcément rattrapables avec les bénéficiaires suivants. Le mode de rémunération est très critiqué par les professionnelles interrogées, administratives ou non. Comme souligné dans l'extrait ci-dessus, la critique se cristallise autour des déplacements. Encore une fois, les aides à domicile ne sont pas rémunérées au temps de trajet mais au nombre de kilomètres parcourus. Dans l'ADMR de région parisienne, cela est perçu comme une injustice, notamment par rapport aux autres ADMR rurales. En ville, les kilomètres sont plus faibles mais

¹² Voir dans la partie Méthode « Les aides à domicile », page 14.

les aides à domicile sont, de fait, tributaires des transports ou de leur vitesse de marche pour celles qui font les trajets à pied, tandis qu'en milieu rural, tous les trajets sont effectués en voiture et donc proportionnellement, en moyenne, beaucoup plus rapidement.

2.2.2. Des métiers encore souvent solitaires

« C'est une profession où on est tout seul, donc on n'a pas toujours le médecin au bout du fil. On est une profession isolée, si de nous-mêmes on ne va pas à une formation ou à des petits cocktails de laboratoires pour rencontrer d'autres professionnels, on peut tourner des années tout seul dans sa voiture. »

Flavie, 43 ans,
infirmière libérale une petite ville dans le sud-ouest de la France

A travers cette enquête, la solitude ressentie des professionnelles, qu'elles soient infirmières, aides-soignantes ou aides à domicile, est une constante qui se retrouve dans la description de la réalité perçue de la pratique quotidienne (à l'exception des infirmières en centre municipal de santé, nous y reviendrons).

Seule face à l'imprévu et à la réalité de la perte d'autonomie

Bien sûr, ces professionnelles sont au contact de leurs patients ou de leurs bénéficiaires et ne sont seules que durant les trajets entre les domiciles. Néanmoins, c'est justement la position de la professionnelle soignante ou de prestataire de service face à un patient ou un bénéficiaire qui plonge parfois les professionnelles dans des situations où elles peuvent se sentir démunies. C'est un double rapport entre les patients qui peuvent avoir des attentes et les exprimer de manière plus ou moins sympathique, et la responsabilité de la professionnelle dans la situation qui, parfois, se retrouve démunie, qui provoque ce sentiment de solitude.

La première difficulté est pratique, lorsque les patients ont de grandes difficultés pour se déplacer ou lorsqu'il arrive des imprévus (problème de santé urgent, chute...), les professionnelles apprécieraient l'aide d'une autre professionnelle.

« J'arrive à me débrouiller seule on va dire mais c'est vrai que, parfois, quand on a un coup de main, ça fait du bien. Parce que ce n'est pas toujours facile, parfois il y a des patients qui sont lourds...

[...]

Après c'est plus quand on se retrouve dans des situations difficiles, chutes ou des choses comme ça ou quand on est vraiment seule, ce n'est pas toujours évident mais sinon ça va quand même. »

Lisa, 23 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Cette aide existe lorsqu'un cabinet infirmier ou un Ssiad travaille en coordination avec un service d'aide à domicile, mais c'est finalement rarement le cas. De plus, ces professionnelles, travaillant tous les jours de la semaine, ont le sentiment que le reste de la chaîne médicale est absente quand certaines urgences arrivent les « mauvais jours ».

« C'est le fait d'être seule quand il y a des urgences à gérer qui est assez compliqué parce qu'on se retrouve vraiment seules et, bizarrement, ça arrive toujours le soir ou le week-end et il n'y a pas de médecins ou on ne peut pas les joindre, et le Samu c'est compliqué. »

Claire, 31 ans,
infirmière libérale en secteur rural dans le sud-ouest de la France

Seule face au poids émotionnel qu'implique la relation d'aide

La solitude ressentie face aux bénéficiaires est parfois lourde à supporter pour les professionnelles, notamment pour les aides à domicile. Celles-ci se retrouvent particulièrement isolées et revendiquent la possibilité de pouvoir « en parler », comme dans certaines organisations plus anciennes et expérimentées (certains Ssiad, CSI ou CMS) qui mettent en place l'intervention d'un psychologue qui fait de l'analyse de la pratique.

« Déjà, je mettrais en place, au travail, quelqu'un qui fasse de l'analyse de la pratique parce qu'il faut pouvoir dire son mal-être et déverser sa bile. Je pense que c'est ce qui manque, ce qui fait que beaucoup peuvent rester chez elles, un beau jour quand elles en ont marre. S'il n'y a personne qui vous écoute... »

Anne-Françoise, 59 ans,
aide à domicile dans une ADMR de la région parisienne

Cette revendication est particulièrement légitime lorsque, par exemple, les patients ou les bénéficiaires sont atteints de troubles de la santé mentale qui compliquent les soins.

« Des fois, il y a des personnes qui sont démentes, c'est compliqué de prodiguer des soins. Mais il y a aussi des situations où les personnes ont des pathologies psychiatriques et qui sont en phase de crise et ça peut être compliqué à gérer et là, être à deux, c'est quand même un confort. C'est plus ça en fait la solitude, ce n'est pas toujours facile. »

Neela, 37 ans,
infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

Par ailleurs, se rendre au domicile signifie aussi entrer au cœur du foyer, dans l'intimité des personnes, qu'il s'agisse des choses perçues positivement, comme l'accès à l'histoire de la personne, ou d'éléments plus dramatiques, difficiles à gérer pour les professionnelles.

« Ce qui est compliqué aussi, on voit, j'ai deux patients différents qui ont été victimes de violences conjugales... Alerter les médecins, alerter les services sociaux, on ne se sent pas écoutée, ça c'est vraiment très difficile parce qu'en le voyant, on a un monsieur, on voit bien qu'il a des coups et tout, et on ne peut rien faire. Et lui, il nous appelle à l'aide et puis on ne peut rien faire, sinon on peut appeler le Samu pour faire une hospitalisation d'urgence, il refuse parce qu'il sait très bien qu'entretemps, sa femme va être méchante et c'est vrai que c'est très dur à gérer. »

Claire, 31 ans,
infirmière libérale en secteur rural dans le sud-ouest de la France

La responsabilité qu'implique le fait d'être une des seules personnes (voire la seule) qui se rende au domicile de patients dépendants et âgés est parfois difficile à porter, elle suppose un véritable travail émotionnel de gestion de la distance propre au *care* (Hochschild, 1979).

« - C'est lourd à porter, ça vous donne un rôle central dans la vie de ces gens ?

- Oui parce qu'ils se reposent complètement sur nous. Faut pas l'oublier ça, vraiment, on est un petit peu leur béquille. Et en fait, ils se raccrochent à nous très souvent. On leur dit : *'N'hésitez pas on est là pour vous aider, n'hésitez pas. Si vous avez besoin de quelque chose en dehors de mes visites. N'hésitez pas à appeler l'association. Si vous voulez rajouter des heures pour X raisons'*. Surtout chez les sujets âgés, ils ont tendance à l'oublier. Quand on leur parle des heures d'astreinte, ils n'ont pas forcément le réflexe de décrocher le téléphone. Il y a une astreinte après nos heures d'intervention aussi. *'N'hésitez pas en cas d'urgence, on est là'*, c'est aussi bon de le rappeler. »

Hélène, 50 ans,
auxiliaire de vie sociale dans une ADMR de la région parisienne

Seule donc isolée ?

L'isolement des professionnelles du domicile enquêtées est un facteur qui réduit leur possibilité de travailler en équipe. Ainsi, on a vu ces dernières années de nombreux cabinets infirmiers rejoindre des maisons de santé pluriprofessionnelles afin de pallier cette solitude ressentie et davantage agir en coopération avec les autres professionnels (médecins, kinésithérapeutes, spécialistes, etc.).

« Tu es souvent seule toute la journée, tu n'as pas vraiment quelqu'un avec qui échanger, tu ne veux pas déranger ta collègue parce qu'elle ne bosse pas et tu te dis que c'est précieux (*rires*). Moi ce qui me manquait dans mon travail précédent [infirmière libérale mais dans un autre cabinet non rattaché à une MSP], tu es là, tu fais tes soins, et parfois, tu ne sais pas pourquoi, tu les fais et tu n'as pas beaucoup d'informations en fait et tu intervies de manière très ponctuelle. »

Neela, 37 ans,

infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

Plus globalement, c'est la forme que prend la division du travail qui est souvent montrée du doigt : chacun travaille dans son coin et les possibilités d'exercice coordonné sont rares et souvent difficiles à mettre en place, ce qui rajoute au sentiment de solitude des professionnelles.

« C'est compliqué d'être à domicile pour créer ce travail d'équipe. Et aussi d'avoir des infirmières à l'extérieur, ça complique tout, comme si c'était morcelé et si nous on devait réunir tous les bouts ensemble, c'est vrai que ce n'est pas simple. »

Marine, 26 ans,

infirmière coordinatrice d'un Ssiad en région parisienne

Enfin, le travail au domicile, vécu comme solitaire, semble être un frein à la construction d'une communauté de professionnelles unies qui puissent réagir collectivement à des situations vécues comme injustes. La crise du Covid-19 illustre ce propos puisque de nombreuses professionnelles (infirmières, aides-soignantes et aides à domicile) ne se sont pas senties assez reconnues, notamment, comparativement à leurs homologues hospitalières.

« - Avec le Covid, vous avez changé quelque chose avec les patients ? Ou même au niveau des tournées ?

- Je vais vous dire mon ressenti. C'est vraiment mon ressenti parce que j'ai trouvé ça horrible. On a l'impression d'être seule. Une infirmière libérale, je ne sais pas si vous avez vu à la télé, on n'en entend jamais parler. Ils en parlent pas. Là, on parle des infirmières libérales. 'Ah oui, elles pourraient aller tester, faire des tests sur les Covid'. Mais tu as raison, on nous ignore complet. On n'a pas de prime. Les primes c'est pour les nanas qui travaillent en réa[nimation]. Et celles qui sont dans les services, mais si tu mets celle qui est en libéral, non. Elles ont gardé tous leurs patients à domicile. Elles ont gardé leurs patients à domicile, elles vont éviter de remplir les urgences mais on n'en parle pas. Oui, il y a eu un petit peu les médecins généralistes, mais oui tous les professionnels du domicile notamment. C'est un peu les grands oubliés de l'histoire. Soi-disant, on nous applaudit mais moi je dis : 'On n'en a rien à foutre'. On ne parle pas de nous, des auxiliaires de vie, on en parle un petit peu. Les infirmières libérales, on n'en parle absolument pas. Je vous assure tous les soirs, je suis devant la télé à écouter. On n'en parle pas. Et on en parlait avec nos collègues, je me suis dit : 'Mais vraiment les médecins, ils ne viennent plus à domicile, les kinés ne viennent plus à domicile. Il n'y a plus que les infirmières libérales et les auxiliaires de vie. C'est tout'. Et les patients, ils disent : 'Heureusement que vous êtes là parce que ce n'est pas notre médecin, notre kiné, ils ne sont pas venus pour continuer, ils nous accompagnent pas'. Et là, il y a un peu de colère quand même. Ah ben nous par contre, il fallait qu'on y aille. »

Michelle, 55 ans,

infirmière libérale membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

Le quotidien est ainsi parfois marqué par un sentiment de solitude des professionnelles qui semblent peu se croiser, peu interagir et peu travailler collectivement. Néanmoins, des organisations qui ont mis en place un exercice coordonné et collectif existent¹³. Elles définissent une division du travail et une organisation qui permettent un tel exercice. Or, notre enquête montre également qu'en dehors de ces organisations, la division du travail s'ancre dans des réalités complexes entre adaptation aux frontières professionnelles et disparités territoriales.

2.2.3. La division des tâches dans la pratique : entre adaptation aux frontières professionnelles et réalités territoriales

La division du travail entre les différents métiers est déjà marquée par le vocabulaire employé, notamment pour désigner les personnes chez qui les professionnelles interviennent. Les infirmières et les aides-soignantes utilisent, sans surprise, le terme « patients ». Elles agissent en effet sur prescription médicale, contrairement aux aides à domicile. Elles affirment en même temps leur statut de soignantes, soulignant la distinction avec les aides à domicile. On pourrait pourtant objecter que l'exercice libéral conduit parfois les infirmières à considérer les personnes comme des clients selon les conceptions technique et entrepreneuriale¹⁴. Ce terme est aussi utilisé par certaines aides à domicile qui le préfèrent à « bénéficiaire », terme officiel. Cet emploi du mot « client » plutôt que « bénéficiaire » s'inscrit sans doute dans le rapport qu'elles entretiennent avec les personnes chez qui elles interviennent. En bas de l'échelle sociale, les aides à domicile sont fréquemment confrontées à des personnes qui les considèrent comme des prestataires de services, si ce n'est comme des domestiques, nous y reviendrons¹⁵. Pour supporter cette position, elles se perçoivent comme des vendeuses de services qui agissent auprès de clients pour les satisfaire, dans les limites qu'elles se fixent et que fixe l'organisation. Le vocabulaire employé renforce la distinction entre les métiers, observée dans les discours. Néanmoins, d'autres formes de division du travail existent.

Une division du travail apparemment claire dans les discours, et pourtant...

Une première forme de division du travail à domicile, autre que celle des types de métiers, repose sur la division du travail entre organisations. Sur un territoire donné, la répartition des patients et des types d'actes à réaliser à leur domicile se fait parfois plus selon les types d'organisation. Par exemple, sur le territoire breton dans lequel se situe le CSI enquêté, les infirmières prennent tous les patients, quelles que soient leurs pathologies. Cela signifie qu'elles s'occupent souvent des patients que les infirmières libérales présentes sur les territoires n'ont pas souhaité prendre en charge. Il peut s'agir de cas lourds ou difficiles pour lesquels ces infirmières ne se sentent pas avoir les compétences, et les médecins préfèrent faire appel au CSI.

« C'est-à-dire que vous avez des dialyses, des soins vraiment pointus, on fait des formations. Donc, ils [les médecins] savent très bien que si on a des prises en charge avec des niveaux techniques importants, nos personnels sont formés, il y a des astreintes, donc forcément, il y aura une continuité du soin. [...] En général, on est plus formé que les libéraux parce qu'on a accès aux formations et qu'elles sont en place dans nos structures. »

¹³ Voir la partie 2.3 « Relations interprofessionnelles et travail collectif : des dynamiques complexes en évolution constante », page 63.

¹⁴ Voir la partie 2.1.2 « Différentes composantes dans les conceptions des métiers d'infirmière et d'aide-soignante », page 38.

¹⁵ Voir la partie 2.4.2 « Les services d'aide à domicile peu ou mal considérés... », page 81.

Mireille, 53 ans,
infirmière, à présent directrice d'un centre de soins infirmiers en Bretagne

A l'inverse, c'est parfois parce que certains cabinets infirmiers refusent de réaliser les toilettes que les infirmières du centre se retrouvent à accomplir ces tâches qui pourraient être réalisées par un Ssiad, s'il y en avait un, ou des aides à domicile pour les toilettes les moins médicalisées¹⁶.

« On prend en soin tous les types de prises en charge complexes que vous pouvez avoir. Donc vous avez des libéraux qui refusent de reprendre leur patient dès lors qu'ils ont un soin d'hygiène, par exemple. »

Mireille, 53 ans,
infirmière Asalée, à présent directrice d'un centre de soins infirmiers en Bretagne

Dans les centres de soins infirmiers, la durée passée auprès des patients paraît, selon les professionnelles interrogées, plus longue que pour les libérales. La principale raison semble être le travail de prévention et d'éducation à la santé qu'effectuent en plus ces infirmières, ainsi que le mode de rémunération (ou de financement de l'organisation plus globalement), qui n'est pas directement lié aux nombres d'actes qu'elles réalisent par jour.

De la même manière, certaines infirmières Asalée, membres de maisons de santé pluriprofessionnelles, effectuent un travail qui inclut finalement d'une certaine manière celui des aides-soignantes d'un Ssiad, voire des aides à domicile (soins de *nursing* mais aussi parfois accompagnement, préparation de repas...).

« Lui faire chauffer son petit dej', parce qu'il n'y a personne ou que tu arrives à midi parce que tu es à la bourre et que tu vois que l'auxiliaire de vie, elle n'est pas là. 'Ben non, il attendra qu'elle vienne'... Ben, ça, ça m'énerve. Moi je dis : 'Tant pis, l'auxiliaire de vie, elle vient, elle fera autre chose puis elle attendra que son temps passe mais on ne peut pas découper le patient quoi ! On est là'. Après il est vrai qu'en libéral... alors à l'hôpital c'est structuré, chacun son job, en libéral, on nous paye sur la toilette et on ne nous paye pas sur le reste. Quand on y reste une heure... donc je comprends, que certains de mes collègues ne le fassent pas. »

Catherine, 54 ans,
infirmière libérale Asalée, membre d'une MSP dans une petite ville de l'est de la France

Ces infirmières exerçant dans le cadre de l'association Asalée défendent particulièrement une conception holistique et humaniste du métier qui suppose une prise en charge globale. Certaines avancent même une vision égalitariste des métiers du domicile dans laquelle les autres professionnelles se situent toutes au même niveau.

« Pour moi une aide-soignante, c'est l'égal de moi. Je ne sais pas si c'est clair. C'est l'égal et c'est ma collègue et elle est comme moi. Elle est l'égal de moi. Ce n'est pas un sous-métier, c'est pas une sous-personne. Elle est égale, elle fait la même chose que moi. Elle est au chevet du patient. Sur une échelle, elle est comme moi. »

Catherine, 54 ans,
infirmière libérale Asalée, membre d'une MSP dans une petite ville de l'est de la France

Au-delà des conceptions et des approches des différents métiers, la forme que prend la division du travail au domicile dépend principalement du territoire, de la demande et de l'offre de soins.

¹⁶ Pour le cas précis des toilettes et de leur délégation, voir la partie 2.4.3 « Un exemple emblématique : la toilette », page 83.

Une division du travail et une répartition des tâches liées aux disparités territoriales

L'état de la division du travail sur un territoire, lié à la structuration de la demande et de l'offre de soins, semble principalement dépendre de la présence ou non de cabinets infirmiers.

Les organisations de l'aide à domicile sont plus souvent en manque de personnel et font face à une forte demande. Néanmoins, lorsque ce n'est pas le cas, l'ouverture à la concurrence, notamment privée, conduit souvent à la disparition d'une partie des organisations, c'est par exemple le cas de l'ancienne association d'Anne-Françoise qui a fermé lorsque l'ADMR s'est implantée, « récupérant » les salariés de l'ancienne association.

De leur côté, les Ssiad, en premier lieu, ne couvrent pas l'ensemble du territoire. Ensuite, ils fonctionnent dans le cadre d'une capacité en lits autorisée qui fait l'objet d'un arrêté du directeur général de l'ARS. Cette capacité limite le nombre de personnes susceptibles d'être prises en charge (DGCS, 2015). Le nombre de lits d'un Ssiad est généralement en deçà du nombre de demandes de prises en charge qu'il reçoit (en tout cas pour ceux enquêtés). De fait, la variable la plus susceptible de bousculer les formes de divisions du travail sur un territoire est celle de la concentration de cabinets infirmiers et des différentes conceptions qu'ils se font de leur métier.

Finalement, deux cas de figure existent. Dans le premier, les infirmières libérales étant relativement peu nombreuses sur un territoire, on observe assez logiquement une forte délégation du travail aux aides-soignantes et aides à domicile qui implique une utilisation maximale des registres de compétences de ces deux métiers.

« - Est-ce qu'il y a de la concurrence avec les Idel ?

- Bah, ici, j'ai envie de dire que non. Parce que les Idel, elles ne font pas de soins. Elles sont surchargées. Et elles ne font pas d'aide à la toilette. Elles n'ont pas le temps. Comme l'aide à la toilette, ce n'est pas hyper bien coté sur les actes, elles ne le font pas. Quand ça fait longtemps qu'elles accompagnent un patient pour des soins autres que la toilette, elles prennent le relais en attendant qu'il y ait un Ssiad qui intervienne, mais c'est tout. »

Julie, 31 ans,

coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

La principale conséquence est la spécialisation des cabinets vers les actes techniques (ou certains d'entre eux), s'éloignant ainsi, pas forcément volontairement, de la conception sociale du métier évoquée plus tôt.

A l'inverse, lorsque les Idel prennent tous les soins, en général sur un territoire où l'offre est importante, les rapports avec les autres peuvent être parfois compliqués puisque concurrentiels. Dans le Grand Est, sur le territoire du Ssiad, les infirmières libérales sont assez nombreuses, deux cabinets couvrent notamment un même territoire rural en plus du Ssiad. L'un, le plus ancien, s'est spécialisé dans les actes techniques, acquérant, à l'échelle de ce territoire rural, une forme de monopole. Le second, arrivé après, ne réalise que des soins de *nursing* en le justifiant par une approche sociale, globale et d'acceptation de tous les patients. De fait, il entre parfois en concurrence directe avec le Ssiad réalisant les mêmes types d'actes.

« - Et quand vous disiez que ça dépend des cabinets infirmiers, à quels différents types pouvez-vous avoir affaire ?

- Les types, c'est le même genre, les cabinets d'infirmiers libéraux sauf que d'un cabinet à l'autre, il y a des infirmières qui veulent tout faire et puis il y en a d'autres, ils vont nous déléguer certains soins. Ça dépend de la mentalité des cabinets infirmiers. »

Laure, 56 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Néanmoins, les places du Ssiad étant limitées, ce cabinet peut maintenir une activité. Dans ce cas, la frontière entre le travail d'infirmière à domicile et celui d'aide-soignante au sein d'un Ssiad devient plus que poreuse et la division du travail s'est davantage faite en fonction de l'ancienneté de l'installation et de la conception du métier d'infirmière que d'autre chose. Autre situation de sur-présence d'infirmières libérales, le CSI enquêté dans le sud-est, implanté sur le territoire depuis très longtemps (il s'agissait au départ d'un hospice géré par des religieuses), a vu des cabinets infirmiers s'installer ces dix dernières années. Si certains n'ont pas tenu, d'autres se sont spécialisés dans certains types de soins et ont agrandi l'espace géographique de leurs interventions, modifiant ainsi l'activité des infirmières du CSI en leur retirant une partie des soins techniques. Ce dernier exemple illustre, d'une part, les rapports concurrentiels qui peuvent exister dans le cas d'une forte concentration d'infirmières sur un territoire et, d'autre part, comment le contenu de l'activité peut être transformé par la structuration d'un territoire.

2.2.4. Des pratiques liées à des relations encore aujourd'hui très concurrentielles

« Après, je pense que c'est le fait de ne pas se voir trop souvent (*rires*). Après non, c'est sympathique, on va passer une bonne journée mais on sent bien qu'on n'est pas là pour être copines quoi. »

Claire, 31 ans,
infirmière libérale en secteur rural dans le sud-ouest de la France

Dans le secteur du domicile, de nombreuses formes de concurrence existent, renforcées dans les territoires où l'offre et la demande de soins ne sont pas équilibrées. Mais au-delà de ce constat, des formes de concurrence subsistent, notamment du fait de la nature même de l'activité des cabinets infirmiers en libéral.

La rude concurrence entre infirmières libérales... et Ssiad ?

Certaines infirmières dépeignent des rapports dégradés entre les infirmières libérales et elles.

« La deuxième chose qui est super importante, c'est que les infirmières 'elles se tirent la bourre', elles ne se parlent pas, elles ne s'aiment pas ! En règle générale, c'est comme ça les libéraux. Non, mais c'est terrible, c'est la guerre ! Dans 80 % des cas, les cabinets se tirent la bourre parce que 'elle a plus [+] de patients', 'parce que le médecin na na na' ! »

Catherine, 54 ans,
infirmière libérale, membre d'une MSP dans une petite ville de l'est de la France

Dans les entretiens, les infirmières sont celles qui font le plus largement état des rapports de concurrence entre professionnelles ou organisations. A l'inverse, les Ssiad sont

les organisations enquêtées qui n'en évoquent quasiment pas. Ce sont aussi les organisations les plus régulées par leur financement et, surtout, par le nombre de places décidées par l'ARS. Ils ne cherchent ainsi jamais à « conquérir » de nouveaux patients ou à étendre leur espace géographique d'intervention. Toutefois, si les Ssiad ne perçoivent pas la concurrence, ils sont parfois perçus comme des concurrents. C'est le cas pour les cabinets infirmiers principalement axés sur les soins de *nursing* qui se voient difficilement être compétitifs face à une organisation qui passera plus de temps auprès des patients et qui les prendra en charge intégralement dès lors qu'ils comptent aussi des infirmières parmi leur personnel.

« - Parce que, finalement, avec les Ssiad, ils vous perçoivent comme des concurrentes ? Et vous ?

- Nous un peu aussi. Parce que finalement, ils arrivent souvent en proposant une espèce de *package* avec soins infirmiers, soins de *nursing*, tout ça pour 30 € par jour, pris en charge par la Sécu... »

Neela, 37 ans,
infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

Les tensions peuvent parfois être exacerbées par les demandes de changement de professionnelles par les patients eux-mêmes.

« C'est vrai qu'on a eu le cas d'une patiente où l'infirmière libérale s'occupe de son mari par notre biais et elle s'occupe de sa femme, et nous on n'avait rien à voir à la base avec eux. Elle avait une prise en charge libérale et pas du tout Ssiad et il s'avère que la femme a fait une demande pour que ce soit nous qui nous occupions de la toilette. Donc là, c'est vrai que ça a été un petit peu délicat parce qu'il s'agissait de demander à l'infirmière libérale si on pouvait lui prendre une partie de son travail. Donc ça a été un peu délicat. »

Marine, 26 ans,
infirmière coordinatrice d'un Ssiad en région parisienne

Les centres de soins infirmiers, malgré leur rareté comparativement aux cabinets libéraux, ne sont pas exempts de rapports parfois difficiles avec les autres infirmières comme évoqué plus tôt en soulignant le surplus d'infirmières sur le territoire concerné. Les infirmières libérales récemment installées sur le territoire jugeaient l'activité du CSI local comme de la concurrence déloyale au point de leur demander de se séparer d'une partie de leur personnel.

« - A quel niveau avez-vous ce genre de rapports ?

- C'est avec les infirmières libérales. C'est un peu tendu. Disons que, nous, centre de soins, on est là depuis 1975, et il y a eu un moment où il y a eu des installations un peu anarchiques, je ne sais pas comment des infirmières arrivent à s'installer alors qu'il n'y a pas forcément d'activité sur le secteur, et on est venu nous demander de licencier des infirmières salariées du centre.

- Qui est-ce qui est venu vous demander ça ?

- Les infirmières libérales.

- Elles sont venues vous demander de licencier des infirmières ?

Voilà. Donc, il y a eu un moment où c'est un petit peu tendu quand il y avait les patients qui n'étaient pas satisfaits de l'infirmière libérale et qui venaient nous voir. On nous accusait de prendre les soins aux infirmières libérales. »

Dounia, 48 ans,
infirmière directrice d'un CSI dans une petite ville du sud-est

Enfin, entre les organisations de services d'aide à domicile, la concurrence est particulièrement vive en milieu urbain où les organisations sont nombreuses, notamment les structures privées depuis la libéralisation du secteur en 2005 (Capuano, 2017). Néanmoins,

notre enquête n'a pas permis d'appréhender cette dimension puisque l'ADMR enquêtée en milieu rural a un quasi-monopole sur son secteur et s'agrandit chaque année (en même temps que la population vieillit). L'ADMR de région parisienne, assez récente, s'est imposée sur son territoire, ne cessant de s'agrandir, ce qui a participé à la fermeture d'une autre association.

Toutes unies contre l'Hospitalisation à domicile (HAD) ?

L'HAD est une forme d'hospitalisation qui assure des soins médicaux et paramédicaux importants à domicile. Elle intervient exclusivement sur prescription médicale et avec l'accord du médecin traitant. Bien qu'il existe des collaborations fructueuses qui sont d'ailleurs parfois clairement protocolisées entre HAD et professionnelles libérales, aucun cas de ce type n'a été relevé dans cette enquête. En effet, si toutes les infirmières interrogées n'ont pas les mêmes rapports concurrentiels entre elles ou avec les autres organisations, le « problème HAD » est, lui, quasi-systématiquement revenu durant les entretiens.

Dans tous les départements où l'HAD est présente, les infirmières et les Ssiad ont affaire à ce service, principalement autour des patients en fin de vie. Généralement, un patient âgé dont s'occupait une infirmière ou une aide-soignante entre à l'hôpital pour une aggravation soudaine de son état. Lorsque cela est possible, l'HAD prend ensuite le relais des infirmières pour s'occuper de la fin de vie de la personne, ce qui est mal vécu par les infirmières, d'autant plus si elles partagent une conception humaniste et holistique du métier.

« Moi, j'ai une personne qui est en fin de vie, on a demandé à l'HAD d'intervenir pour qu'elle puisse avoir deux personnes en même temps. Donc nous, on a réduit notre temps d'intervention au profit de l'HAD. On aimerait bien qu'on n'ait pas à faire, ce serait bien qu'on puisse le faire nous-mêmes. »

Marianne, 26 ans,
infirmière référente qualité dans un CSI en Bretagne

L'HAD est alors perçue comme le principal concurrent des infirmières libérales dans le sens où elles ont le sentiment qu'elle « récupère » leurs patients les plus âgés. Certaines infirmières soulignent d'ailleurs le fait que l'HAD est un secteur particulièrement rentable pour l'hôpital et qu'elle se développe ces dernières années.

« - C'est une forme de concurrence, l'HAD, pour vous ?

- L'HAD, oui, ça explique la disparition des patients parce qu'on a plusieurs patients qu'on suit depuis des années pour la prothèse de hanche et qui nous disent : 'Ah ben oui, mais je ne vous ai pas dit, l'hôpital m'a envoyé ses infirmières'. Donc l'HAD... Complètement. C'est-à-dire, qu'au début, l'HAD, c'était de suivre certains patients dans des conditions particulières qui étaient pertinentes et qui, par exemple, nécessitent un *nursing* pour deux personnes, nous on ne peut pas faire ça. Donc, c'est très bien, on ne va pas se marcher sur les pieds, mais en fait comme ça a tellement bien marché et que c'est une des seules branches bénéficiaires de l'hôpital, ils se sont élargis. Moi j'ai eu le cas, je me suis battue, bec et ongles, pour deux fins de vie et heureusement que monsieur avait toute sa tête et que madame aussi, il a fallu qu'ils se fâchent pour qu'on puisse faire la fin de vie à domicile. Parce qu'on leur racontait que les infirmières n'étaient pas formées, qu'elles ne savaient pas tirer de la morphine... patati, patata. Alors qu'il n'y a pas eu de problème. »

Flavie, 43 ans,
infirmière libérale une petite ville dans le sud-ouest de la France

Au-delà de l'HAD, le fait que le secteur de l'hôpital intervienne hors de ses murs est assez mal perçu par les infirmières. Certains hôpitaux ont aussi un Ssiad hospitalier qui

s'occupe des patients après une sortie d'hospitalisation. De même que l'HAD, ces Ssiad sont perçus comme des concurrents directs confisquant les patients.

« L'HAD, une fois qu'ils sont surbookés, ils nous appellent pour prendre en charge les patients [...] et qu'elle vous paye, mais les trois quarts du temps, dès qu'ils peuvent vous prendre des patients, parce que j'ai envoyé moi-même des patients à l'hôpital, pas de nouvelles, un mois, deux mois... Au bout de deux mois, j'ai appelé la famille en disant : 'Alors comment il va ?', etc. et là, ils me disent : 'Il est sorti avec l'HAD', et hop terminé ! Et on ne vous a jamais dit, votre patient il est à l'HAD, on ne vous a pas donné de nouvelles, rien du tout. Et là, vous restez la bouche ouverte en disant quoi ? Et ben oui, c'est comme ça. [...] C'est vrai qu'il y a une grosse guéguerre entre l'HAD et nous, et donc les Ssiad aussi et nous. »

Michelle, 55 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

Néanmoins, quelques infirmières ne perçoivent pas aussi négativement l'HAD, certaines soulignent au contraire que la tendance à l'hyper-spécialisation de certains cabinets infirmiers vient concurrencer l'HAD. Neela, qui a travaillé auparavant en HAD, considère cette dernière comme compétente puisque plus complète.

« Je pense que le libéral a changé, ça s'est libéralisé vachement en fait. (rires) Du coup, je ne sais pas si tu es au courant mais il y a des gros cabinets infirmiers qui travaillent sur tout Paris [...]. Ils piquent un peu le boulot des HAD, enfin entre guillemets, parce que normalement l'hospitalisation à domicile, c'est pour des soins lourds et ce qui était dans les HAD, il y avait quand même de la coordination. Enfin, il y avait des staffs qui étaient faits, il y avait un médecin qui était là. Et là, c'est des infirmiers qui font que de la technique et qui ne vont pas être dans la continuité de soins avec les patients. [...] Moi, je pense que ce n'est pas super parce que pour le suivi des patients, ce n'est pas très bien en fait. »

Neela, 37 ans,
infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

Au-delà des rapports concurrentiels qui peuvent exister entre les organisations et les professionnelles, des disparités territoriales et des conflits qu'elles peuvent susciter, la division du travail à domicile est aussi marquée par des rapports sociaux de classes qui la structurent en partie.

La réalité du quotidien des professionnelles étudiées est d'abord marquée par la difficulté de leur travail : à la fois physique, notamment pour les aides à domicile dont cet aspect du travail est particulièrement épuisant et psychologique, du fait de la solitude ressentie. Une solitude parfois compliquée à gérer face à des situations de perte subite d'autonomie et d'imprévus. Ce travail, comme tout travail du *care*, comporte un poids émotionnel à gérer qui, de surcroît, est souvent invisible. De plus, leur travail s'inscrit dans une division des tâches entre professionnels parfois délicate. Si elle apparaît relativement claire dans les discours, d'une part, elle n'est pas homogène et, d'autre part, reste dépendante des réalités territoriales. De fait, on observe des relations de concurrence qui font écho tant à ces disparités territoriales qu'aux frontières professionnelles. Néanmoins, il existe un fort développement de l'activité pluriprofessionnelle en soins primaires, notamment autour de la multiplication des maisons de santé pluriprofessionnelles.

2.3. Relations interprofessionnelles et travail collectif : des dynamiques complexes en évolution constante

Les relations interprofessionnelles en soins primaires sont rares dans la littérature sociologique. Les travaux recensés sont souvent centrés sur la figure du médecin généraliste, et les paramédicaux ne sont présents que comme acteurs de second plan (encadré 5).

5

ENCADRÉ

Exercice collectif et médecins généralistes

Les médecins généralistes ont été largement étudiés en France par la sociologie, autant en libéral (Bloy, Herzlich et Schweyer, 2010), dans les réseaux de soins informels (Sarradon-Eck *et al.*, 2008), dans les centres de santé (Schweyer, 2014) que plus récemment, dans les maisons de santé (Fournier, 2015 ; Moyal, 2020). Si notre objectif n'est pas d'étudier les médecins, leurs rôles ou leurs organisations, ils apparaissent néanmoins comme des acteurs clés du système de soins et ne peuvent être écartés lorsque l'on cherche à traiter des relations interprofessionnelles et des dynamiques professionnelles en soins primaires en France.

Jusqu'alors, le système français d'organisation des soins primaires était considéré comme un modèle « professionnel non hiérarchisé » (Bourgueil, Marek et Mousquès, 2009). Pour ces auteurs, ce système est caractéristique dudit modèle car la coordination des soins repose en grande partie sur le patient ou sa famille ainsi que sur « les modalités d'entente entre les différents professionnels ».

Dans une enquête qualitative portant sur l'analyse des réseaux de soins informels et se centrant sur les médecins généralistes, Sarradon-Eck *et al.* (2008) montrent qu'il existe, chez l'ensemble des professionnels de santé en soins primaires, un socle commun de valeurs et d'idéaux. Les auteurs mettent en exergue trois idéaux qui peuvent néanmoins être très éloignés, voire en complète contradiction avec les pratiques quotidiennes des professionnels (Sarradon-Eck, 2010).

Le premier idéal est celui du travail en équipe construit sur le modèle hospitalier, qui reste la référence et l'institution de socialisation professionnelle la plus forte dans l'immense majorité des cas. Le deuxième idéal est celui de l'autonomie, qu'il s'agisse de l'autonomie professionnelle ou personnelle :

« [...] L'indépendance d'un groupe par rapport à l'autre ; la responsabilité individuelle dans le travail ; le refus de certaines contraintes rapportées au travail en institution (standardisation des actes, « réunionite ») et à son organisation pyramidale génératrice de conflits et de dépendance (abus de pouvoir, subordination, antagonismes) ; le refus de certaines règles établies par les instances dirigeantes (recommandations opposables, contrôle de l'activité) ; le libre choix de ses partenaires professionnels ; la maîtrise de son exercice et de la décision de soins. » (Sarradon-Eck, 2010).

Enfin, s'ajoute à ces deux idéaux un idéal relationnel qui revendique une proximité privilégiée avec les patients en opposition à la médecine hospitalière. Toutefois, cet idéal s'inscrit dans une réalité où « des normes, des contraintes et des attentes réciproques régulent les relations entre les différents professionnels de santé » (Sarradon-Eck, 2010, p. 266) et celles-ci s'inscrivent dans des rapports dominants-dominés : médecins spécialistes-médecins généralistes, médecins généraliste-paramédicaux, etc. Dans les soins primaires, le médecin généraliste est une figure non seulement centrale, mais également dominante, il supervise le projet thérapeutique dans la majorité des cas en articulant les compétences et les actions des autres soignants « selon ses propres conceptions du rôle de chacun » (Sarradon-Eck, 2010, p. 269). Ainsi, les médecins généralistes bénéficient d'une position dominante dans la division du travail médical (Freidson, 1984) bien qu'ils ne soient pas considérés comme les plus légitimes par le reste de la profession (Arliand, 1987).

.../...

Exercice collectif et médecins généralistes

De fait, depuis l'émergence massive des syndicats de médecins généralistes après les années 1960, ils défendent leur rôle spécifique dans le système de soins et avancent la figure du « médecin pivot ». Une figure idéal-typique qui correspond à un rôle de coordinateur entre les différents professionnels de santé dans le parcours de soin du patient. Les médecins généralistes se présentent en opposition aux spécialistes en cela qu'ils ont une approche plus « globale » du patient (Bouchayer, 1994) ; ils défendent la spécificité du rapport médecin/patient en médecine générale, basé sur la proximité et la prise en compte de « l'environnement », finalement obtenue en 2007 (Hassenteufel, 1997).

Il est alors intéressant de noter que les infirmières, mais aussi les aides-soignantes et, dans une moindre mesure, les aides à domicile, adoptent les mêmes arguments vis-à-vis des médecins pour affirmer leur plus grande proximité. De plus, si les termes de coopération et de coordination sont employés dans les discours des médecins, Sarradon *et al.* (2008) identifient plutôt une relation de type instrumentale des médecins vis-à-vis des paramédicaux. Une communication qui passe essentiellement par la rédaction des ordonnances, le médecin n'attendant aucun avis mais simplement les gestes techniques qu'il a prescrits. Les infirmières adoptent alors des stratégies de communication avec les médecins, de ménagement, de suggestion, pour ne pas donner l'impression de remettre en doute leur autorité médicale (Douguet et Vilbrod, 2006).

L'organisation des soins primaires en France tend à se transformer, notamment depuis la fin des années 2000 et « le virage ambulatoire ». De nombreuses formes d'organisation émergent ou sont remises au goût du jour afin de repenser la prise en charge des patients dans un « parcours de soins ». Si les médecins restent au cœur de ces réorganisations, force est de constater que la croissance du secteur du domicile donne une place centrale aux professionnelles étudiées. Dans cette partie, notre objectif est de saisir comment se met en place un exercice collectif, ainsi que les freins à son développement, et de ce fait, porter une attention particulière aux dynamiques professionnelles qui structurent l'organisation du travail autant que celle-ci les structure, avant de s'intéresser à la place qu'y occupent les professions paramédicales étudiées ici.

2.3.1. Des modalités multiples d'exercice collectif

Les dynamiques actuelles de la médecine générale et, plus globalement, des soins primaires, s'inscrivent dans un « double mouvement » (Fournier, 2014) qui émane, d'une part, des autorités de santé et des collectivités locales et, d'autre part, des médecins de terrain. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires fait de la médecine générale, « par un retournement », un pilier du système de santé encourageant les regroupements professionnels. Par ailleurs, l'autre facteur important concernant les transformations de l'organisation du travail en soins primaires est celui du rapport qu'entretiennent les médecins vis-à-vis de leur travail. En effet, « les formes traditionnelles de l'exercice libéral attirent moins les jeunes générations et la pénibilité des conditions de travail est régulièrement dénoncée » (Schweyer, 2014). C'est ainsi qu'est encouragé (financièrement) le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles par les autorités de santé et les collectivités locales. Chez les médecins, la recherche de collectif est un moyen de lutter contre l'isolement du métier et prend forme dans un contexte de féminisation du métier et de l'arrivée d'une nouvelle génération moins sensible à « la médecine libérale comme manière de penser », qui repose sur « la responsabilité individuelle et le colloque singulier » (Schweyer, 2014). On assiste à une multiplication en France des MSP, passées de 284 en 2013 à 964 au 1^{er} janvier 2018 (DGOS).

Dans ce contexte de mutation des politiques et des pratiques en soins primaires, les structures de regroupements professionnels et les dispositifs mis en place par les autorités de santé suggèrent « les prémices du déplacement de la gestion hospitalo-centrée de la santé vers une gestion ambulo-centrée, d'une organisation curato-centrée vers une organisation prévento-centrée, de déplacement d'une orientation sur les structures vers une orientation centrée sur la population et le territoire » (Fournier, 2014, p. 122). Dans ce contexte de transformation des soins primaires en France, les infirmières, les aides-soignantes et les organisations d'aide à domicile semblent avoir un rôle à jouer de première ligne en complément et en coopération avec les médecins généralistes.

En déplaçant notre focale, des médecins aux groupes professionnels, et en cherchant à saisir comment se construit le travail collectif, non pas centré sur le *cure* mais sur le *care*, il s'agit aussi de replacer l'importance de ces tâches socialement peu valorisées, et les professionnelles qui en ont la charge, au cœur de l'analyse, afin de dépasser une approche trop médico-centrée.

En soins primaires et concernant les infirmières, les aides-soignantes et les aides à domicile, plusieurs modalités d'exercice collectif coexistent. Notre enquête aura permis d'en identifier trois, qui n'épuisent certainement pas l'ensemble des possibilités du travail collectif. De plus, la présentation de ces trois modalités de manière distincte tend à masquer leurs possibles entremêlements.

Le partage d'information

La première modalité d'exercice collectif, que nous mettons en évidence ici, est celle du partage de l'information. Partager l'information suppose la mise en réseau des professionnelles et l'établissement de dispositifs permettant le partage des données médicales, de l'état de santé en temps voulu des patients, du rôle de chaque intervenante, etc. Concernant les aides à domicile et les aides-soignantes, le premier dispositif de partage de l'information est l'évaluation conjointe. Ces deux groupes professionnels fonctionnent sur la base de l'évaluation de l'état de dépendance d'un patient avec la grille Aggir. Selon le niveau de Gir, un ensemble d'interventions va être mis en place. Certaines organisations font alors des évaluations communes des patients chez lesquels plusieurs professionnelles vont intervenir. L'évaluation conjointe permet notamment d'établir une prise en charge fluide dans laquelle l'intervention de l'une ne gêne pas l'autre, et de faire en sorte que l'ensemble des interventions soient complémentaires. Julie explique comment le développement de ces évaluations conjointes entre elle, responsable de secteur ADMR, l'infirmière coordinatrice du Ssiad et les services de portage de repas de la mairie ont permis une plus grande coordination entre les professionnelles.

« La soignante passe le matin et quand on a un plan d'aide Apa, je ne sais pas, de 30 heures par mois, qui permet au service d'aide une heure de passage par jour et que la personne a besoin d'un passage le midi pour préparer un repas mais qu'elle ne sait pas préparer ses petits déjeuners, c'est bien que le travail soit conjoint et que l'évaluation soit conjointe. Ça permet, du coup, si l'aide-soignante passe tous les jours pour la toilette, que l'aide à domicile, le midi, elle a préparé le repas du midi dans le frigo, elle a préparé le plateau pour le soir et elle a déjà préparé le plateau pour le petit déjeuner avec le café. L'aide-soignante a, juste après son soin, à appuyer sur la cafetière pour lancer le café, c'est bête, c'est pas un acte de soin mais c'est quelque chose qui prend 30 secondes et qui peut être vu en visite d'évaluation. Et généralement c'est fait. »

Julie, 31 ans,
coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

Elle insiste sur l'importance de partager ces plans d'aide et donc de réaliser conjointement les évaluations.

« Sinon ça peut être une personne grabataire où, dans le plan d'aide... il y a besoin que ce soit en alternance avec un Ssiad ou une Asalée. C'est possible alors de bien revoir l'ensemble des passages sur le "qui fait quoi" : un passage le matin du Ssiad pour l'aide à la toilette et la surveillance des médicaments, et nous, le midi et le soir pour le change et la surveillance des médicaments par exemple, en plus des repas. Avoir des évaluations et des plans d'aide qui sont décorrélés et qui ne sont pas coordonnés fait que la qualité du maintien à domicile et des plans d'aide n'est pas la même ».

Julie, 31 ans,
coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

Certaines organisations des systèmes de partage de l'information mises en place dans le secteur du domicile sont assez novatrices. Ainsi, une importante fédération associative d'Ile-de-France a créé un système d'information informatisé disponible pour l'ensemble des professionnelles intervenant à domicile.

« On a aussi fait évoluer notre outil informatique pour qu'il soit visible, que les plannings et le dossier de la personne accompagnée soient visibles par les deux services. Et petit à petit, on a sur notre territoire un dossier qui sera encore plus partagé en interne et en externe qui s'appelle "NOM" et qui est financé par l'ARS. L'objectif c'est que ce dossier soit ouvert au maximum de personnes et devienne l'outil d'information coordonné pour les patients les plus complexes. Après, si les personnes sont d'accord bien entendu, on essaye sur les situations où on a plusieurs services, qu'il y ait un référent pour l'ensemble et qui coordonne pour l'ensemble parce que le risque, c'est que ça parte dans tous les sens et en fait ce qu'on a fait parce qu'on a aussi travaillé grâce à la Maia, c'est un formulaire de demande de prises en charge qui est commun à l'ensemble des structures sur le territoire. »

Estelle, 38 ans,
déléguée générale d'une organisation regroupant
Ssiad, Spasad et Saad en région parisienne

Toutefois, il existe des dispositifs de partage de l'information beaucoup plus informels. C'est souvent le cas entre les infirmières libérales qui, au sein de maisons de santé, développent entre elles des réseaux d'échanges. En effet, si les réunions entre professionnels, membres d'une Sisa, permettent de développer des projets à l'échelle de la maison de santé, c'est souvent *via* des conversations sur messagerie instantanée que se mettent en place un partage de l'information et une forme de coordination. La nature des informations partagées ne sont pas les mêmes que pour les aides à domicile et les aides-soignantes, elles relèvent souvent de questions d'organisation.

« Avec la MSP, on se rencontre un peu comme ça au départ puis, finalement, j'ai un peu le sourire facile donc je sympathise avec tout le monde, tu vois un peu tout le monde aussi, voilà peut-être que ça facilite les rapports aussi je n'en sais rien. Donc, en tout cas, ça se passe assez naturellement. Les infirmières qui font partie du pôle sont mes copines en fait. Par exemple, il y en a une, sa collègue est enceinte, et son autre collègue a le Covid, elle était toute seule sur sa tournée, on s'est organisées pour la dépanner. Je lui ai pris une journée, ma collègue, elle, lui a pris une journée, une autre collègue lui a pris une journée. On a un groupe WhatsApp. On discute. »

Yasmina, 48 ans,
infirmière libérale dans un cabinet partagé avec sa nièce,
membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

Les infirmières semblent moins participer à cette modalité de travail collectif. Etant plus proches des médecins, l'exercice collectif et la coordination qu'elles pratiquent prennent plutôt la forme de relations privilégiées avec un ou plusieurs médecins.

Des réseaux médecins-infirmières : améliorer le diagnostic et la prise en charge

Ce type de rapports privilégiés entre infirmières et médecins s'observe principalement au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé. Pour autant, ces organisations n'épuisent pas les cas de réseaux privilégiés entre infirmières et médecins. Michelle, aujourd'hui membre d'une MSP, aborde la collaboration étroite qu'elle a entretenue avec un médecin « précurseur ». C'est d'ailleurs à partir de cette expérience commune qu'est née la MSP dont elle est aujourd'hui membre.

« En fait, en 2000, j'avais travaillé déjà dans un cabinet de médecin. Il avait déjà une culture franco-anglaise. Il s'était déjà orienté dans des structures, il partait au Canada depuis des années où les infirmières travaillent avec les médecins en étroite collaboration. Donc il s'est dit en 2000, je vais venir tout de suite dans mon cabinet et on va pouvoir enfin travailler et puis je leur enverrai les pansements, etc. Et déjà il était précurseur à cette époque du travail en groupe avant que tout se crée, tous les pôles de santé et les maisons de santé. Et du coup, on a expérimenté tout ça. On a vu que ça marchait bien et c'est comme ça qu'il m'a fait confiance en tant qu'infirmière libérale. »

Michelle, 55 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

Cette relation particulière qu'entretiennent certaines infirmières avec certains médecins se caractérise, comme l'explique Michelle, par la « confiance ». En d'autres termes, c'est une relation qui permet à l'infirmière de devenir elle-même prescriptrice ou, du moins, une professionnelle que le médecin écouterait attentivement. Ainsi, Flavie, qui n'est pourtant pas membre d'une maison de santé, entretient d'excellents rapports avec certains médecins qui lui laissent une importante liberté et lui accordent une confiance suffisante pour que cela soit elle qui réalise certaines prescriptions.

« Parfois oui, on prescrit... Vraiment les prescriptions parfois, ils n'ont même pas vu le patient. Notamment le psy, quand un patient est hyper agité. Je dis : 'Je pense qu'il faudrait le mettre sous tel médicament'. Je reçois un mail. Et le patient, il n'est même pas passé le voir, il m'a fait confiance. Idem pour les pansements de plaies. Le médecin nous laisse prescrire le matériel qu'on veut. On lui envoie une photo de la plaie au départ et puis une à la fin. Oui, il y a une confiance qui s'acquiert. Avec le temps où on a travaillé ensemble, voilà. Mais ce n'est pas le cas avec l'hôpital ! »

Flavie, 43 ans,
infirmière libérale dans une petite ville du sud-ouest de la France

De plus, Flavie est la seule à avoir abordé frontalement la question du respect de la liberté du patient à choisir son soignant lors des entretiens. En effet, lorsqu'il existe des rapports privilégiés entre infirmières et médecins, ces derniers, qui sont censés respecter la liberté de choix du patient, peuvent avoir tendance à proposer l'infirmière avec laquelle ils ont l'habitude de travailler.

« - Quand ce sont les médecins traitants, ils ne peuvent pas vous appeler directement, si ?

- En théorie, il ne doit pas y avoir de compérage. C'est la théorie. La réalité, je crois qu'on peut dire que chaque médecin et chaque infirmière a des relations privilégiées avec certains et des façons de travailler et de penser qui sont les mêmes,

où l'on se rejoint, et, en effet, on reçoit des coups de fil : 'Là, j'ai quelqu'un, il n'a pas d'infirmière jusque-là, il faudrait le prendre en charge, est-ce que tu peux ?' Oui, c'est plutôt comme ça que ça se passe. »

Flavie, 43 ans,
infirmière libérale dans une petite ville du sud-ouest de la France

Pour les infirmières, ces relations privilégiées leur permettent d'obtenir une reconnaissance de leur travail par la confiance du médecin et son écoute. C'est aussi pour elles un gain de temps et d'énergie, qui leur permet d'obtenir rapidement les prescriptions dont elles ont besoin plutôt que de passer du temps à contacter le médecin, à argumenter et à justifier leur demande. Enfin, dans une certaine mesure, cela leur assure une patientèle puisque le médecin leur enverra potentiellement des patients. Du côté des médecins, ce type de rapports leur permet de recueillir des informations sur leurs patients qu'ils ne pourraient avoir autrement, les infirmières voyant beaucoup plus régulièrement les patients à leur domicile. Ces relations s'établissent informellement, à travers l'expérience et l'habitude, mais aussi une vision des soins partagée, dans l'optique d'une meilleure prise en charge des patients.

Par ailleurs, certains médecins appartenant à des organisations pluriprofessionnelles (MSP ou CMS en l'occurrence) agissent comme des conseillers, voire des gestionnaires de carrières, informant et proposant des formations ou des projets de soins aux infirmières.

« On a un super chouette directeur ! Il est vraiment top, il a entendu parler d'Asalée et, dans l'équipe, il nous a demandé qui c'est que ça intéressait de faire Asalée, on était deux partantes... Pareil pour IPA, c'est lui qui nous en a parlé. Dans l'idée, pour le coup, il n'y avait que moi. »

Faiza, 34 ans,
infirmière en CMS dans un quartier populaire de région parisienne

Dans les centres de santé ou les MSP, comme nous l'expliquions en introduction, le travail d'équipe est particulièrement présent (Fournier, 2014, 2015 ; Schweyer, 2014), il regroupe généralement les trois formes d'exercice collectif mises en avant ici. Néanmoins, il se construit aussi, par et autour des médecins, les infirmières étant, d'une certaine manière, reléguées à dispenser des projets de soins auprès des populations, gérer des sources de données relatives aux patients ou des consultations sur les diagnostics.

Des espaces et des moments pour penser la pratique et le travail collectif

La troisième forme d'exercice collectif observée correspond à la mise en place de groupes de travail. Au-delà des thèmes qui sont abordés lors des séances, c'est aussi la composition du groupe lui-même qui permet l'émergence de ressources, d'interconnaissance et de culture communes. La difficulté qu'éprouvent les coordinatrices vis-à-vis des réticences à travailler les unes avec les autres en raison des appartenances professionnelles¹⁷ s'estompe quand la connaissance des différents métiers s'améliore. Ainsi, les groupes de travail, souvent mis en place dans les organisations pluriprofessionnelles, peuvent stimuler ce type de démarche. Estelle met en place des groupes de travail autour de situations concrètes de patients chez lesquels des difficultés sont survenues. Se retrouvent et interagissent alors des infirmières, des aides-soignantes et des aides à domicile.

¹⁷ Voir la partie 2.2 « Réalité du travail et des pratiques : chacun son métier, chacun ses tâches ? », page 50.

« On a mis en place un groupe de travail pluridisciplinaire qui permet aussi de justement balayer les situations communes, c'est un peu une réunion de coordination. En tout cas, on balaie les difficultés autour de la prise en charge, qui peuvent d'un seul coup se complexifier pour x raison et là, du coup, il y a un professionnel de chaque service et donc là, les services décortiquent une, deux, trois situations, c'est rare qu'il y en ait beaucoup plus, et ils se mettent autour de la table pour en parler. »

Estelle, 38 ans,
déléguée générale d'une organisation regroupant
Ssiad, Spasad et Saad en région parisienne

Le groupe de travail est également un espace et un temps de réflexion pour les professionnelles, qui permet de penser la pratique, le soin et le métier.

« On essaie aussi de mettre d'autres événements en place, des réunions de travail collectives sur des thématiques mais aussi des réunions deux à deux, infirmières coordinatrices, aides-soignants sur un temps de travail au bureau où là, ils vont faire une synthèse de soins infirmiers afin de préparer un projet personnalisé. Ça donne un peu de sens à leurs pratiques et ça leur permet de mettre en perspective leurs soins et la finalité de leurs soins. La question du sens est quand même assez essentielle si on ne veut pas les perdre, et même dans la question de la prise en charge du patient, c'est quand même très intéressant. »

Sylvie, 51 ans,
directrice d'un Ssiad rural dans les pays de la Loire

Dans les centres de soins infirmiers enquêtés, une infirmière occupe le poste de responsable qualité, et a notamment la charge de l'animation des groupes de travail sur l'auto-évaluation des pratiques.

« - Comment ça se passe pour inclure les autres infirmières ?

- On fait des groupes de travail quand on a un thème. Par exemple, au tout début de la mise en place de ce poste de référente de qualité, il a fallu qu'on fasse une auto-évaluation de nos pratiques, que ce soit sur les soins ou sur l'organisation du centre. Donc, là, on a impliqué toutes les personnes du centre, que ce soit les infirmières, la secrétaire, l'animatrice, les bénévoles du CA et la directrice pour faire l'auto-évaluation de nos pratiques. Par exemple, on avait des éléments de non-conformité sur un laboratoire, on a mis en place un groupe de travail dessus, on a fait une fiche technique qu'on a créée à plusieurs et qu'après on a diffusée, avec les collègues qui étaient volontaires pour travailler sur ce thème-là. On travaille sur les pansements avec d'autres collègues qui vont avoir envie de s'impliquer sur ce thème-là, on va travailler ensemble. »

Marianne, 26 ans,
infirmière référente qualité dans un CSI en Bretagne

Si dans un des deux centres l'ensemble de ces réunions restent réservées aux infirmières, dans l'autre, les membres d'une MSP située sur le territoire sont parfois invités, afin de réfléchir à une approche populationnelle.

L'exercice collectif prend ainsi des formes multiples. Néanmoins, sa mise en place ne se fait pas de manière naturelle, elle est généralement le fruit d'un ou plusieurs acteurs qui, par leur position ou leur orientation idéologique quant à leur métier, l'impulsent.

2.3.2. Quelle place pour les groupes professionnels étudiés dans les réseaux d'acteurs qui coopèrent en soins primaires ?

La construction d'un exercice collectif suppose la mise en réseau d'acteurs. Or, au sein d'un même réseau, les acteurs et leurs positionnements étant différents, ils se situent différemment dans la mise en place de l'exercice collectif. Si cette place est centrale pour certains, ce n'est pas le cas pour d'autres. Encore une fois, nous proposons deux types de positionnement des acteurs, l'un basé sur la capacité à mettre en relation des professionnels, et l'autre sur la capacité à les coordonner. La différence peut sembler ténue, néanmoins, la mise en relation n'implique pas forcément la coordination et inversement.

Des acteurs centraux dans la mise en relation des professionnels

Parmi les acteurs qui ont un rôle d'intermédiaire entre les professionnels, certains pharmaciens, peu enclins à être intégrés¹⁸ dans des organisations pluriprofessionnelles, sont pourtant des interlocuteurs quotidiens des infirmières et des patients, et réguliers des médecins. Ils peuvent ainsi jouer un rôle important dans la transmission d'informations entre patients, médecins et infirmières.

« Les pharmaciens, on les croise beaucoup, parce qu'à force, je passe les voir, discuter avec eux. Ils sont contents, ils sont au courant de ce qui se passe. Ils sont un peu enfermés dans leur pharmacie. Ils aiment bien quand on vient et qu'on discute avec eux, on échange des informations. »

Manel, 42 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP en région parisienne

Certains pharmaciens s'impliquent particulièrement sur leur territoire en établissant du lien entre les infirmières, les médecins et les spécialistes. Leur travail n'est pas à proprement parler de la coordination au sens où il n'y a pas forcément un projet ou de but commun à poursuivre, mais leur rôle reste central dans la mise en lien des professionnels.

« En sept ans, tu crées des relations de confiance avec les patients et les médecins généralistes et on avait une super pharmacie. C'était le point fort de ce quartier-là, avoir une super pharmacie. Ils prenaient vraiment leur rôle au sérieux, ils discutaient avec les patients, ils donnaient beaucoup d'explications, ils nous téléphonaient. Enfin, on travaillait vraiment tous ensemble. »

Neela, 37 ans,
infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

Durant la pandémie de Covid-19, les pharmaciens ont parfois joué ce rôle important de mise en relation des professionnels, *via*, par exemple, la constitution de groupes de professionnels sur messagerie instantanée afin qu'ils puissent partager des informations, organiser des tournées spécifiques pour les patients positifs, organiser le remplacement des professionnels en arrêt de travail, etc.

« - Comment s'est créé le groupe *WhatsApp* ?
- C'est le pharmacien qui nous en a parlé et c'est ma directrice qui l'a rejoint directement. »

Marianne, 26 ans,
infirmière référente qualité dans un CSI en Bretagne

¹⁸ Une des raisons principales est que la législation ne le permet pas aisément.

Par ailleurs, ce rôle de mise en relation des professionnels entre eux peut émaner des centres de santé. Dans la mesure où les soignants du CMS ne se déplacent pas au domicile des patients, ils se doivent de travailler avec les professionnels qui s'y rendent. De plus, ayant souvent une approche populationnelle de la médecine, le CMS peut être un régulateur des soins et des prises en charge.

« Je renvoie vers une infirmière libérale si jamais je ne peux pas prendre en charge le patient et, inversement, parfois, elles n'y arrivent pas avec le patient, elles renvoient vers nous. On s'appelle, on peut se faire des transmissions. Après, on les connaît comme un petit réseau les infirmières avec lesquelles on travaille. On arrive à savoir après, selon les caractères, quel patient peut être pris en charge par telle infirmière. »

Faiza, 34 ans,
infirmière en CMS dans un quartier populaire de région parisienne

Enfin, certaines municipalités ont également un rôle de mise en relation des professionnels. En participant à des projets de prévention ou d'éducation thérapeutique, elles organisent des réunions de professionnels ou d'organisation, afin de mettre en place ces projets. Ce sont autant d'occasions de rencontrer des professionnels sur le territoire.

« Ils ont aussi des acteurs de santé, la ville, et des acteurs de [...] prévention. Souvent, il y a une infirmière qui vient de chez nous avec une autre personne ou de la ville et on est plusieurs professionnels pour s'occuper de ça. »

Florence, 48 ans,
infirmière en CMS dans un quartier populaire de région parisienne

Néanmoins, les municipalités, lorsqu'elles sont actrices de la mise en place de projets de soins, sortent du simple cadre de la mise en relation de professionnelles et deviennent alors coordinatrices agençant les différents acteurs qui y participent.

Le rôle des coordinatrices à travers l'exemple de Julie

La coordination est un métier. Dans les organisations pluriprofessionnelles, le premier travail consiste à ce que chacun saisisse le rôle et la fonction des autres. Les coordinatrices ont nécessairement besoin d'avoir elles-mêmes une vision surplombante de l'ensemble des métiers. Nous prendrons ici l'exemple de Julie, coordinatrice responsable de secteur d'une ADMR, afin d'illustrer le rôle central de certains acteurs dans la coordination. Julie a ainsi mis environ une année avant de réussir à ce que les infirmières libérales, les aides-soignantes des Ssiad environnants et les aides à domicile, développent une forme d'exercice collectif, c'est-à-dire des interventions communes (infirmière/aide à domicile ou aide-soignante/aide à domicile) chez certains patients. La position initiale de Julie, extérieure au milieu de la santé ou du service à domicile, lui a permis d'arriver à « représenter » les deux pôles afin de faire comprendre à l'un comme à l'autre le rôle de chacun.

« Maintenant, les outils sont là, les responsables de secteur sont formés à ça, les soignants le sont également autant que les aides à domicile. Ce qui fait qu'il y a de l'entraide... mais ça démontre surtout que sans pilote spécifique de mon type ou d'un autre, il faut quelqu'un qui fasse bien la coordination de l'ensemble, qui représente les deux, c'est assez compliqué d'assurer la continuité... Moi, j'ai un cursus qui me permet d'avoir une vision globale sur l'ensemble de ces services sans avoir l'expertise de chaque service. »

Julie, 31 ans,
coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

L'exercice collectif en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et en centre de santé associatif

Les MSP supposent une nouvelle organisation du travail des professionnels qui repose sur un ou des projets de soins communs, ce qui engendre une montée en charge des autres métiers des soins primaires. Les MSP ne peuvent se constituer qu'à partir d'un regroupement d'au moins deux médecins et un auxiliaire médical ayant élaboré un « projet de santé », qui doit témoigner « d'un exercice coordonné et conforme aux schémas régionaux de santé publique » (Fournier, 2014). Avec l'arrivée des MSP, les relations interprofessionnelles se voient modifiées sur un certain nombre d'aspects qui restent cependant très variables selon les structures (Fournier *in* Douguet *et al.*, 2016).

D'abord, le travail pluriprofessionnel dans les MSP se divise en un travail de coordination des prises en charge individuelles des patients ou d'une population et un travail de gestion de fonctionnement de la MSP (Fournier *in* Douguet *et al.*, 2016). Les relations sont ainsi moins hiérarchiques, il existe une meilleure connaissance des rôles professionnels de chacun, et donc une meilleure coordination interprofessionnelle. Ces « nouvelles modalités d'interactions servent deux types d'objectifs liés dans le discours des professionnels : l'amélioration de la qualité des soins et celle des conditions de travail » (Fournier, 2014). Ensuite, la proximité physique favorise une proximité cognitive pouvant elle-même déboucher sur une proximité organisationnelle (Boschma, 2005 citée par Fournier, 2016), ce qui permet une efficacité des ajustements entre acteurs sur les orientations du travail, comparativement aux professionnels qui ne sont pas rattachés à une MSP. Enfin, la mise en place d'une gouvernance collégiale facilite également les ajustements entre acteurs et, surtout, permet de laisser une place aux paramédicaux.

Ces tendances générales mériteraient d'être éclairées par un travail de terrain qui saisisse finement les transformations de pratiques et de relations entre les professionnels, qu'il s'agisse notamment de la répartition des tâches entre médecins et paramédicaux, de la délégation ou des formes de communication à l'intérieur de ces structures, pour comprendre les ajustements et les redéfinitions, s'il y en a, des activités professionnelles.

Les MSP n'épuisent cependant pas l'ensemble des structures existantes en matière de regroupements pluriprofessionnels de santé. Sans être exhaustifs, nous étudierons également des centres de santé dans lesquels les professionnels sont salariés. Encore une fois, il existe une assez grande diversité de ces centres (mutualistes, communautaires, associatifs...), qui sont généralement beaucoup plus anciens que les MSP, les médecins généralistes et les spécialistes y pratiquant une médecine avec des sensibilités différentes, qui nécessitent des ajustements normatifs. Il subsiste une philosophie commune « des soins pour tous » basée sur une approche de la médecine globale. Cette vision des choses est alors partagée par l'ensemble des professionnels, y compris des paramédicaux qui apprécient la proximité avec les médecins dans ces cadres (Schweyer, 2014).

« En dépit de l'accroissement de leur charge de travail (population vieillissante, montée de la précarité, remplacements internes), les infirmières apprécient les conditions de travail, surtout le contact avec les médecins, le travail en équipe et le sentiment d'appartenir à un centre ayant une philosophie de soins humaniste. Médecins, infirmières et autres paramédicaux, tous savent ce qu'ils doivent au collectif » (Schweyer, 2014, p. 14).

F.X. Schweyer, dans son enquête sur les centres de santé associatifs dans une zone qualifiée de Zone urbaine sensible (Zus) à Grenoble, montre bien que l'efficacité d'un centre suppose que les professionnels se plient aux règles du jeu à condition qu'elles soient négociées ensemble (2014). Cela permet à chacun de se penser comme un maillon d'une chaîne d'interdépendance : « L'efficacité collective s'éprouve concrètement dans la régulation des normes qui fondent ce que Durkheim appelait la 'solidarité organique' » (Schweyer, 2014).

Si, en dehors de ces centres que l'on peut dans une certaine mesure élargir aux autres regroupements professionnels, le statut de « profession dominante » (Freidson, 1984) permet aux médecins une domination symbolique et effective de contrôle du travail des autres professions paramédicales, celui-ci est atténué dans les centres de santé (Schweyer, 2014). La participation des salariés et des usagers favorise « l'intégration des personnes et des équipes à l'acteur collectif que représente l'association » (Schweyer, 2014, p. 21).

Elle définit son rôle comme ayant pour but la complémentarité de l'ensemble des interventions et l'amélioration de la prise en charge des patients.

« J'aime bien faire les évaluations avec les infirmières coordinatrices quand il y a un Ssiad et que la prise en charge vient après. Parce que, c'est mon point de vue, mais les interventions des deux services sont complémentaires. »

Julie, 31 ans,
coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

Pour Julie, comme pour d'autres coordinatrices, la construction du travail collectif repose sur la connaissance de chacun et le dépassement de certaines préconceptions, notamment liées aux cultures professionnelles.

« Je dirai que pour faire travailler les gens ensemble, qui ont des cultures extrêmement différentes, ça passe par un gros travail de communication et d'animation. On s'attache à ce que chacun se connaisse dans ses missions, c'est-à-dire que, ce qu'on peut remarquer, c'est que ça fait un peu effet millefeuilles. C'est dit partout, qui fait quoi, on ne sait plus trop, et très vite, les professionnels ont tendance à dire : 'Mais moi j'en fais plus que l'autre ou moi ça me semble normal que tu fasses ça', donc ça peut aussi créer des tensions. »

Julie, 31 ans,
coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

Or, ce travail nécessite du temps commun. Elle a ainsi mis en place des réunions mensuelles avec les autres organisations du territoire. Ces réunions permettent aux professionnelles de se rencontrer et d'aborder des cas difficiles de patients afin de trouver une réponse collective adaptée.

« On fait mensuellement des réunions de partenaires et de synthèse, ce qui permet chaque mois de se rencontrer avec les partenaires et d'évoquer, d'une part, les nouveautés de chaque service quand il y en a, et, d'autre part, d'évoquer les situations difficiles pour les résoudre ensemble. »

Julie, 31 ans,
coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

Il aura fallu préalablement que Julie arrive à convaincre le Ssiad et certaines infirmières libérales de se rendre à ces réunions. Un des facteurs importants de cette réussite est que le Ssiad est un Ssiad ADMR. Il ne relève pas de la même association (présidence et conseil d'administration différents), mais il appartient à la même fédération, ce qui a largement aidé la collaboration entre les deux, ainsi que l'acceptation de la place de Julie comme coordinatrice, puisque celle-ci dépend directement de la fédération plus que de l'association locale.

2.3.3. L'exercice coordonné à partir de trois exemples de terrain

Les travaux existants sur la pluriprofessionnalité montrent bien que l'appartenance à une organisation pluriprofessionnelle est un facteur favorisant la possibilité d'un exercice coordonné. Toutefois, ces travaux sont principalement centrés sur deux types d'organisations en soins primaires, qui découlent d'une vision médico-centrée : les MSP et les centres communautaires (ou municipaux) de santé (encadré 6). Se retrouvent ainsi exclues les travailleuses du maintien à domicile, à l'exception des infirmières.

Nous proposons, après un rapide aperçu des travaux sur la pluriprofessionnalité portant sur les MSP et les CMS, d'observer trois organisations favorisant un exercice coordonné, qui concernent les professionnelles étudiées dans cette enquête.

A travers les exemples de la fédération étudiée, inscrite sur un territoire d'environ 40 000 habitants, d'un centre de soins infirmiers adossé à un Ssiad et travaillant en collaboration avec une MSP, nous proposons de partir des formes existantes de travail collectif et coordonné des groupes professionnels étudiés et de saisir comment des organisations permettent ce travail.

Une fédération des associations locales d'aides et de soins à domicile

L'organisation étudiée ici est une fédération à l'échelle locale se situant sur un territoire urbain comprenant deux villes d'Ile-de-France réunissant environ 40 000 habitants. Sa spécificité est le nombre de services qu'elle regroupe et coordonne, ceux-ci couvrant la quasi-totalité de l'offre médico-sociale. La fédération comprend près de 200 salariés répartis au sein d'un service d'aide à la personne (Sad), d'un Ssiad, d'un service polyvalent d'aides et de soins à domicile (Spasad), d'une équipe spécialisée Alzheimer (Esa), d'un service d'aide aux aidants et du pôle de coordination et de direction.

La fédération a été créée par des médecins généralistes de la ville, dans les années 1970, qui souhaitaient proposer un service complet et efficace pour maintenir à domicile leurs patients âgés. Selon leur conception, cela supposait la création d'une organisation qui regroupe le plus de services dédiés, et le mieux coordonnés possible entre eux, à l'échelle locale. Cet objectif est toujours poursuivi et la fédération continue de rassembler l'ensemble des services médico-sociaux au sein d'une même organisation afin d'éviter l'effet « mille-feuilles », selon les termes de la déléguée générale.

« Ce qu'on peut remarquer, c'est que ça fait un peu effet millefeuilles, on le dit, c'est dit partout, qui fait quoi ? On ne sait plus trop, et très vite les professionnels ont tendance à dire : 'Mais moi j'en fais plus que l'autre.' »

Estelle, 38 ans,
déléguée générale de la fédération

En effet, on a vu sur des territoires se superposer une multitude d'organisations où existent des formes de concurrence, de chevauchement de tâches et de tensions entre professionnels et organisations. Les pouvoirs publics ont d'ailleurs cherché à agir contre cet effet délétère pour la prise en charge des patients et la complexité des démarches que cela engendre, en créant notamment les Centres locaux d'information et de coordination (Clic) au début des années 2000 et la Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (Maia) en 2011. En intégrant au sein d'une seule organisation implantée sur un territoire la quasi-totalité des services existant du secteur médico-social, la fédération les articule afin de proposer l'offre la plus complète possible. Néanmoins, cela suppose une réflexion sur la gouvernance, la coordination et le degré de centralisation pour éviter deux écueils : l'isolement des services, qui conduirait aux mêmes problématiques que si ces services n'étaient pas rassemblés, et une trop forte centralisation qui pourrait amener une forme de rigidité de la structure et une dérive bureaucratique.

« On n'a pas mis d'un côté le service d'aide avec ses réflexions et le service de soins avec les siennes, la réflexion est partagée. A partir de là, il y a eu des procédures partagées, des outils partagés, une réflexion partagée. Et donc à partir du moment où les actions deviennent partagées, des questions se posent parce que c'est vrai que le service de soins ne s'était pas forcément interrogé sur les limites du travail des aides à domicile, par exemple. »

Estelle, 38 ans,
déléguée générale de la fédération

Les spécificités de la fédération, sa taille, sa pluriprofessionnalité, ses objectifs et son histoire, la conduise à adopter un mode de fonctionnement unique, du moins parmi les organisations étudiées. Sa gouvernance a ceci de particulier que pour une organisation d'une telle dimension, elle semble assez horizontale. Les décisions sont prises et les objectifs fixés par le conseil d'administration composé de bénévoles qui partagent la vision des médecins fondateurs et leur approche globale du soin et de l'aide, ainsi que l'importance d'une organisation de proximité ancrée sur un territoire. La déléguée générale a ensuite la charge de construire une véritable culture commune à l'ensemble des professionnels tout en laissant une marge d'autonomie importante aux différents services.

« On fait des actions de prévention, des formations communes pour amener à une culture commune pour des aides-soignantes, des infirmières et des aides à domicile. »

Estelle, 38 ans,
déléguée générale de la fédération

En mettant en place des espaces et des temps qui mixent les appartenances professionnelles, la fédération cherche à créer une culture commune qui permette à des travailleurs sociaux, des soignants et des administratifs d'appartenir à une même entité.

« Les responsables de service de structure ont des profils extrêmement différents, donc mon rôle c'est de définir une stratégie pour l'ensemble de la fédération qui soit déclinée par structure, enfin je définis un cap, si je peux me permettre de dire ça comme ça, et après mon travail c'est de faire en sorte que tout le monde travaille collectivement. Donc l'idée c'est vraiment ça, c'est de faire travailler des cadres qui ont des cultures différentes, certains ont une culture très sociale, d'autres une culture très projets, notre pilote a un cursus autour du projet et des infirmières coordinatrices qui sont plutôt dans le soin, et chacun qui veut donner un sens au collectif. »

Estelle, 38 ans,
déléguée générale de la fédération

Au-delà des cadres, la fédération réalise ce travail au niveau des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières. Ainsi, les formations et les actions de prévention sont pluriprofessionnelles.

Concernant la gouvernance de la fédération, Estelle explique que si, dans un premier temps, elle a eu tendance à centraliser les décisions et à avoir une gestion descendante, elle a évolué au fur et à mesure des années. Aujourd'hui, elle s'appuie sur les cadres des différents services en leur laissant une grande autonomie dans la gestion de leur service. Elle cherche à instaurer une manière collaborative de définir son poste afin que les professionnels deviennent eux-mêmes « forces de propositions ».

« Pour les professionnels qui prennent pour la première fois un poste au sein de la fédération, ça peut être un peu déroutant parce qu'on ne sait pas toujours jusqu'où on doit aller, mais après, c'est un travail collaboratif pour définir clairement le cadre. [...] Je prends le cas d'une personne qui prend le poste, et qui est accompagnée par, entre guillemets ses pairs, d'autres responsables. Ce qui est assez intéressant, c'est de voir la liberté d'expression et d'initiative et la force de proposition que ça peut engendrer de se sentir vraiment intégré dans la réflexion et dans le tout en fait. »

Estelle, 38 ans,
déléguée générale de la fédération

La fédération semble assez unique en son genre, du moins parmi les organisations étudiées : par sa taille, conséquente puisqu'elle abrite la quasi-totalité des services du domi-

cile, mais également circonscrite à un espace géographique à taille humaine. Du fait aussi de sa longévité, elle semble avoir mis en place une coordination effective de ses services et une organisation ayant permis de construire une culture commune aux aides à domicile, aux aides-soignantes et aux infirmières.

Un Centre de soins infirmiers (CSI)-Ssiad... et une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

Le deuxième cas étudié dans lequel est mis en place un exercice coordonné est celui d'un centre de soins infirmiers auquel est adossé un Ssiad depuis quelques années, sous l'impulsion de la directrice, Dounia. Ce CSI, comme la plupart ancien, historiquement sous l'égide de religieuses, s'inscrit dans une approche globale des patients et une approche populationnelle.

Dounia a voulu créer le Ssiad attenant au CSI afin de maîtriser l'ensemble du parcours de soins des patients au niveau du maintien à domicile, c'est-à-dire être capable d'adapter la prise en charge soignante en fonction de l'évolution de l'état des patients.

« - Comment articulez-vous les deux [Ssiad et CSI] en fait ?

- C'est confortable pour moi parce que lorsque j'ai une demande de soins, ça me permet de voir si le patient peut aller vers le Ssiad ou vers le CSI. [...] Quand la personne revient de l'hôpital et n'est pas très stable, elle est suivie par le centre de soins pendant quelques temps, donc par des infirmières, et quand ça devient un peu plus chronique, on bascule vers le Ssiad. La seule difficulté, c'est qu'on est limité par le nombre de places au niveau du Ssiad. »

Dounia, 48 ans,
infirmière directrice du CSI-Ssiad

Dans ce cadre, il a fallu faire travailler en collaboration et en coordination des infirmières et des aides-soignantes. Ici, les prises en charge des patients sont coordonnées par les mêmes infirmières coordinatrices du Ssiad et du CSI. Ce faisant, les aides-soignantes répondent directement aux infirmières du CSI, ce qui instaure une hiérarchie entre les services – qui n'est pas sans rappeler la hiérarchie hospitalière – mais permet une coordination des professionnelles.

Par ailleurs, une MSP s'est montée dans le village adjacent. Le CSI a décidé de travailler en partenariat, en participant aux réunions et en montant des projets de soins communs.

« - Il y a une maison de santé à Village ?

- Oui, tout à fait. Donc, on a beaucoup travaillé, au départ, en 2009, avec les médecins qui étaient porteurs de projets sur Village. Et la maison de santé a vu le jour en 2017. On a beaucoup travaillé parce qu'on avait l'habitude de rédiger les projets de santé, c'est obligatoire pour les centres de santé, donc on a beaucoup aidé. Au départ, c'est le projet d'un médecin, tous les médecins travaillaient seuls ou à deux. Lui, ça commençait à lui peser, il avait envie de travailler en coordination avec d'autres médecins. Du coup, il nous a interpellés parce qu'il voyait qu'on était organisés, on avait des dossiers de soins. Donc comme ça prenait du temps, et le temps que l'ARS accepte, on a créé un pôle de santé. En fait, c'est une maison de santé hors les murs, chacun travaille dans ses locaux mais on a un projet de santé. On peut travailler avec des procédures, des protocoles, on a pas mal travaillé ensemble pour harmoniser un peu les pratiques. C'est améliorer la coordination. »

Dounia, 48 ans,
infirmière directrice du CSI-Ssiad

Au-delà des réunions et des projets de soins commun, la MSP et le CSI-Ssiad ont mis en place un système d'information commun, et organisent des réunions qui s'apparentent à de l'analyse de la pratique autour de cas concrets, avec la psychologue de la MSP. Ainsi sont réunis l'ensemble des professionnels travaillant sur le cas en question, du médecin à l'aide à domicile.

« - En quoi consiste ce travail ?

- Déjà, il y avait pas mal d'infos qui se perdaient. Maintenant on a un logiciel commun entre les infirmières. Du coup, quand on a besoin d'une information, on peut aller la rechercher dans le dossier du patient et rajouter aussi des informations quand on vaccine un patient, le noter dans le dossier. Et puis, on fait aussi des réunions de concertation quand on a une situation très compliquée. On peut réunir tous les professionnels qui travaillent autour du patient et on discute de la prise en charge. Donc là, c'est en plus. Parfois, dans les réunions de concertation, on arrive à inclure les aides à domicile qui sont très impliquées dans la prise en charge. Puis, on a aussi le regard du psychologue de la maison de santé qui a un peu plus de recul et qui pose aussi les bonnes questions. »

Dounia, 48 ans,
infirmière directrice du CSI-Ssiad

Bien que le CSI ait eu pour objectif d'être inclus dans la gouvernance de la MSP, l'incompatibilité des statuts (le CSI-Ssiad est une association et la MSP une société d'exercice libérale) n'aura pas permis de le faire, sans pour autant arrêter la collaboration.

« On avait pour projet final de participer pleinement à la gouvernance de cette maison de santé. Et on s'est rendu compte que, nous, centre de santé, en tant qu'association et personne morale, on ne pouvait pas participer à la gouvernance de la MSP. Donc on travaille avec la maison de santé, on participe à des réunions, à des projets parfois, on a pas mal travaillé sur des rédactions de procédures. Par rapport au Covid, on fait pas mal de réunions en visio parce qu'on a créé un centre Covid. Avec les médecins, ça se passe très bien mais avec les libérales, on se respecte. C'est un petit peu mieux mais ça reste [difficile]... »

Dounia, 48 ans,
infirmière directrice du CSI-Ssiad

Toutefois, toutes les organisations d'aides à domicile ne participent pas. Comme l'explique Dounia, c'est avec l'association gérée par la communauté de communes que la coordination fonctionne le mieux. C'est aussi la plus grosse organisation sur le territoire, elle n'est pas à but lucratif et sa taille lui permet d'avoir plusieurs coordinatrices.

« Avec certaines, c'est plus facile qu'avec d'autres, je ne vous cache pas qu'avec certaines aides à domicile, le travail d'aide à domicile n'est pas correctement coordonné. Il n'y a pas vraiment quelqu'un de responsable, c'est assez compliqué. On voit que l'aide à domicile fait un peu ce qu'elle veut. C'est plus coordonné, on travaille beaucoup avec l'[Association] qui a été reprise par la communauté de communes. Là, c'est coordonné, avec les responsables de secteur, on arrive tout de suite à travailler en binôme quand on a des prises en charge compliquées, avec des toilettes au lit, un patient qui a besoin d'un lève-malade... »

Dounia, 48 ans,
infirmière directrice du CSI-Ssiad

Sur ce territoire composé d'une petite ville et de quelques villages alentours, se met en place, à partir de l'expérience du CSI, une coordination de professionnels allant des médecins aux aides-soignantes du Ssiad, et parfois aux aides à domicile. Cet exercice coordonné s'appuie néanmoins sur une hiérarchie des groupes professionnels plus stricte que dans le cas précédent. De fait, les services d'aides à domicile restent relativement exclus malgré la présence d'une organisation d'aide à domicile à quelques réunions.

Centre municipal de santé (CMS) et MSP

Le dernier cas s'attache à observer l'expérience des infirmières étudiées, qui sont membres de MSP ou du CMS, ainsi que le fonctionnement de la coordination du travail entre les infirmières et les autres membres de leur organisation (sans les aides-soignantes et aides à domicile non présentes dans les CMS et les MSP).

« Alors, mensuellement, on a des réunions avec les médecins mélangés et les autres paramédicaux, l'orthophoniste, la kiné, c'est ouvert à tous. »

Faiza, 34 ans,
infirmière en CMS dans un quartier populaire de région parisienne

Qu'il s'agisse des CMS ou des MSP, la coordination est centrée sur la pratique des médecins généralistes et parfois spécialistes quand ils sont présents dans ces regroupements. Ces organisations conçoivent principalement la coordination autour des « cas complexes », c'est-à-dire des patients atteints de pathologies lourdes. La proximité avec les médecins est ainsi un atout conséquent dans la gestion de la prise en charge.

« Mais moi, je le fais comme ça parce que, justement, je travaille dans un pôle et que, demain, si j'ai un souci, ou hier, j'ai eu un souci, j'ai appelé le médecin, c'est réglé tout de suite ! L'avantage d'être en pôle de santé, c'est de travailler en collaboration, en coordination avec tous les professionnels soignants, avec les médecins. Aussi, pendant le Covid, on avait un patient qui était sorti de l'hôpital avec des perfusions et qui était en fin de vie, il avait des mollets gros comme mes cuisses mais on a appelé, tac tac, ça a été, le lendemain, le kiné du pôle est venu s'en occuper. Il lui a fait du drainage. C'est ça le travail de qualité. Ce n'est pas de se spécialiser en dialyse, je ne sais quoi ou en perfusion... »

Michelle, 55 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

Dans les CMS, les médecins occupent aussi une place centrale, les réunions auxquelles les infirmières participent étant centrées sur des problèmes médicaux ou sociaux. Chacun rapporte les problèmes rencontrés et aborde des solutions possibles, qui s'inscrivent dans une logique médicale basée sur des « protocoles » et des « procédures ».

« Par exemple, il y a quelqu'un qui n'arrive pas à trouver de solutions pour un patient, il en parle à cette réunion-là. Et tout le monde donne un peu son avis, ils te disent s'ils ont des solutions, même moi l'autre fois ! L'autre fois, j'avais le même patient, je fais ça comme ça. Puis s'il y a une situation assez complexe, il y a ce numéro-là, il y a ce protocole, il y a cette procédure qu'on avait mise en place, il y a ci, il y a ça. Voilà, on donne des solutions. C'est très intéressant. »

Yohan, 24 ans,
infirmier en CMS dans un quartier populaire de région parisienne

L'appartenance à un collectif est un aspect important de l'engagement des infirmières dans ce type de structures, elles valorisent dans leurs discours la pluriprofessionnalité et l'accès facilité aux médecins. Néanmoins, comparativement aux cas précédemment étudiés, les Ssiad ou les organisations d'aides à domicile n'y sont pas inclus. L'ensemble des problématiques liées au maintien à domicile semble rester un angle mort au sein de ces organisations pluriprofessionnelles médico-centrées.

2.4. Les défis de l'exercice collectif

L'exercice collectif et coordonné, sans pour autant être la norme dans les soins primaires en France aujourd'hui, s'est principalement construit ces dernières années autour des médecins, avec le développement des MSP (dans la continuité des réseaux de santé des décennies précédentes). A l'exception de quelques organisations, développer un travail collectif et établir des liens durables entre professionnels et entre organisations semble constituer un réel défi pour les professionnelles. Nous dressons ici un panorama des freins observés, notamment entre les trois groupes professionnels étudiés, tant matériels et financiers que reposant sur des différences de cultures professionnelles.

2.4.1. Le défi de travailler ensemble

Dans un contexte de vieillissement de la population et de multiplication des maladies chroniques, qui accroissent les besoins de coordination, infirmières, aides-soignantes et aides à domicile agissent de plus en plus en association (principalement autour d'interventions communes et de partage d'informations). Néanmoins, la relation, quand elle existe, est verticale. Les infirmières notent des consignes tandis que les aides à domicile et les aides-soignantes n'écrivent que des données relatives à l'état du patient, quand elles écrivent.

Selon les sociologues Douguet et Vilbrod, il existe trois formes idéal-typiques de rapports entre ces groupes professionnels (Douguet et Vilbrod, 2018) :

- Une logique de complémentarité, l'ensemble des intervenantes à domicile étant perçu comme un réseau ou une équipe. Il n'y a alors aucune concurrence entre elles.
- Une logique de concurrence, les aides à domicile sont alors considérées comme des concurrentes, les infirmières craignant qu'à terme le travail de *nursing* soit récupéré par les aides à domicile.
- Une logique de tolérance aux débordements pour ce qui concerne les actes de *nursing* que l'on pourrait qualifier de « légers ». A partir de cette analyse, nous proposons d'approfondir ici les rapports au travail collectif et l'ambivalence des discours pour mieux saisir la pluralité des manières d'exercer collectivement ou non.

La volonté de davantage travailler ensemble est portée, dans les discours, par la quasi-totalité des enquêtées. Toutefois, ce sont bien les coordinatrices, les responsables de secteurs et les directrices qui œuvrent le plus à ce développement. Elles se heurtent à plusieurs obstacles, à commencer par la méconnaissance des autres métiers et de leurs champs de compétences. Ainsi, l'idée qu'il faille « changer les mentalités » est récurrente dans les entretiens avec les professionnelles rencontrées.

Les coordinatrices, responsables et directrices aux avant-postes

Au cœur de la gestion quotidienne des professionnelles dans les Ssiad, Spasad, ADMR, CSI, MSP et CMS, les coordinatrices mais aussi les directrices et les responsables qualité (dans les CSI), sont les premières à soutenir, dans leurs discours, la nécessité de travailler avec les autres organisations ou professionnelles des soins primaires. Certaines coordinatrices, à l'instar de Julie, responsable de secteur ADMR Ssiad, sont recrutées et embauchées hors du cénacle médical ou paramédical pour ce type de mise en place d'un réel travail collectif au sein d'organisations mêlant services infirmiers, aides-soignants et aides à domicile. Julie, par exemple, ne vient pas du milieu médical mais de l'Economie sociale et solidaire (ESS) et du monde associatif. Elle a développé l'activité de l'ADMR locale qui agrège un Ssiad en faisant travailler ensemble infirmières coordinatrices du Ssiad, aides-soignantes et aides à domicile.

« J'étais vraiment là pour créer, porter, accompagner les équipes parce que ça demande un changement de mentalités, de pratiques et d'habitudes professionnelles. »

Julie, 31 ans,

coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

Les raisons invoquées concernant la nécessité de faire travailler davantage les différentes professionnelles ensemble sont doubles : la coopération permettrait, d'une part, l'amélioration des conditions de travail pour les professionnelles (informations partagées, économie de temps, meilleur partage des tâches, etc.) et, d'autre part, l'amélioration de la prise en charge des patients (informations partagées, meilleure organisation des interventions, suivi plus complet, etc.).

« Le but, c'est de travailler ensemble, d'avoir des plans d'aide en complément et pour le faire comprendre aux équipes, parfois, quand c'est nécessaire, de faire des réunions communes, car dans le maintien à domicile, faire la toilette est tout aussi important que de faire des repas. Parce que la préparation de repas adaptés, ça va aussi permettre une réduction des risques, s'il y a des repas adaptés aux pathologies. Une mauvaise alimentation pour des gens qui ont des problèmes de diabète ou d'autres problèmes, ça va aussi impacter le soin. Donc la qualité de la prestation de l'aide à domicile va impacter le soin autant que la qualité du soin va impacter les prestations d'aide. »

Julie, 31 ans,

coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

Pour autant, si la quasi-totalité des professionnelles enquêtées soulignent les bénéfices qu'apporte ou apporterait un travail collectif, un certain nombre de barrières ne facilitent pas sa mise en place. La première barrière, selon les enquêtées, concerne les compétences nécessaires, le manque de formation à la coordination ou au travail d'équipe de l'ensemble des professionnels. A titre d'exemple, Neela souligne que ce n'est que depuis l'arrivée d'une jeune médecin femme que s'est mis en place un travail coordonné avec les médecins de sa MSP.

« Ce qui nous a fait du bien, je pense, dans la maison de santé, c'est l'arrivée cet été [d'une jeune médecin]. ... Comme elle sait ce que c'est une maison de santé, elle a quand même amené une dynamique qui est très différente. Et donc voilà, petit à petit, on commence à prendre nos marques et à essayer de faire des choses et voilà. »

Neela, 37 ans,

infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

Dans la même logique, Mireille déplore l'attitude de certains médecins hommes en fin de carrière qui travaillent seuls et n'ont pas beaucoup d'écoute, ni pour leurs homologues femmes, ni pour les infirmières du CSI local.

« Je trouve que c'est un peu dommage qu'on n'explique pas au médecin qu'il y a d'autres manières de travailler.

Puis il y a beaucoup de femmes [médecins] aussi. [...] Vous savez bien que les femmes, même en étant médecins, elles ont quand même un rôle au niveau de la famille, sur la culture de la famille. On a beau dire ce sont des schémas qui restent. Puis moi, j'ai un médecin de ville qui m'a dit : 'Vous vous rendez compte, maintenant, les femmes deviennent médecins, moi dans mon temps, mon travail, c'était 12h par jour. Maintenant, il faut 2 femmes pour un homme'. J'ai dit : 'OK'. ... On se heurte à ce genre de truc mais malheureusement, il y a encore ces mentalités là et donc il y a des emplois du temps, des choses comme ça. »

Mireille, 53 ans,

infirmière, à présent directrice d'un centre de soins infirmiers en Bretagne

Faire travailler ensemble les professionnelles ne va pas de soi

Les coordinatrices et associées ont aussi l'impression de lutter non seulement contre des obstacles matériels, organisationnels ou financiers, mais aussi contre les représentations des différentes organisations et professionnelles elles-mêmes vis-à-vis des autres. Ainsi, leur travail consiste principalement à transformer le regard des unes et des autres, à lutter contre la vision surplombante des infirmières et des aides-soignantes sur les aides à domicile. Le premier travail de Julie a été par exemple de faire comprendre l'importance du travail d'aide à celles qui font un travail de soins.

« Parce que tous les services d'aide et de soins n'ont pas une habitude de travail à pied d'égalité avec les services d'aide. Sur le Ssiad ADMR du 95, on était habitués à une complémentarité, en tout cas, une habitude partenariale qui était là. Mais les habitudes de travailler ensemble entre le soin et l'aide ne vont pas de soi. Et ça demande un changement et d'accompagner ce changement. Les aides-soignants et les infirmières ne vont pas, de soi, se dire que l'assistante de vie ou l'auxiliaire de vie alors qu'elles sont sur le même échelon, sur la même convention que l'aide-soignante, sont complémentaires. »

Julie, 31 ans,
coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

Les aides-soignantes et les infirmières ont souvent tendance à plaquer leur conception hospitalière des rapports professionnels au secteur du domicile. Les soignantes ont ainsi tendance à concevoir les aides à domicile comme l'équivalent des Agents des services hospitaliers (ASH) à domicile. Pourtant, comme le souligne Julie, les aides à domicile de catégorie C sont au même niveau hiérarchique que les aides-soignantes.

« Qu'est-ce qui fait que la coordination fonctionne ? En fait... habituellement dans le ressenti, quand les aides à domicile passent à domicile, une partie des aides-soignantes ou des infirmières qui ont travaillé à l'hôpital [elle hésite], en tout cas c'est le retour qu'elles nous en font... A l'hôpital, il y a l'ASH qui passe pour nettoyer derrière les infirmières et aides-soignantes. A domicile, il n'y a pas ça. L'aide à domicile, quand elle passe, si l'aide-soignant a fait son soin mais qu'il a laissé les protections dans la poubelle et que l'aide à domicile doit repasser pour nettoyer derrière l'aide-soignant, c'est du temps qui ne va pas passer à s'occuper de la personne. Ça va impacter le confort du maintien à domicile de la personne et aussi la valorisation et la position dans laquelle va se placer l'aide à domicile, l'assistante de vie, l'auxiliaire de vie qui va passer derrière. Si elle doit passer continuellement derrière l'aide-soignant, elle va dire je passe derrière pour faire le sale boulot que le Ssiad ne veut pas faire. »

Julie, 31 ans,
coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

Ainsi, la mise en place d'un travail en équipe entre infirmières, aides-soignantes et aides à domicile, différente, n'est pas sans difficulté pour les coordinatrices. Ces groupes ont des cultures professionnelles parfois éloignées, chargées de représentations des unes et des autres, comme nous l'avons montré dans la partie 1 du chapitre II. Plus particulièrement touchées, car situées en bas de l'échelle sociale et professionnelle, les aides à domicile sont souvent peu ou mal considérées.

2.4.2. Les services d'aide à domicile peu ou mal considérés...

Le travail collectif au domicile entre professionnelles existe parfois mais est hiérarchisé. Si cela profite d'une certaine manière aux services d'aide à domicile, ce sont surtout les Ssiad ou les cabinets infirmiers qui en tirent avantage. Les organisations de services d'aide à domicile se plient à cette règle du jeu puisque, en concurrence entre elles, elles peuvent

par conséquent construire des liens professionnels pour mieux s'implanter sur un territoire, dans le but de se pérenniser.

... par les bénéficiaires

Exclues de la considération dont bénéficient les paramédicales, les aides à domicile sont considérées comme des prestataires de service non seulement par les professionnelles, mais aussi par les patients. Elles sont ainsi perçues par les bénéficiaires comme des exécutantes de tâches au service de personnes qui les emploient et non comme des aidantes dont le travail est d'accompagner.

« Non, dans ce que j'ai pu voir et même à l'heure actuelle, on le voit, quand les patients vous parlent des auxiliaires qui viennent chez eux ou des aides à domicile, il n'y a pas le même respect que pour l'aide-soignante. »

Mélanie, 39 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Mélanie, qui a été aide à domicile avant de passer le diplôme d'aide-soignante et de travailler dans un Ssiad, a bien perçu la différence de traitement de la part des bénéficiaires et des patients. Elle mentionne notamment le fait que les bénéficiaires, lorsqu'elle était aide à domicile, n'hésitaient pas à demander davantage de tâches que ce pour quoi l'aide à domicile est payée, soulignant la vision qu'ils ont de l'aide à domicile comme un prestataire censé se plier aux exigences du client.

« C'est vraiment dans leur façon de demander des choses, on voit bien qu'il y a un respect par rapport à l'étiquette aide-soignante, par rapport à l'aide à domicile. Ils vont demander des choses, 'Il faut nettoyer ça, ou ça', alors qu'avec l'aide-soignante, ils n'oseront pas. Pour nous, en tant qu'aide-soignante, le matériel médical, c'est à nous de le nettoyer, l'aide médicalisée, les chaises percées, tout ça. Les patients, eux, ont tendance à nous dire : 'Laissez, la fille qui vient après va le faire'. Alors que non, ce n'est pas à l'auxiliaire, qui va venir après leur préparer le repas, de vider la chaise percée ou faire le lit, c'est aussi à l'aide-soignante. Non, pour eux, ça, ce n'est pas l'aide-soignante, c'est plus l'aide à domicile qui va le faire. »

Mélanie, 39 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

... par les autres professionnelles du domicile

Les bénéficiaires ne sont pas les seuls à considérer les services d'aide à domicile comme des prestataires de service et les professionnelles comme des exécutantes. En effet, les aides-soignantes et les infirmières ont parfois la même approche. Certaines infirmières ne souhaitent pas être en présence d'autres professionnels au domicile des patients et, à l'inverse, d'autres préfèrent utiliser le temps commun avec des aides-soignantes ou aides à domicile pour réaliser certains soins à deux. Ainsi, nous avons pu constater que ce sont généralement les infirmières ou les Ssiad qui demandent aux services d'aide à domicile de s'adapter à leurs emplois du temps.

« [Évoquant une des associations d'aide à domicile locale :]
C'est bien structuré, vous avez toujours la cadre qui va vous appeler pour vous dire qu'Untel est sorti, qu'ils changent leurs passages. Elles adaptent le passage à nos horaires, par exemple, ça c'est bien. »

Flavie, 43 ans,
infirmière libérale une petite ville dans le sud-ouest de la France

Tout se passe comme s'il était parfaitement logique pour l'ensemble des professionnelles que l'adaptation se fasse dans cet unique sens. Les aides à domicile ont intériorisé cette attente des professionnelles paramédicales et adoptent ainsi des attitudes de prudence. Par exemple, lorsqu'Hélène a besoin de contacter une infirmière pour un bénéficiaire, elle passe systématiquement par la cadre responsable du secteur.

« - Et vous faites un peu le relais entre les médecins, les infirmières... ?

- Je ne fais pas tout ça. Après, s'il y a besoin, je passe toujours par ma hiérarchie. Parce que je connais des infirmières, parfois depuis des années, et je peux les appeler, les recommander auprès de madame Untel... alors moi je demande, parce que je passe toujours par ma hiérarchie. »

Hélène, 50 ans,

auxiliaire de vie sociale dans une ADMR de la région parisienne

Travailler ensemble n'a pas réellement la même signification pour tout le monde, les coordinatrices semblant avoir une vision plus égalitaire, en mettant du moins le travail des aides à domicile en avant. Pour les professionnelles à domicile, il s'agit surtout d'un rapport hiérarchique au sein duquel les infirmières occupent la plus haute place.

2.4.3. Un exemple emblématique : la toilette

Dans la dynamique des métiers, les délégations de tâches, l'invisibilité d'une partie du travail, et les discours de définitions des métiers par les professionnels eux-mêmes, sont autant d'opportunités et de résistances au processus de professionnalisation. Le « sale boulot » et sa délégation ont été largement documentés à l'hôpital, d'abord par la sociologie interactionniste de l'école de Chicago puis, plus généralement, par la sociologie des groupes professionnels¹⁹ (encadré 7 p. 85). Si nous avons déjà abordé la division du travail entre les trois métiers enquêtés, nous proposons, à partir de l'analyse de la toilette et de sa délégation, pris comme le « sale boulot », d'illustrer notre propos au plus proche du terrain.

En milieu hospitalier, la construction de la professionnalité se fait sur la base de l'appropriation du « sale boulot » délégué. Dans le cas des aides-soignantes, celles-ci cherchent à monopoliser la dimension relationnelle pour affirmer un rôle propre, à l'instar des infirmières. En soins primaires, la logique ne peut être complètement la même. La toilette à l'hôpital est l'acte central dont se sont emparées les aides-soignantes afin d'appuyer leur position de relation approfondie avec les patients. Or, au domicile, non seulement la toilette est faite par des infirmières et des aides à domicile, mais certains cabinets infirmiers en ont fait leur spécialité. De plus, les professionnelles qui passent le plus de temps auprès des patients ne sont pas les aides-soignantes mais les aides à domicile.

La toilette est alors un élément important qui cristallise les tensions autour de la division du travail et des rapports entre les professionnelles. Plusieurs conceptions de celle-ci cohabitent et sont parfois antagoniques. La toilette met en exergue l'ambivalence de sa pratique par les infirmières, entre obligation morale et délégation totale.

D'abord, la toilette est souvent un acte tampon qui permet aux infirmières de réguler leur activité. La fluctuation de la patientèle est ainsi amortie par la prise en charge ou non de toilettes. Lorsque l'activité est en baisse, elles acceptent les toilettes, mais lorsqu'elle repart à la hausse, les toilettes sont déléguées aux Ssiad, et, si ceux-ci n'ont pas de places disponibles, aux aides à domicile.

¹⁹ Pour plus d'information sur la notion de Hugues, se reporter à la partie 1.2 « Des infirmières aux aides-soignantes... puis aux aides à domicile ? », page 24.

« Quand elles n'ont pas énormément de boulot, elles vont les prendre, et puis quand elles en ont trop, elles vont nous téléphoner au Ssiad, en disant qu'il faut reprendre cette toilette. Parce que c'est vrai qu'à domicile, il y a quand même pas mal de soins, de pansements, les médicaments toutes ces choses-là, donc [...] les toilettes, ça va leur prendre du temps, donc elles préfèrent redonner à des Ssiad ou des aides à domicile. »

Mélanie, 39 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

La toilette a ainsi cette place particulière, à la fois valorisée par certains cabinets car nécessaire pour maintenir un revenu suffisant, et à la fois considérée comme le « sale boulot » par une partie des infirmières qui valorisent davantage les aspects techniques de leur travail²⁰. Ces dernières refuseront de prendre en charge les toilettes quelles qu'elles soient. Considérant alors, comme à l'hôpital, que cette tâche est dévolue aux aides-soignantes, voire aux aides à domicile, la toilette représente pour elles du « sale boulot ». Néanmoins, la toilette n'étant pas unanimement considérée par les infirmières comme le « sale boulot », certains cabinets ou centres de soins infirmiers ne réalisent que cela, et argumentent encore une fois sur le manque de qualification des autres professionnelles pour justifier leur activité.

« Ça me paraît normal, ça me ferait bizarre de demander à une aide à domicile de faire la toilette parce que c'est dans notre rôle et les aides à domicile n'ont pas forcément les compétences et le matériel pour faire les choses. »

Marianne, 26 ans,
infirmière référente qualité dans un CSI en Bretagne

D'autres infirmières distinguent toilettes lourdes et toilettes légères, la première étant du ressort de l'infirmière, alors que la seconde peut être déléguée.

« Quand on a des appels pour des toilettes qui ne sont pas forcément des toilettes lourdes, que le Ssiad peut le faire, on dit : 'Appelez le Ssiad'. Après, on a aussi deux associations différentes [en réalité d'aide à domicile] qui ont la même fonction que le Ssiad, on a envie d'appeler ces personnes-là parce que nous, on ne peut pas gérer, donc oui, on leur envoie des patients. »

Claire, 31 ans,
infirmière libérale en secteur rural dans le sud-ouest de la France

Pour Claire, la toilette fait partie des actes essentiels de l'infirmière, mais elle n'hésite pas à déléguer les toilettes légères qui n'ont pas le même degré de technicité. A l'inverse, d'autres cabinets refusent les toilettes trop lourdes, invoquant la difficulté physique que cela représente lorsque le domicile n'est pas équipé. Ils ne prennent soit pas de toilettes du tout, soit les toilettes légères pour maintenir une activité stable.

« Les toilettes complètes, on va éviter, sauf si les gens sont équipés. Quand je dis 'équipés', ça veut dire qu'il faut qu'il y ait un lit médicalisé, un matelas anti-esquarres, etc. Ce sont des soins qui prennent beaucoup de temps et beaucoup d'énergie, et le problème après c'est notre état physique à nous. »

Yasmina, 48 ans,
infirmière libérale dans un cabinet partagé avec sa nièce, membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

Pour les Ssiad, la toilette représente le cœur de leur activité, puisque le faisceau de tâches des aides-soignantes à domicile est en réalité assez réduit. Situées entre l'aide à domicile et l'infirmière, pas assez qualifiées pour les actes techniques infirmiers et trop pour ceux des aides à domicile, les aides-soignantes réalisent quasi-uniquement des toilettes. Elles

²⁰ Voir la partie 2.1.2 « Différentes composantes dans les conceptions des métiers d'infirmière et d'aide-soignante », page 38.

A l'hôpital, la délégation pour bâtir sa professionnalité

Pour comprendre ce qu'il en est en soins primaires parmi les métiers du domicile, il est nécessaire de comprendre comment, à l'hôpital, la délégation et la division du travail s'opèrent en dynamique. Les infirmières ont construit leur rôle propre, et par là leur professionnalité, sur l'appropriation du « sale boulot » des médecins, de la même manière que les aides-soignantes l'ont fait avec les infirmières un peu plus tard. Anne-Marie Arborio montre, notamment dans le cas des infirmières hospitalières, comment certaines de ces tâches déléguées peuvent devenir plutôt gratifiantes pour les aides-soignantes, puisqu'elles élargissent leurs capacités. Le « sale boulot » de certaines est le « bon boulot » des autres et, dans les cas où des tâches des infirmières sont déléguées, il peut être appréhendé comme un moyen de valoriser son travail pour les aides-soignantes. Celles-ci tentent ainsi de construire leur professionnalité par leur conception d'un travail sur « matériau humain ». Celui-ci suppose la mise en œuvre de techniques superflues dans sa manipulation » qui permettent de respecter des « principes d'humanité » (Arborio, 2009). Toutefois, les particularités du travail sur matériau humain « sont insuffisantes pour définir le rôle de l'aide-soignante » (*Ibid.*). Il est ainsi difficile de dégager des règles générales sur la division du travail en dessous du grade d'infirmière : ce qui, dans un service, sera considéré comme des tâches exclusivement dévolues aux ASH sera partagé dans d'autres, ou de la seule responsabilité des aides-soignantes (*Ibid.*). De plus, Arborio insiste sur les « compétences relationnelles » qui, si elles ne sont pas propres aux aides-soignantes, caractérisent leur métier, en particulier dans leurs discours. Elles se présentent comme ayant le monopole des compétences relationnelles en opposition aux infirmières et, en particulier, aux médecins fréquemment qualifiés par les aides-soignantes d'incompétents quant à certains aspects « humains » de la maladie.

partagent ainsi la vision critique des compétences des aides à domicile mais considèrent dans le même temps que les infirmières ne peuvent pas s'occuper correctement de ce travail du fait de la durée très réduite passée au domicile des patients. De plus, lorsque des rapports de concurrence existent sur un territoire, elles manifestent leur mécontentement envers les cabinets infirmiers qui veulent « s'occuper de tout ».

2.4.4. Des formes de financement qui représentent des freins à l'exercice coordonné et coopératif des professionnelles étudiées ?

Comme nous le disions précédemment, l'exercice collectif et coordonné s'est principalement construit ces dernières années autour des médecins, avec le développement des MSP. A l'exception de quelques organisations, de nombreux freins au travail collectif et à l'établissement de liens durables entre professionnelles et entre organisations subsistent. Nous décrivons ici ces freins, tant matériels et financiers que reposant sur des différences de cultures professionnelles.

Le financement particulier et contraignant des Ssiad

Le premier élément agissant comme un frein à l'établissement de rapports de coopération, de coordination, et même de bonne entente entre les professionnelles, tient aux différents modes de financements existant et au rapport à la rémunération qu'ils entraînent en partie.

Les Ssiad reçoivent une dotation de l'Assurance maladie mais l'allocation et le contrôle des financements dépendent des ARS. L'autorité qui fixe les tarifs des Ssiad (l'ARS) est donc distincte de l'autorité qui verse les crédits (la Cnam). Ainsi, la majorité des infirmières libérales n'apprécient pas de travailler avec les Ssiad car elles ont l'impression, d'une part, que le Ssiad leur « vole leur travail »²¹, et, d'autre part, qu'il est mauvais payeur. Si une

²¹ Voir la partie 2.2.3 « La division des tâches dans la pratique : entre adaptation aux frontières professionnelles et réalités territoriales », page 56.

minorité de Ssiad salarient des infirmières « de terrain » (non coordinatrices), c'est en passant une convention avec elles, qui les protège.

« L'obligation de convention, c'est pour la maîtrise des honoraires, parce qu'on est agréés, parce qu'après tout, on pourrait dire on vous paye tant pour un soin, tant pour un autre, sans qu'il y ait de base commune d'un Ssiad à l'autre. »

Sylvie, 51 ans,
directrice d'un Ssiad rural dans les pays de la Loire

Néanmoins, les rapports entre Ssiad et infirmières libérales restent tendus, d'autant plus que la convention ne semble pas être avantageuse pour les Idel. Comparativement, par exemple, à la convention que les Idel passent avec l'hospitalisation à domicile, travailler pour le Ssiad n'a que très peu d'intérêt économique.

« Il s'avère que l'HAD de notre secteur paie les soins infirmiers plein pot, c'est-à-dire que vous avez dans la cotation infirmière, on rentre dans des choses précises mais une infirmière... si c'est trois soins dans un domicile, actuellement la nomenclature prévoit que le premier soin est à taux plein, le deuxième à demi-tarif et le troisième soin à zéro. Quand l'HAD intervient ils payent tout à taux plein... »

Sylvie, 51 ans,
directrice d'un Ssiad rural dans les pays de la Loire

De plus, travailler avec le Ssiad est, pour les infirmières, assez restrictif en termes de facturation. Selon Sylvie, les infirmières ont tendance à coter un ensemble d'actes afin de maximiser leur venue chez un patient. Travailler avec le Ssiad signifie renoncer à certaines cotations comme la majoration de coordination ou le diagnostic infirmier.

« Moi, je vois bien ce qu'il se passe, le problème c'est que quand ce n'est pas valorisé et qu'il n'y a pas de Ssiad, les infirmiers interviennent, par exemple s'il faut préparer un pilulier sur une semaine, ça, ça n'est pas prévu dans la nomenclature. Ce qui est prévu, c'est que l'infirmière peut faire un diagnostic infirmier, demander une entente préalable à la caisse et avoir une prescription médicale qui lui permet, à la suite d'un diagnostic, de déterminer qu'il faut qu'elle prépare les médicaments. Auquel cas sa cotation va être beaucoup plus importante. [...] Sauf que quand c'est le Ssiad, elle ne peut pas faire ça, de même que les majorations de coordination qui sont habituellement pratiquées... Maintenant, certaines ont tendance à coter tout le temps, elles font un acte, elles font une majoration de coordination, en plus de la majoration d'acte unique, ce n'est pas recevable puisque la coordination est exercée par les Ssiad, donc elles ont l'impression d'intervenir au rabais quand il s'agit d'intervenir dans le cadre du Ssiad. »

Sylvie, 51 ans,
directrice d'un Ssiad rural dans les pays de la Loire

Selon Sylvie, les infirmières libérales profitent largement du système de paiement à l'acte, ce qui n'est pas le cas des Ssiad, dont les contraintes budgétaires et la convention les forcent à se plier à une lecture stricte de la nomenclature infirmière. Les infirmières le perçoivent aussi très bien.

« - Il n'y a pas de Ssiad dans la région ?

- Il y en a mais, pour l'instant, on n'a pas été contactés et, de toute façon, on refuserait compte tenu des retours qui nous sont faits par les collègues.

On préfère perdre le patient, et qu'il se débrouille parce qu'ils sous-cotent. C'est-à-dire que la rétrocession qu'ils nous font est plus faible que si on facturait le soin sans passer par eux. »

Flavie, 43 ans,
infirmière libérale une petite ville dans le sud-ouest de la France

Le Ssiad apparaît le plus souvent vigilant quant à la facturation des infirmières, qui perçoivent assez mal cette organisation qui agit comme un organe de contrôle.

« Donc effectivement, elles ne cotent pas comme habituellement. C'est sûr qu'à côté, en tant que Ssiad, on ne peut pas matcher, ce n'est pas possible. Et je pense que sincèrement que ce qui se passe c'est que, nous, on a des contraintes budgétaires et puis on applique la nomenclature mais rien que la nomenclature, et qu'on a un œil sur leur facturation, parce qu'on sait très bien ce qui se passe chez les patients. Vous savez, il y a des facturations, des trucs que je trouve hallucinants, c'est en fonction de la taille de la plaie. Pour vous donner un exemple, un AMI 4 [Actes médicaux infirmiers] c'est quand la plaie fait 10 sur 10 minimum. Vous vous retrouvez avec des infirmiers qui finissent un pansement, c'est-à-dire que la personne est guérie, ils arrêtent les soins, ils sont encore en train de coter un AMI 4. Je leur explique que ce n'est pas possible de coter un AMI 4 le dernier jour, ça veut dire qu'il y a encore une plaie, vous voyez ce que je veux dire ? Ce contrôle-là n'existe pas à la Cnam, donc en fait, nous, on fait fonction de gendarme un petit peu. Et ça, ils le ressentent bien parce que, nous, on n'a pas des budgets alloués qui sont exponentiels et on est bien obligés de faire attention à ce qu'on nous facture. Voilà la prise en charge globale des soins, et sincèrement, l'idée n'est pas de les spolier mais d'appliquer cette nomenclature décidée sur notre département. »

Sylvie, 51 ans,
directrice d'un Ssiad rural dans les pays de la Loire

Ces extraits traduisent une forme de ressentiment qu'éprouve Sylvie pour les infirmières libérales de son secteur avec qui les liens sont parfois très conflictuels. Mais, au-delà de ce cas particulier, les rapports entre Ssiad et infirmières libérales sont très souvent tendus. Du côté des Ssiad, il leur arrive parfois de refuser des prises en charge car il leur est impossible de rémunérer les infirmières. Ainsi, ces rapports conflictuels liés à la rémunération des unes et au financement des autres ne permettent guère un travail collectif et coordonné sur un territoire.

« Il y a quelques personnes chez qui on va le soir mais elles sont très rares parce qu'après c'est une histoire de budget. Le Ssiad a une trentaine d'euros par jour et par patient pour fonctionner. Ce qui veut dire qu'il y a notre salaire, nos frais d'essence, les soins infirmiers si les infirmières libérales passent, etc. Autant dire que 30 euros, ce n'est pas grand-chose, très peu quand il y a beaucoup de soins infirmiers, c'est même compliqué de prendre en charge quelqu'un. Du coup, ça limite les passages, notamment du soir, alors que pour certaines personnes, il n'y a pas d'autres solutions. Au niveau budget par rapport au Ssiad, c'est un peu lourd. »

Marie, 53 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Au-delà du cas particulier du Ssiad, financé par forfait, on peut déjà, en filigrane, s'apercevoir des logiques qui ne favorisent pas l'exercice collectif qu'implique le libéral.

Le statut libéral difficilement compatible avec l'exercice collectif ?

L'installation en libéral n'apparaît pas forcément comme la forme d'exercice la plus compatible avec le paradigme du *care*, l'approche « humaniste et holistique » que nous décrivions au début de ce rapport. Pourtant, le libéral reste bien le mode d'exercice majoritaire des infirmières en soins primaires. Il est nécessaire de comprendre les ressorts de cette volonté des infirmières qui travaillent en soins primaires d'exercer en libéral. Douguet et Vilbrod ont montré qu'il s'agissait bien souvent, avant tout, d'une réaction de rejet vis-à-vis de l'expérience hospitalière passée (Douguet et Vilbrod, 2018). L'arrivée dans le libéral est

souvent la conséquence d'un rejet de la pression bureaucratique et temporelle de l'hôpital, des conditions de travail, des manières de faire et de la stricte hiérarchie médicale (*Ibid.*).

Une fois installées en libéral, certaines infirmières cherchent surtout à éviter de retrouver cette hiérarchie médicale. Michelle, une des premières infirmières à avoir rejoint la MSP à ses débuts, raconte à ce propos la position initiale de ses homologues.

« - Ah bon, vous étiez la seule ? Comment ça se fait ?

Parce que mes collègues se sont rebiffées à cette réunion qu'on avait faite en 2008, c'était terrible ! Mais moi, je ne m'attendais pas à ce que mes collègues répondent ça. Ils nous avaient invitées au restaurant nous disant : 'On aimerait bien faire ça, ça, ça...' On avait donné la parole à chacun et tous mes collègues libéraux avaient dit : 'Allez-vous faire voir ! On est en libéral, ce n'est pas pour être aux ordres des médecins'. J'avais été la seule à dire oui, ça m'intéressait énormément. D'ailleurs, ça a foutu en l'air mon dernier cabinet d'infirmiers. Et c'est reparti à zéro. C'est comme ça que les médecins m'ont suivie en gros aussi. Un autre cabinet d'infirmiers qui est toujours sur la commune, avec qui ça a capoté en 2009, ne fait pas partie du pôle de santé parce qu'ils ont toujours refusé de travailler avec les médecins et de les avoir au-dessus d'eux. Il y a quand même des infirmiers libéraux qui sont comme ça, il ne faut pas croire. »

Michelle, 55 ans,
infirmière libérale,
membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

La logique du libéral, c'est-à-dire « être son propre patron », s'inscrit dans cette volonté d'indépendance et de rejet d'une hiérarchie. Ainsi, certaines infirmières libérales refusent de travailler avec l'HAD car, au-delà de l'aspect financier, c'est l'impression de travailler pour l'hôpital, sous l'égide de médecins, qui pose question.

« Il y a beaucoup d'infirmières qui ne veulent pas fonctionner avec l'HAD par exemple, ça ne les intéresse pas. Elles se sentent sous-traitantes entre guillemets, on sous-traite le soin. Parce que c'est eux qui nous rémunèrent. »

Manel, 42 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP en région parisienne

Mais, bien au-delà des infirmières, certains professionnels libéraux restent très attachés à la rémunération à l'acte, ce qui peut être problématique pour créer du collectif dans une organisation pluriprofessionnelle. Ainsi, lorsqu'un professionnel libéral, pourtant membre d'une MSP, ne cherche pas à changer ses pratiques ni la manière dont il perçoit sa rémunération, l'exercice collectif est mis en péril.

« On a eu beaucoup, beaucoup de conflits sur des histoires d'argent, sur la répartition des charges, sur des choses qui devraient se faire de manière assez simple et logique mais qui ont été compliquées. Il y a eu, un ou deux mois après l'ouverture, deux départs parce que... On a malheureusement ce kinésithérapeute qui a une personnalité vraiment très particulière et qui est quand même difficile dans un groupe comme ça, il a une mentalité qui ne colle pas à une maison de santé. Donc, petit à petit, les gens s'en rendent compte et commencent un petit peu à voilà... Alors, au début, on avait plein de conflits à cause de l'argent, on se disait que finalement, on allait mettre quelqu'un de l'équipe pour faire la coordination. Mais finalement, c'était compliqué et personne ne voulait prendre cette position ni n'avait trop le temps de le faire. Je pense que c'est vraiment un boulot où il faut former et tout ça. Et du coup, là, on commence à se dire qu'on va budgétiser les choses et commencer à le faire. »

Neela, 37 ans,
infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

Des expérimentations qui cessent

Parmi les professionnelles et les organisations étudiées, le dernier élément d'ordre financier qui freine, voire entrave, les volontés de créer un environnement propice à plus de coordination et d'exercice collectif est l'arrêt de financements dédiés. Par exemple, dans une association ADMR de région parisienne, qui comprend un Ssiad et un service d'aide à domicile intervenant sur un territoire commun, une expérimentation Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (Spasad) avait été mise en place en 2017. Cette expérimentation finançait la coordination étroite des services d'aide et de soins ainsi que la mise en place d'actions de prévention sur le territoire.

« En fait, au sein de l'ADMR, pendant deux ans, ils ont fait l'expérimentation de Spasad avec le service d'aide parce qu'au sein de l'ADMR il y a des crèches, différentes structures et nous-mêmes, dans nos locaux, on a le Ssiad et le service d'aide, que nous ne gérons pas. L'expérimentation a eu lieu pendant deux ans et a pris fin l'année dernière. En fait, c'est juste une question de financement, qui n'est toujours pas en place. Parce que, finalement, ça avait bien marché, alors nous, dans les faits, on fait toujours du Spasad, dans le sens où quand il y a besoin d'un service d'aide, on va aller faire les évaluations en commun. Mais en soit, le Spasad, ce n'était pas que ça, c'était aussi un financement pour faire de la prévention, et ça, on ne l'a plus. »

Marine, 26 ans,
infirmière coordinatrice d'un Ssiad en région parisienne

L'expérimentation aura duré deux ans et, selon Marine, elle ne s'est arrêtée que pour des raisons financières.

« - L'expérience Spasad, c'était plus une question d'argent que d'efficacité ?
- C'est purement et uniquement financier, l'arrêt, parce que l'expérimentation s'est très bien passée. En plus, il y avait une chargée de projet, donc plein de documents qui avaient été créés, c'était vraiment bien, apparemment. Mais je n'en ai entendu parler que de façon négative. C'est pourtant regretté par les salariés, même si je pense que le fait qu'il n'y ait plus de Spasad n'a pas de répercussions sur eux. En fait, la répercussion est plutôt dans la manière dont est effectuée la prise en charge en termes administratifs et même au niveau de l'articulation pour la coordination, mais, là, le Spasad est arrêté... Ce n'est pas pour autant qu'on arrête les toilettes en binôme et qu'on ne peut pas faire un travail avec eux. Pour les salariés sur le terrain, ça n'a pas vraiment de répercussions si ce n'est qu'il n'y a plus cette partie prévention, qui était financée. C'était vraiment bien puisque, quasiment tous les jours de la semaine, il y avait de la prévention, soit à domicile, soit au Ssiad, ou encore dans d'autres structures. Et ça, c'était vraiment très apprécié par les soignants et par les patients qui ont été beaucoup en demande depuis l'été dernier. »

Marine, 26 ans,
infirmière coordinatrice d'un Ssiad en région parisienne

L'arrêt de l'expérimentation est ainsi regretté pour la disparition des dispositifs de prévention et de coordination, mais aussi pour la perte de lien entre les services. Les réunions hebdomadaires financées dans le cadre de l'expérimentation ont laissé place à des réunions facultatives mensuelles. Pour autant, ces deux ans auront permis de créer une dynamique de coordination et certains automatismes, comme les interventions d'une aide-soignante et d'une aide à domicile dans les cas de prises en charge lourdes.

« Je pense que ça a surtout permis qu'on crée cette habitude de travailler ensemble. Avant, ce n'était pas le cas, ça a permis de montrer que c'était intéressant et ça a continué. »

Marine, 26 ans,
infirmière coordinatrice d'un Ssiad en région parisienne

Qu'il s'agisse des modalités de financements des organisations, du statut libéral comme structurant la manière d'exercer ou de la fin d'expérimentations qui visaient à renforcer la coordination et l'exercice collectif, ces éléments sont corrélés à d'autres freins que ceux liés à l'économie du secteur comme les cultures professionnelles, qui parfois rendent impossible la communication entre groupes.

2.4.5. Des cultures professionnelles à articuler ?

Les aspects financiers ne sont pas les seuls freins à l'exercice coordonné ou collectif, certains professionnels ne communiquent que très peu entre eux, voire pas du tout. Cet aspect est probablement dû à des cultures professionnelles qui se rencontrent et ne sont pas forcément compatibles : entre préférer la rentabilité maximale du cabinet ou une approche plus sociale du métier d'infirmière, entre une connaissance et une expérience de la gérontologie et des rapports verticaux entre médecins et paramédicaux, entre considération des différents professionnels et rapports de concurrence...

Des relations souvent peu développées entre professionnelles

Les liens entre professionnels et des formes d'exercices coordonnés sont particulièrement hétérogènes.

« Il y a effectivement des gens qui sont plus ou moins proches, avec qui on communique plus ou moins facilement, des gens qui décrochent plus facilement leur téléphone parce que le travail ne se passe pas mal... Je trouve qu'on a quand même des bons contacts et qu'ils nous ont quand même bien repérées. C'est toujours très complexe parce qu'ils ont l'impression qu'on est là pour leur 'piquer' leurs patients, mais ils sont toujours très contents de nous trouver quand l'état des patients s'aggrave et que, nous, on leur permet de les garder à domicile. Globalement, ils le savent et ça se passe plutôt bien. »

Sylvie, 51 ans,
directrice d'un Ssiad rural dans les pays de la Loire

Cette forte hétérogénéité est particulièrement visible dans les relations entre infirmières et médecins puisque ces derniers n'ont quasiment, sauf exception, aucun contact avec les aides à domicile ou les aides-soignantes des Ssiad. Pour ces derniers, les contacts avec les médecins se limitent à ceux avec les infirmières coordinatrices ou les directrices. En conséquence, les interactions sont moins cantonnées aux soins et intègrent l'organisation de la prise en charge.

Si certains médecins, souvent membre de MSP, cherchent à transformer leurs pratiques en les orientant vers plus de pluriprofessionnalité, d'autres sont réticents à instaurer des liens avec les autres professionnels non-médecins. Ils adoptent alors une relation de type instrumental (Sarradon *et al.*, 2008) : une communication qui passe essentiellement par l'écrit des ordonnances, le médecin n'attendant aucun avis mais simplement les gestes techniques qu'il a prescrits. Les infirmières adoptent alors des stratégies de communication avec les médecins, de ménagement, de suggestion, pour ne pas donner l'impression de remettre en doute son autorité médicale (Douguet et Vilbrod, 2006).

« Il est vrai qu'il y a quand même des médecins dans le quartier qui nous ont donné leur numéro de portable mais, voilà, c'est toujours plutôt bref. Avec les médecins de la structure, on arrive à discuter vraiment plus des patients. »

Neela, 37 ans,
infirmière libérale membre d'une jeune MSP en région parisienne

De plus, ces métiers du domicile s'occupent en grande majorité de personnes âgées, or, les médecins généralistes ne sont pas tous formés à ces problématiques, ce qui peut réduire les interactions.

« Avec les médecins, c'est pareil, on a des réponses qui ne sont pas du tout homogènes, d'un médecin à l'autre. Il y a des gens qui ne sont pas du tout formés en soins palliatifs, à la gérontologie, à la prise en charge des personnes âgées, des gens qui ont des habitudes de travail en équipe, ou avec des partenaires, d'autres moins. On a donc des relations assez inégales, je trouve. Il y a certains médecins qui sont capables de passer au bureau, qui se sont formés chez nous pour voir ce qu'on faisait. »

Sylvie, 51 ans,
directrice d'un Ssiad rural dans les Pays de la Loire

Une absence de lien ou de communication

Parfois, l'absence de lien ou de communication sur le territoire où exercent certaines organisations est totale. C'est le cas de certains cabinets infirmiers qui sont orientés vers la réalisation de plus d'actes possibles. Les infirmières ne s'y côtoient même pas faute de temps et d'intérêt pour l'exercice collectif. Florence nous raconte ainsi sa précédente expérience avant qu'elle ne rejoigne un CMS. Dans le cabinet qu'elle partageait avec un autre infirmier, aucun lien ni aucune communication n'avaient lieu.

« Lui, il travaillait une semaine, et moi, je prenais le relais l'autre semaine. En fait, on ne se croisait jamais, j'étais toujours toute seule. C'était routinier, ça m'a un peu lassée et j'ai préféré gagner moins d'argent et faire autre chose. »

Florence, 48 ans,
infirmière en CMS dans un quartier populaire de région parisienne

Dans un autre cas, les autres professionnelles se retrouvent à devoir faire le lien lorsque cela est nécessaire entre les membres du cabinet :

« On se rend compte qu'il y a beaucoup de cabinets infirmiers où les gens sont regroupés mais ne travaillent pas ensemble, ils se partagent le travail. Dans des cabinets infirmiers, il y a tellement peu de communication entre les intervenants qu'on est obligées de communiquer avec chacun d'entre eux quand il y a une prise en charge, par exemple pour leur expliquer l'association, parce qu'il n'y a pas de relais entre eux et que si on explique à un des associés, on sait que l'information ne va pas passer aux autres. Donc c'est aussi un problème. Il y a des cabinets où on sait qu'il y a des tensions importantes, et d'autres où, peu ou prou, ça ne fonctionne pas si mal... »

Sylvie, 51 ans,
directrice d'un Ssiad rural dans les Pays de la Loire

Dans le même registre d'absence de communications, les Ssiad étant souvent mal perçus par les infirmières libérales²², aucune communication n'existe malgré le fait qu'ils partagent des patients et un territoire.

« Et puis c'est un petit peu compliqué. On n'a pas été contactées pour bosser avec eux. Donc voilà, on a assez de boulot comme ça. »

Yasmina, 48 ans,
infirmière libérale dans un cabinet partagé avec sa nièce,
membre d'une MSP en périphérie d'une grande ville du sud-est de la France

²² Voir la partie 2.4.4 « Des formes de financement qui représentent des freins à l'exercice coordonné et coopératif des professionnelles étudiées ? », page 85.

L'imputation à l'autre de l'absence de communication et de volonté de travailler collectivement semble assez courante. En plus des rapports concurrentiels quant à la prise en charge des patients, les Ssiad considèrent que les infirmières ne répondent que trop peu et sont toujours occupées quand ces dernières leur reprochent de ne pas essayer d'établir un lien.

« - Comment ça se passe avec le Ssiad de votre secteur ?

- On n'a pas vraiment de contacts. On voit les auxiliaires de vie, les aides-soignantes chez les patients mais pas la direction et tout ça... Après, avec les filles, c'est un peu comme avec tout le monde, il y en a avec qui on s'entend très bien et d'autres c'est bonjour et puis voilà. Ils ne font jamais appel à nous, ils ne nous appellent jamais. »

Claire, 31 ans,

infirmière libérale en secteur rural dans le sud-ouest de la France

Parfois, toutes les conditions semblent réunies pour qu'émergent des formes d'exercice coordonné sans pour autant qu'elles existent. Sylvie relate ainsi avoir eu beaucoup d'espoir lorsque le Ssiad s'est installé dans les mêmes locaux que la MSP locale mais qu'en définitive rien n'a changé.

« Je suis même assez, presque déçue. Nous, on a déménagé, il y a quatre, cinq ans quand ils ont construit le pôle santé au Village, qui est donc une annexe. J'avais dit au maire, parce qu'on avait un problème de visibilité des locaux : 'Écoutez, vous allez installer le pôle santé là, ça serait quand même intéressant qu'on soit à proximité, la proximité professionnelle aide, etc.' Le Pôle santé a été construit par la communauté de commune et le bout de terrain d'à côté a été racheté par la commune qui nous a reconstruit des bureaux, comme ça on a une cuisine et une salle de réunion en commun. [...] Je pensais que ça allait créer du lien, qu'on allait se retrouver pour déjeuner le midi et en fait pas tant que ça, j'ai été assez surprise. Puis nous on a des professionnels, effectivement une sage-femme, on n'a pas grand-chose à voir mais la podologue, elle intervient chez nos patients, les orthopédistes aussi et on n'a pas plus de liens que ça. Je n'ai pas eu l'impression que ça ait généré un partenariat plus important. »

Sylvie, 51 ans,

directrice d'un Ssiad rural dans les Pays de la Loire

Les liens ne semblent pas s'être développés entre le Ssiad et la MSP, et notamment avec les spécialistes qui s'occupent des patients âgés communs aux aides-soignantes. L'absence de lien a souvent pour conséquence le report de cette communication sur les patients et leur famille.

« - Le Ssiad ne fait jamais appel à vous ? Pourtant, il y a des soins infirmiers qu'ils ne peuvent pas faire ?

- Oui, mais en gros, ils disent aux gens, à la famille : 'Débrouillez-vous, vous pouvez appeler votre infirmière habituelle'. Ils pourraient nous appeler pour nous dire qu'il y a besoin d'une prise en charge mais ils ne le font jamais. »

Claire, 31 ans,

infirmière libérale en secteur rural dans le sud-ouest de la France

Des organisations ou des professionnelles méconnues ou écartées

Le dernier frein à l'exercice coordonné et collectif reste la méconnaissance de certains professionnels vis-à-vis des autres. Par manque de formation ou d'intérêt, les Ssiad, malgré leur existence depuis 1970, sont parfois assimilés par les infirmières libérales à des service d'aide à domicile (Feyfant, 2016), et souvent par les médecins.

« - Les médecins ont une vision assez homogène des Ssiad ?

- Non je ne pense pas, il y a encore de très nombreux médecins qui font l'amalgame entre les services d'aide à domicile et les services de soins à domicile. Quand on a commencé à aller sur [nouveau secteur], je sais qu'à l'époque, j'avais rencontré tous les médecins du secteur et j'avais été déçue parce qu'un médecin m'avait demandé : *'Mais quelle différence vous faites entre une aide à domicile et une aide-soignante ?'* Il y a, à mon avis, quelquefois, un manque de reconnaissance de la part des médecins et par rapport au travail de l'aide-soignant, parfois, ils font encore de gros amalgames. »

Jacqueline, 50 ans,
infirmière coordinatrice d'un Ssiad dans le Grand Est

Enfin, certaines professionnelles n'ont aucune considération pour les aides à domicile²³ et les écartent systématiquement.

« Par exemple, dans mon ancien cabinet, j'ai une collègue, quand elle rentrait chez le patient, l'auxiliaire était là mais n'avait même pas le droit à un bonjour. »

Manel, 42 ans,
infirmière libérale membre d'une MSP en région parisienne

Selon les territoires, les organisations et les professionnels, l'exercice des soins primaires est fortement hétérogène. Les modes de financement diffèrent d'abord selon les groupes professionnels et puis selon les manières de pratiquer le soin dans les organisations. Cette pluralité de manières de faire traduit aussi les transformations à l'œuvre dans l'organisation des soins primaires et les dynamiques professionnelles des différents groupes. Or, ces différentes dynamiques, si elles suivent des trajectoires logiques d'évolution vers une professionnalisation, peuvent être en tension, se chevaucher ou s'éloigner de manière excessive.

²³ Voir la partie 2.4.2 « Les services d'aide à domicile peu ou mal considérés... », page 81.

2.5. Conclusion

Dans un contexte de vieillissement de la population et de développement des maladies chroniques, les pouvoirs publics et des acteurs de soins primaires ont cherché à développer la coordination et des formes d'exercice collectif ces dernières années. Principalement mené par des médecins généralistes, ce développement de l'exercice collectif en soins primaires s'est concrétisé principalement sous la forme de maisons de santé pluriprofessionnelles. Du côté des paramédicaux, un certain nombre d'infirmières ont rejoint ces organisations. Néanmoins, le travail à domicile n'est pas seulement le fait de ces dernières.

Une première difficulté à la mise en place d'exercices collectifs réside dans des aspects plus matériels. On a pu constater, par exemple, les difficultés qu'ont les infirmières libérales et les Ssiad à travailler ensemble du fait des modes différents de financement. Pourtant, la coordination du travail aide-soignant et infirmier semble être un enjeu important. Ainsi, l'un des CSI étudiés s'est doté de son propre Ssiad afin de faire travailler ensemble infirmières et aides-soignantes.

Les expériences de mise en place d'organisations permettant une coordination des soins dans la prise en charge des patients à domicile avec un exercice collectif pluriprofessionnel restent relativement rares. Néanmoins, certaines dynamiques professionnelles semblent prendre cette direction, mais celles-ci peuvent aussi entrer en contradiction avec d'autres dynamiques professionnelles et l'organisation actuelle des soins primaires.

Si la frontière entre les faisceaux de tâches des infirmières, des aides-soignantes et des aides à domicile est assez poreuse selon les situations territoriales et organisationnelles, la collaboration entre ces groupes professionnels se heurte à différents types de difficultés. Il peut s'agir de difficultés liées à des cultures professionnelles parfois difficiles à articuler. Aussi, des organisations véritablement pluriprofessionnelles incluant aussi bien des infirmières que des aides à domicile mettent en place une démarche d'acculturation des professionnelles entre elles. La fédération d'associations locales étudiée l'a ainsi mis en place depuis longtemps, notamment grâce à des formations communes, des réunions pluriprofessionnelles autour de cas, et à l'implication de l'ensemble des salariées dans la gouvernance.

CHAPITRE 3

Perspectives et conclusions : des dynamiques professionnelles en question

Cette partie propose de questionner, à partir du matériau obtenu dans l'enquête, les dynamiques professionnelles qui se dégagent pour les différents groupes professionnels étudiés. Nous ne prétendons pas ici à l'exhaustivité des manières d'exercer et des conceptions des trois groupes professionnels étudiés. Il ne s'agit pas non plus de prévoir les formes que prendront ces dynamiques dans le futur. Notre objectif est plutôt de faire état des principales dynamiques observées et de montrer les tensions qu'elles peuvent avoir entre elles et sur le terrain des pratiques professionnelles.

Certaines limites sont à souligner dans la mesure où notre enquête s'est déroulée durant la pandémie de Covid-19, par entretiens téléphoniques. Il n'a pas été possible de réaliser comme prévu des observations des pratiques et des organisations de travail des différentes professionnelles étudiées en les suivant au quotidien pendant une période. Cela aurait permis de percevoir et d'éclairer plus finement les répartitions de tâches entre professionnelles, le travail invisible, la gestion des affects, les rapports aux patients ou aux bénéficiaires. Une enquête spécifiquement ciblée sur des organisations précises permettrait ainsi de mieux rendre compte de l'organisation du travail, de la division des tâches et des modes de gouvernance, notamment dans le cas d'organisations portées par des paramédicaux ou des structures d'aide à domicile. Cependant, la réalisation des entretiens aura permis d'étendre cette enquête à un plus grand nombre d'organisations que prévu, et la possibilité d'avoir une variété de situations territoriales et professionnelles aura permis de saisir un ensemble de logiques, de conceptions et de pratiques qui sous-tendent des dynamiques plurielles.

Pratiques paramédicales en soins primaires

Chapitre 3. Perspectives et conclusions : des dynamiques professionnelles en question

Irdes - novembre 2021

3.1. Les aides à domicile : entre précarité et professionnalisation

Le secteur de l'aide à domicile regroupe, rappelons-le, plusieurs catégories de travailleurs à domicile. Entre les catégories A, non diplômées, généralement en situation de précarité (Avril, 2016) et les catégories C, statutairement au même niveau que les aides-soignantes, les organisations de l'aide à domicile sont prises dans la volonté de professionnaliser leur secteur tout en étant confrontées à un *turn-over* important, une gestion budgétaire très serrée, une forte concurrence et une faible reconnaissance de ces emplois.

De plus, le secteur est encore régulé par un « sous-droit du travail » (Laforge, 2005) dont les conventions collectives s'enracinent dans celles qui ont régulé les emplois de domestiques (Fraisses, 1988).

3.1.1. Un métier précaire

Dans son enquête de 2016, Christelle Avril montre bien que pour une part non négligeable des aides à domicile, cet emploi représente le seul accès possible à l'emploi sans qualification. Les organisations réalisent des entretiens d'embauche en continu pour pouvoir pallier les nombreux départs, arrêts maladie ou abandons de poste qui surviennent. Ce *turn-over* est lié aux grandes difficultés que présente l'exercice de ce métier. Un métier physiquement et moralement pénible (Avril, 2016), avec beaucoup d'heures de travail et de trajets, et très peu rémunéré. C'est d'ailleurs ce dernier point qui ressort quand la question est posée aux responsables de secteur ou aux coordinatrices sur ce qu'elles souhaiteraient voir amélioré.

« Payer les salariés au réel avec une revalorisation de leur profession, je pense que ça changerait beaucoup de choses en tout cas. Sur la fidélisation, sur le *turn-over*, sur la motivation, sur la fatigabilité des salariés aussi. Parce qu'une salariée qui fait un temps plein, en vrai, sa semaine ce n'est pas 35h, mais plutôt un bon 45h avec les temps de déplacement. »

Julie, 31 ans,

coordinatrice responsable de secteur dans une ADMR de région parisienne

Plus globalement, cette revendication s'inscrit dans une volonté de faire reconnaître l'aide à domicile comme un véritable métier. Pour Anne-Françoise, c'est la possibilité d'être convenablement payée, avec la possibilité d'un temps complet qui comprenne l'ensemble des tâches dans le temps de travail, dont les trajets et les réunions.

« C'est-à-dire que le métier est très peu reconnu. Donc, financièrement parlant, ce n'est pas très bien payé. Par exemple, l'entreprise va facturer 23 € de l'heure le client mais nous on est à 10 € de l'heure. Il faut payer les charges sociales et tout et voilà, et puis ce sont des contrats à temps partiel. Ce sont des CDI à temps partiel, pas à temps complet... »

Anne-Françoise, 59 ans,

aide à domicile dans une ADMR de la région parisienne

Hélène, quant à elle, dépasse la revendication financière et statutaire. Elle qui se plaît à pratiquer son métier, regrette le manque de reconnaissance institutionnelle, médiatique et politique de son métier.

« Déjà le domicile, on n'en parle quasiment jamais, de la vieillesse très peu, et puis des fois, on parle un petit peu des infirmières mais du reste quasiment jamais. Je trouve que c'est dégoûtant. Mais je reste positive... On est présents pour eux. Et qu'on soit autant dévalorisés... »

Hélène, 50 ans,

auxiliaire de vie sociale dans une ADMR de la région parisienne

Pour Hélène, la crise sanitaire a ainsi illustré son propos : les soignants ont été applaudis, une prime a été accordée pour les personnels hospitaliers mais les aides à domicile ont encore été oubliées.

« L'autre fois, j'ai vu un reportage, je ne sais pas dans quelle commune, c'était en Provence, mais une auxiliaire de vie était filmée chez une personne âgée parce qu'ils parlaient de la prime de 1 000 € qui allait être versée pour les professionnels. J'ai une amie qui travaille en réa et elle m'a raconté un peu comment ça se passe. Ils disaient qu'ils trouvaient ça dégoûtant que les aides à domicile n'aient pas droit à cette prime, ils étaient outrés même. Ils disent : *'Elles sont là tout le temps mais elles ne sont pas reconnues pour ce qu'elles font'*. Et ça, de manière générale, le domicile a été complètement oublié parce que la prime est pour les personnes à l'hôpital alors que, finalement, tous les professionnels du domicile étaient aussi en première ligne. Moi, perso, je m'en fous de la prime. Je pense à mes collègues, et puis c'est symbolique aussi. Moi, j'aimerais surtout qu'on soit reconnus parce que ça fait des années qu'on se bat pour ça. Alors quand il y a la canicule, on parle de nous, il n'y a pas de souci mais le reste de l'année, on ne parle pas de nous. »

Hélène, 50 ans,
auxiliaire de vie sociale dans une ADMR de la région parisienne

Cette absence de reconnaissance traduit aussi la faible volonté des pouvoirs publics à se saisir de la question. Les politistes ont ainsi pu parler de « bricolage politique » ou de « non-décision politique » (Capuano, 2018). Ce qui est observé, c'est que ce sont les organisations elles-mêmes qui, cherchant à pérenniser leur activité, la structurent et visent à professionnaliser le secteur.

3.1.2. Vers une forme de professionnalisation ?

Cette « professionnalisation du bureau » (Avril, 2016) se traduit par la mise en place d'une « démarche qualité » qui doit fournir aux bénéficiaires-clients « des signes extérieurs de qualité ». Cette mise en place représente surtout un travail administratif important pour les personnels du bureau. Pour les aides à domicile, il s'agit d'abord d'établir qu'elles sont représentantes de l'association auprès des bénéficiaires. D'une part, cette démarche est encouragée par la direction qui cherche à placer son organisation comme un acteur important sur le territoire et à affirmer son sérieux et sa légitimité par sa méthode, ses protocoles. D'autre part, cette approche relève aussi d'une forme d'*empowerment* des aides à domicile vis-à-vis des bénéficiaires, afin de se dégager d'un rapport de maître à domestique pour aller vers un rapport de client à professionnelle.

« Les gens, quand ils sont là, ils veulent toujours contrôler. Je ne travaille pas pour la personne, je travaille pour l'ADMR, je viens en mission. Et je suis aide à domicile, je ne suis pas femme de ménage. On va à l'essentiel, je ne suis pas là pour nettoyer le fond du placard. Je suis là pour faire les tâches que la personne ne peut pas faire, les surfaces propres mais en surface. »

Anne-Françoise, 59 ans,
aide à domicile dans une ADMR de la région parisienne

Par ailleurs, la professionnalisation passe aussi par la présence renforcée de formations des aides à domicile au sein des organisations. Cette volonté des directions d'avoir un personnel de plus en plus formé leur permet de diversifier leur activité et de poursuivre cet objectif de légitimité sur un territoire.

« À l'époque, c'était basique, là, je sais que l'association s'est développée. Avant | c'était du ménage, là, ça s'est hyper développé pour l'aide à la toilette, etc. Ça

c'est les trucs qu'on ne faisait pas. Elles appelaient pour le ménage, les courses [...] Et puis après j'ai passé mon diplôme d'état, le DE d'auxiliaire de vie. »

Hélène, 50 ans,
auxiliaire de vie sociale dans une ADMR de la région parisienne

Parmi les freins à la professionnalisation, et surtout participant à l'hétérogénéité des processus de professionnalisation, le statut associatif de la grande majorité des organisations du secteur pose aujourd'hui la question de la gouvernance de ces associations. Celles-ci peinent très souvent à trouver des bénévoles constituant le conseil d'administration, et qui plus est compétents, afin notamment d'assurer les fonctions de président et trésorier.

« Quand vous avez quelqu'un qui est un ancien pâtissier en collectivité, qui a trouvé sa nouvelle raison de vivre en étant président d'une association locale, vous voyez, je peux vous dire que parfois c'est difficile de travailler ensemble en même temps sur la préservation du secret professionnel. »

Sylvie, 51 ans,
directrice d'un Ssiad associatif ADMR rural dans les Pays de la Loire

Cette professionnalisation s'inscrit dans un mouvement plus vaste du passage de « l'aide à domicile au service à la personne » (Capuano, 2017). Dans un contexte de lutte contre le chômage et de politiques moins coûteuses de l'emploi, le développement du secteur de l'aide à domicile a été encouragé. Les pouvoirs publics ont ainsi construit « une progressive libéralisation du marché, ce qui aboutit aujourd'hui à une situation confuse et concurrentielle » (Capuano, 2017, p. 28). Jamais inclus dans une approche globale de la prise en charge des personnes dépendantes, le secteur semble se développer sans forcément de cohérence avec le reste des groupes professionnels, sauf dans le cas d'expérimentations locales de pluriprofessionnalité.

Alors quelles directions prend le métier d'aide à domicile ? Se dirige-t-on vers une plus grande diversification de l'offre des organisations d'aides à domicile autour des services à la personne en tout genre (garde d'enfants, accueil, portage de repas, halte-garderie, etc.) ? C'est en tout cas le choix qu'a fait l'ADMR au niveau national lors de son forum de Saint-Etienne en 2016.

Peut-on imaginer, à l'instar de la fédération d'associations locales étudiée ou des expérimentations Spasad, une multiplication des regroupements pluriprofessionnels réunissant des soignants et des aides à domicile afin de repenser la prise en charge de la dépendance ? Par ailleurs, le rôle du métier d'aide à domicile va-t-il poursuivre sa route vers plus de compétences ordinairement dévolues aux soignants ?

3.2. Les aides-soignantes : quelle place et quel rôle en soins primaires ?

Les Ssiad emploient environ 33 000 salariés, dont les coordinatrices, directrices, secrétaires médicales, etc. Comparativement, il y a environ 123 000 infirmières libérales en France. De fait, si l'ensemble du territoire est relativement bien couvert – mais de façon inégale – par des infirmières à domicile, exception faite des déserts médicaux, la couverture par les Ssiad est beaucoup plus parcellaire. Aussi, les aides-soignantes sont-elles les moins nombreuses en soins primaires parmi les trois groupes professionnels enquêtés.

3.2.1. Le Ssiad comme seul horizon

L'impossibilité pour elles de s'installer en libéral et leur absence totale des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé font des Ssiad les seules organisations possibles pour exercer. Pourtant, ce travail de *caring*, dans lequel des connaissances médicales sont néanmoins nécessaires, semble plus proche du cœur de métier des aides-soignantes que des infirmières pour la grande majorité des personnes dépendantes ayant besoin d'une intervention quotidienne. Finalement, qu'est-ce qui justifie que sur des territoires différents un même soin soit tantôt réalisé par une infirmière tantôt par une aide-soignante, et tantôt par une aide à domicile ?

Le Ssiad et son mode de fonctionnement posent un cadre unique d'exercice pour les aides-soignantes qui, à l'instar des aides à domicile, ne permettent pas un exercice à plein temps, comme l'explique Sylvie :

« On s'est dit que c'était complètement inconfortable de travailler à plein temps, dans ces conditions-là, et on le mesure tous les étés. [...] On a la confirmation de la chose, au bout de deux mois, les soignants sont fatigués. Avoir des horaires coupés [discontinus], ce n'est quand même pas évident, même si ça laisse du temps libre dans la journée, ce n'est pas tout à fait la même chose que de venir 8 heures au bureau. »

Sylvie, 51 ans,
directrice d'un Ssiad rural dans les Pays de la Loire

Les aides-soignantes et les Ssiad témoignent aussi d'un sentiment de manque de reconnaissance de la part des pouvoirs publics et des autres professionnels de santé.

« - Avec le temps, je dirais que ce que j'aime le moins, c'est peut-être parfois un peu le manque de reconnaissance par rapport à notre métier.
- De la part de qui ?
- Beaucoup de la part du corps médical. Plus du corps médical, que des patients. »

Sylvie, 51 ans,
directrice d'un Ssiad rural dans les Pays de la Loire

Encore une fois, pour nombre des enquêtées, la crise sanitaire aura illustré leur rôle secondaire pour les pouvoirs publics qui ont d'abord fourni du matériel aux médecins généralistes, puis aux infirmières, et ensuite aux Ssiad.

« On a toujours l'impression d'être les petits derniers comme ça. On ne s'occupe pas trop de nous. Par contre, les personnes prises en charge, elles apprécient énormément notre service, ça leur permet de rester à domicile, elles en sont bien conscientes et donc, du coup, ça se passe très bien avec les personnes prises en charge et les familles généralement. Mais bon, j'ai envie d'évoquer ce qu'on

vit actuellement, par rapport au Covid-19, par rapport à l'ARS. Pour avoir des masques, on n'est pas vraiment prioritaires, faut se battre pour dire qu'on existe et qu'on a aussi besoin de masques parce qu'on est aussi un service de soins quoi ! »

Marie, 53 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Minoritaires en soins primaires, peu reconnues et encore trop souvent confondues avec des services d'aide à domicile par certaines infirmières libérales (Feyfant, 2016) et certains généralistes, les aides-soignantes n'ont pas de rôle précisément défini en soins primaires et se situent dans un entre-deux. Lorsqu'aucun Ssiad n'existe sur un territoire, leurs tâches sont alors récupérées par des infirmières ou des aides à domicile.

3.2.2. Un cœur de métier qui semble pourtant correspondre le mieux au domicile

Les aides-soignantes n'ont, contrairement aux infirmières, pas de rôle propre²⁴. De nombreuses aides-soignantes revendiquent l'écriture d'un rôle propre et une reconnaissance de celui-ci. Cette création de rôle propre serait une porte d'entrée vers une plus grande reconnaissance du métier, une valorisation de leurs tâches, en particulier au domicile, et surtout l'établissement d'une plus grande distance quant à la stricte hiérarchie entre les infirmières et elles.

« - On n'a pas de rôle propre, nous, les aides-soignantes. On ne peut pas travailler sans infirmière en tant qu'aide-soignante, dans les actes de lois et tout ça, l'aide-soignante n'a pas de rôle propre. Alors, normalement, ça aurait dû être changé, mais c'est toujours reculé et c'est vrai qu'on ne peut pas être aide-soignante libérale si on n'a pas une infirmière au-dessus de nous. Oui, avoir vraiment notre rôle propre et non pas le rôle que l'infirmière veut bien nous déléguer...

- Si on voit bien le rôle propre infirmier, ce serait quoi le rôle propre de l'aide-soignant ?

- C'est ce qu'on fait déjà, j'ai envie de dire. Mais justement, on voudrait que ce soit écrit, qu'on ait notre rôle. Parce que là, si les infirmières libérales disent : 'Finalement, cette personne-là, en fin de compte, on va faire la toilette, on prend les soins', nous, on n'a pas de boulot. ».

Mélanie, 39 ans,
aide-soignante dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Cette position d'entre-deux, propre aux aides-soignantes en soins primaires, ne signifie néanmoins pas qu'elles sont, d'un point de vue global, inutiles, bien au contraire. Elles sont particulièrement formées à la toilette, aux soins d'hygiène délégués par les infirmières, et revendiquent le monopole des qualités relationnelles à l'hôpital. De plus, les Ssiad semblent permettre plus facilement l'accès à des formations en gérontologie ou d'accompagnement des patients atteints de certaines pathologies comme Alzheimer. Finalement, si l'on ajoute à cet ensemble le fait qu'en Ssiad, les aides-soignantes ont un temps d'intervention beaucoup plus long, par rapport au nombre de tâches réalisées, que les infirmières et les aides à domicile, tout porte à penser que ce métier est celui qui correspond le plus aux besoins du domicile. Pour autant, les tendances actuelles des politiques publiques semblent favoriser la formation des aides à domicile qui font de plus en plus de toilettes. De plus, les infirmières continuent largement à prendre en charge des toilettes, notamment lorsqu'elles sont en sureffectifs sur un territoire. Ainsi, repenser la division du travail en soins primaires nécessiterait de remettre au centre de la réflexion le rôle des aides-soignantes.

²⁴ Voir la partie 1.3 « Un rôle propre », page 29.

3.3. Les infirmières : des dynamiques plurielles en tensions

« Je vois un métier avec beaucoup de connaissances, de la technique, maintenant, je vois le métier à part entière, [...] je vois l'infirmière comme un rôle central au sein d'une équipe de soins. Techniquement, on peut faire de la coordination...
- Vous disiez que la formation d'IPA a transformé cette vision ?
- Complètement. Parce que je m'en rendais un peu compte mais peut-être que je n'osais pas trop le dire. Mais avec le leadership infirmier, j'ai peut-être plus de facilité à le dire et à mettre en place des choses. »

Faiza, 34 ans,
infirmière en CMS dans un quartier populaire de région parisienne

Faiza est déjà infirmière Asalée dans un CMS et en deuxième année de master IPA. Elle incarne cette branche des infirmières au cœur des transformations du métier, à la croisée de dynamiques parfois en tensions. Si cette enquête n'aura pas permis d'être complètement exhaustifs sur l'ensemble des manières de concevoir le métier dans le futur, les entretiens avec des professionnelles en soins primaires offrent quelques pistes d'évolution.

3.3.1. Vers une infirmière pivot ?

Dans un contexte de montée en compétence des aides à domicile, de volonté d'une partie des infirmières et des médecins de construire plus de pluriprofessionnalité, encouragés en cela par les pouvoirs publics, un certain nombre d'infirmières se tournent vers des rôles de coordinatrices, de directions d'organisations locales, etc. Ce déplacement du métier semble correspondre à une montée en responsabilité de la profession, laquelle est liée à une plus grande acceptation de leur autonomie par certains médecins. De plus, accéder à ce type de poste s'accompagne pour les infirmières d'une certaine vision du rôle infirmier en soins primaires. Un rôle qui prend en compte l'existence d'autres professionnelles, qui conçoit une certaine division du travail et qui l'assume. Ainsi, Marine et Mireille témoignent de ce que représente pour elles le passage d'infirmière à coordinatrice ou directrice. Pour la première, c'est la possibilité de continuer à travailler en équipe comme à l'hôpital sans pour autant devoir subir les conditions de travail de cette organisation. C'est retrouver du sens à son métier, se sentir utile au sein d'une organisation qu'elle juge éthique :

« On va dire que c'est plus acceptable pour moi d'exercer en tant qu'infirmière sur ce poste-là parce que, justement, j'ai un peu plus aussi la possibilité d'aider, sans avoir cette pression financière des hôpitaux, des grands groupes. En plus, on est une association, une petite structure. C'est plus simple pour moi d'accepter d'être dans le système dans cette organisation-là. »

Marine, 26 ans,
infirmière coordinatrice d'un Ssiad en région parisienne

Mireille, en tant que directrice d'un CSI, comme Dounia, directrice du CSI-Ssiad, partagent cette vision de l'infirmière pivot responsable de la coordination des soins. Cette vision est d'autant plus renforcée par l'appartenance de Mireille à un centre de santé qui véhicule une approche populationnelle mettant l'accent sur la prévention. On retrouve ici le modèle anglais des infirmières en soins primaires qui figurent parmi les plus qualifiées et possèdent des compétences de prescription importantes (Bourguet, Marek et Mousquès, 2005).

« C'est un projet qui date de 2000. Compte tenu de la mise en place de la démarche de soins infirmiers, l'idée était une évaluation faite au départ par l'infirmière : aller voir si tout ce qui est toilette est du ressort de l'infirmière ou plutôt d'une aide à domicile ou d'une auxiliaire de vie. Une aide à domicile formée quand même ! S'il s'agit juste de faire de l'aide à la douche ou une toilette au lavabo... une auxiliaire de vie en est capable. Et l'infirmière passe une fois par semaine pour faire un bilan. Ça ne s'est pas fait parce que les syndicats de libéraux sont montés au créneau. Or je trouve que l'infirmière peut avoir un rôle assez pivot d'évaluer et de contrôler le suivi. »

Mireille, 53 ans,
infirmière, directrice d'un centre de soins infirmiers en Bretagne

L'exercice en CMS est aussi pour les infirmières l'expérience d'une montée en compétences ou, du moins, d'une utilisation plus grande de leur registre de compétences. Ces infirmières, proches des médecins, se sentent davantage consultées, écoutées et sollicitées et partagent le sentiment de « ne plus être des exécutantes ».

« - Le métier d'infirmière a-t-il changé depuis que vous avez commencé en 1995 ?
- Oui, même si j'ai fait des choses très différentes, je trouve quand même que le métier a changé. Depuis que je suis à [ville], je trouve qu'on est de plus en plus sollicitées, c'est une évidence, en partie par les médecins, beaucoup les médecins, la direction, les cadres. On pallie de plus en plus un manque de médecins, on nous demande de prendre de plus en plus de choses en charge. Avant, le médecin disait et l'infirmière n'était qu'une exécutante. Je trouve quand même qu'on est plus sollicitées maintenant. »

Florence, 48 ans,
infirmière en CMS dans un quartier populaire de région parisienne

L'organisation même des centres de santé, ainsi que leur manière d'appréhender les soins et la médecine, permettent cette reconfiguration de l'exercice soignant. Mais au-delà des centres de santé, Florence souligne bien que l'exercice infirmier dépend, d'une part, du type d'organisation et de la marge de manœuvre qui leur est donnée. Elle raconte, par exemple, sa précédente expérience dans un Ehpad dans lequel la direction laissait une grande liberté d'action aux infirmières et les encourageait dans l'entreprise de projets.

« Ça dépend beaucoup de la direction, s'ils sont sensibles aux soins ou pas. Une directrice très intéressée par le soin, par la prise en charge globale, permet aussi de travailler plus en globalité avec le patient. Elle nous laissait mettre en place des ateliers esthétiques, des ateliers coiffures, pas mal de choses... des ateliers cuisine, on a participé à un concours qui a eu lieu au Louvre pour faire la meilleure soupe... Plein de projets, c'était bien. L'infirmière était un petit peu au centre de tout ça. On mettait en place tout ça en fait, on travaille aussi sur la charge de travail et comment améliorer les choses pour la prise en charge des patients. On travaille beaucoup aussi sur les menus, sur l'animation, enfin, le rôle est vraiment très varié. »

Florence, 48 ans,
infirmière en CMS dans un quartier populaire de région parisienne

Ce métier d'infirmière axé sur la coordination, l'organisation des parcours de soins, avec une place plus importante dans la division du travail, semble correspondre à une des directions que peut potentiellement prendre une partie des infirmières en soins primaires.

3.3.2. Un retour de l'infirmière visiteuse ?

La deuxième dynamique que nous souhaitons mettre en lumière, spécifique aux soins primaires, reprend l'idée selon laquelle l'infirmière devient responsable de la prise en charge du patient et de son parcours de soins. Néanmoins, cette approche se distingue de la précédente puisque le rôle infirmier porte moins sur l'aspect organisationnel ou de coordination, mais plutôt sur une implication auprès du patient sur l'ensemble des soins. Il s'agit là d'une approche moins médico-centrée qui recoupe le registre de la conception holiste humaniste du métier.

L'infirmière a ainsi une responsabilité sociale sur un territoire, et on retrouve cette conception parmi les infirmières des CSI ou Asalée en MSP. Avec une approche populationnelle, et ajoutant à leur travail quotidien des projets de prévention, d'accompagnement et d'éducation thérapeutique, ces infirmières se rapprochent du modèle anglo-saxon des *community matrons*.

« La relation que je peux avoir avec les patients dont je m'occupe depuis longtemps [est très importante]. On parle toujours de distance, il faut qu'on soit dans la bonne distance, qu'on ait une distance professionnelle avec nos patients mais on est dans un cadre où on voit les gens tous les jours. Et finalement, cette relation où la personne est contente de voir l'infirmière venir et accepte facilement les soins... plus et on est contente quand on repart, c'est quelque chose qui pour moi est unique à domicile parce que la personne, elle choisit toujours de nous faire venir donc pour moi, c'est ça qui me plaît le plus dans mon métier, la construction de la relation de confiance avec le patient. »

Marianne, 26 ans,
infirmière référente qualité dans un CSI en Bretagne

Néanmoins, à la différence des *community matrons* au Royaume Uni, ces infirmières n'hésitent pas à réaliser les tâches habituellement déléguées aux autres groupes professionnels, comme les toilettes ou même la préparation de certains repas.

« Pour prendre soin, faire chauffer un petit déjeuner, nous aussi, on a des gens Alzheimer... on ne va pas attendre que l'auxiliaire passe. Le matin, si on ne le fait pas, ils ne déjeuneront pas, ces gens-là. Donc on fait chauffer de l'eau, on met un truc de thé dedans, deux petits suisses et puis une banane, c'est ce que je fais le matin. »

Catherine, 54 ans,
infirmière libérale Asalée,
membre d'une MSP dans une petite ville de l'est de la France

De fait, dans le contexte d'universitarisation des infirmières, la question du contenu des formations infirmières de pratique avancée se pose. En effet, se dirige-t-on plutôt vers une montée en compétences techniques et, par conséquent, vers des infirmières cliniciennes, ou vers une montée en compétences relative aux soins primaires orientée vers des approches populationnelle, globale et sociale des territoires et des populations ?

« - Et alors qu'est-ce que vous en pensez de vos collègues Asalée et IPA ?
- Moi, je trouve ça très bien. Après, je n'ai pas bien compris la différence entre Asalée et IPA. J'ai du mal, Asalée j'ai bien compris, mais je n'ai pas encore bien compris quel est le rôle de l'IPA. Je crois que ça répond aussi, malheureusement, à un manque de médecins. »

Florence, 48 ans,
infirmière en CMS dans un quartier populaire de région parisienne

Cette question semble avoir d'autant plus d'importance qu'elle croise celle de la division du travail, de l'hétérogénéité des pratiques exposées dans ce rapport. Selon les registres de conceptions des professionnelles, des formes d'organisation, des modèles de rémunération et de la composition en offre de soins sur les territoires, la division du travail prend des directions différentes qui représentent autant de défis pour les politiques publiques et les groupes professionnels concernés.

Quasiment absents de notre enquête, les cabinets hyper-spécialisés, avec des logiques marchandes et entrepreneuriales, représentent également une dynamique du métier d'infirmière. Cette dynamique est en partie permise par le modèle libéral et le paiement à l'acte, et semble difficilement compatible avec les autres formes d'organisation et le développement, par exemple, de l'HAD.

De plus, si une grande partie des infirmières se sont installées en libéral pour s'éloigner du modèle hospitalier et, notamment, des relations hiérarchiques avec les médecins, une partie d'entre elles, en soins primaires, effectuent un fort rapprochement avec les médecins en étant membres de MSP ou en travaillant dans des CMS. Elles se distinguent ainsi de leurs homologues, nombreuses, qui cherchent avant tout à maintenir leur indépendance et leur autonomie.

Dans le contexte de transformation que traversent les soins primaires, les professionnelles du domicile sont rarement mises en valeur par les pouvoirs publics ni directement concernées par les expérimentations. Cette étude contribue à mettre en lumière l'organisation de leur travail, dont l'articulation se heurte à la fois à l'hétérogénéité de l'offre de soins sur les territoires, aux modes de financement actuels qui limitent l'exercice de certaines professionnelles ou entretiennent des concurrences, ainsi qu'aux dynamiques professionnelles caractérisées par des processus de professionnalisation qui se font au détriment du développement de la coordination.

Malgré ces difficultés souvent enchevêtrées, certaines professionnelles parviennent à se coordonner. Elles sont aidées en cela par un travail d'intégration des services dans lesquelles elles exercent, grâce à une gouvernance particulière et une approche populationnelle, mais aussi via des dispositifs contribuant à la construction d'une culture commune, comme les formations pluriprofessionnelles, les réunions plurisectorielles, ou l'intervention de professionnelles « passeuses » entre plusieurs mondes. Ces expériences concrètes étant portées par des acteurs engagés localement, il semble nécessaire de s'interroger sur la capacité des évolutions organisationnelles et réglementaires, en cours ou à venir, à faciliter le développement de ces coopérations à plus grande échelle.

Bibliographie

- ACKER F.** (2005). « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital ». *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 161-181.
- ACKER F., ARBORIO A.-M.** (2004). « Infirmière et aide-soignante ». *Dictionnaire de la pensée médicale*, p. 646.
- ARBORIO A.-M.** (2001a). « Un personnel invisible », *Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos-Economica, (coll. Sociologiques), rééd. 2012, 334 p.
- ARBORIO A.-M.**, (2002). « Les aides-soignantes, catégorie d'assistance aux professionnels : une impossible professionnalisation ? ». *Santé publique et sciences sociales*, n° 8, p. 203-216.
- ARBORIO A.-M.**(2009). « 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot » », dans *Sociologie des groupes professionnels*. Paris : La Découverte, p. 51-61.
- ARBORIO A.-M., DIVAY S.** (2018). « Aides-soignantes et infirmières, au cœur de l'hôpital ». *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, n° 12, p. 10-10.
- ARLIAUD M.**, (1987). *Les médecins*. Paris : La Découverte-FeniXX.
- AVRIL C.** (2012). « Ressources et lignes de clivage parmi les aides à domicile ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 191-192, 1, p. 86-105.
- AVRIL C.** (2014). *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*. Paris : La Dispute, coll. Corps santé société, 2014, 288 p.
- BAUDIER F., BOURGUEIL Y., EVRARD I., GAUTIER A., LE FUR P., MOUSQUÈS J.**, (2010). « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 157, septembre.
- BERLAND Y.** (2003). *Rapport « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*. Observatoire national de la démographie des professions de santé.
- BEZES P.** (2015). *Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*. Paris : Puf, (collection le lien social).
- BLOY G., HERZLICH C., SCHWEYER F.-X.** (2010). *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- BOUCHAYER F.** (1994). « Les voies du réenchancement professionnel », dans P. Aïach et D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoirs et quête de légitimité*. Paris : Anthropos, p. 201-225.
- BOURGEUIL Y., MAREK A., MOUSQUÈS J.** (2005). « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 95, juin.

- BOURGUEIL Y., MAREK A., MOUSQUÈS J.,** (2009). « La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français ». *Santé publique*, n° 21, hs1, p. 27-38.
- CAPUANO C.** (2017). « De l'aide à domicile aux services à la personne ». *Vie sociale*, n° 17, 1, p. 13-29.
- CAPUANO C.,** (2018). *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*. Paris : Presses de Sciences Po, 606 p.
- CARRICABURU D., MÉNORET M.** (2004). *Sociologie de la santé. Institutions, professions, maladies*. Paris : Armand Colin.
- CHAUVENET A.** (1974). « L'infirmière hospitalière : technicienne ou travailleur social ». *Projet*, n° 90, p. 1137-1148.
- COLIN M.-P., ACKER D.** (2009). « Les centres de santé : une histoire, un avenir ». *Santé Publique*, Vol. 21, hors-série n° 1, p. 57-65.
- DIEBOLT E., FOUCHÉ N.,** (2011). *Devenir infirmière en France : une histoire atlantique, 1854-1938*. Saint-Denis : Editions Publibook, 342 p.
- DIVAY S., GIRARD L.** (2019). « Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs chefs ». *Recherche en soins infirmiers*, n° 139, 4, p. 64-83.
- DOUGUET F., FILLAUT T., HONTEBEYRIE J.** (2016). *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*. Paris : L'Harmattan.
- DOUGUET F., VILBROD A.** (2006). « Le métier d'infirmière libérale ». Drees, *Document de travail, série Études*, n° 58.
- DOUGUET F., VILBROD A.** (2018). *Les infirmières libérales. Une profession face au défi des soins à domicile*. Paris : Seli Arslan.
- ENNUYER B.** (2003). « Les aides à domicile : une profession qui bouge ». *Gérontologie et société*, vol. 26, n° 104, 1, p. 135-148.
- ENNUYER B.** (2012). « Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile ». *Gérontologie et société*, vol. 35, n° 142, 3, p. 143-156.
- FERONI I.** (1994). « Les infirmières hospitalières. La construction d'un groupe professionnel ». Thèse de doctorat en sociologie. <http://www.theses.fr/1994NICE2009Feroni I.>, (2000) 2. *L'identité infirmière vue par ses élites*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- FEYFANT V.** (2016). *Ce que la dépendance fait au métier d'infirmière libérale : ethnographie d'une épreuve de professionnalité*. Thèse de doctorat de sociologie, Toulouse 2.
- FOUCAULT M.** (1963). *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*, Paris, Puf.
- FOURNIER C.** (2014). « Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes ». *Sciences sociales et santé*, n° 32, 2, p. 67-95.
- FOURNIER C.** (2015). *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes*, PhD Thesis, Paris 11.
- FREIDSON E.** (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- GIRARD L.** (2018). *Des femmes en blanc. La « fabrication » des infirmières*, Thèse de doctorat, Bourgogne Franche-Comté.

- GONNET F., CHADENET L., DEQUECKER C.** (1994). « Les processus de stress à l'hôpital, Étude sociologique auprès des infirmières et de leurs partenaires de travail à la demande de l'Institut Gustave Roussy », p. 54.
- GORZ A.** (1988). *Métamorphoses du travail : quête du sens, critique de la raison économique*. Paris : Editions Galilée.
- HASSENTEUFEL P.** (1997). *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*. Paris : Les Presses de Sciences Po.
- HCAAM** (2021), « Rapport du Hcaam sur la régulation du système de santé », Hcaam.
- HOCHSCHILD A.R.** (1979). "Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure". *American Journal of Sociology*, 85, 3, p. 551-575.
- HUGHES E.C.** (1951). "Studying the Nurse's Work". *AJN The American Journal of Nursing*, 51, 5, p. 294-295.
- HUGHES E.C.** (1996). *Le regard sociologique*. Paris : EHESS.
- JANY-CATRICE F., PUISSANT E., RIBAUT T.** (2009). « Associations d'aide à domicile : pluralité des héritages, pluralité des professionnalités ». *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, n° 107, p. 77-91.
- KNIBIEHLER Y., LEROUX-HUGON V.** (1984). *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française, 1880-1980*. Paris : Hachette littérature.
- LADA E.** (2011). « Les recompositions du travail d'aide à domicile en France ». *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, n° 115, p. 9-23.
- LAFORGE G.** (2005). « Professions sociales. Le statut d'emploi des intervenant (e) s à domicile dans le champ de l'aide et des services aux personnes : quelques réflexions sur une politique du gisement d'emplois ». *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, p. 290-303.
- LECHEVALIER-HURARD L.** (2015). *Etre présent auprès des absents : ethnographie de la spécialisation des pratiques professionnelles autour de la maladie d'Alzheimer en établissement d'hébergement pour personnes âgées*. Thèse, Sorbonne Paris Cité.
- LERT F.** (1996). « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? ». *Sciences sociales et santé*, n° 14, 3, p. 103-115.
- MAGNON R.** (1991). *Léonie Chaptal : 1873-1937 : la cause des infirmières*. Paris, France, Ed. Lamarre, 180 p.
- MATHIEU-FRITZ A.** (2021). *Le praticien, le patient et les artefacts. Genèse des mondes de la télémédecine*. Paris : Presses des Mines (Collection sciences sociales).
- MICHEL L., OR Z.** (2020). « Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays. ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 248, 8 p.
- MIDY F.** (2003). « Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières : revue de la littérature 1970-2002 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 65, p. 1-4.
- MOYAL A.** (2020). « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 103-123.
- PETTITAT A.** (1989). « Les infirmières. De la vocation à la profession ». Montréal : Boréal.
- PETTITAT A.** (1992) « La profession infirmière. Un siècle de mutations », *Les professions de la santé*, p. 161-186.

- RAVON B., JACQUES I.**, (2012). *Les travailleurs sociaux*. Paris : La Découverte.
- SALIBA J., OUVRY-VIAL B., BON-SALIBA B.** (1993). *Les infirmières : ni nonnes, ni bonnes*. Paris : Syros.
- SAPIRO G.** (2007). « La vocation artistique entre don et don de soi ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 168, n°a 3, p. 4-11.
- SARRADON-ECK A.**, (2010). « 'Qui mieux que nous ? ' Les ambivalences du 'généraliste-pivot' du système de soins ». *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP, p. 253-270.
- SARRADON-ECK A., VEGA A., FAURE M., HUMBERT-GAUDART A., LUSTMAN M.** (2008). « Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56, 4, p. S197-S206.
- SCHWEYER F.-X.** (1996), « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste ». *Sciences sociales et santé*, 14, 3, p. 67-102.
- SCHWEYER F.-X.** (2014)., 14 - *L'efficacité collective dans le travail*. Paris : Presses Universitaires de France.
- VÉGA A.** (2000). *Une ethnologue à l'hôpital : l'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Éditions des archives contemporaines (Une pensée d'avance), 212 p.
- VIGNERON E.** (2014). *Les centres de santé : une géographie rétro-prospective*. Paris : FE-HAP.
- WENNER M.** (1988). *Pourquoi et comment devient-on infirmière ?* Paris : Ed. Lamarre.

Les dernières publications de l'Irdes



- **Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires**
Suchier M., Michel L., avec la collaboration de Fournier C.
Questions d'économie de la santé numéro n° 263. Novembre 2021
- **Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer**
Bourgeois I., Morize N., Fournier C.
Questions d'économie de la santé n° 262. Octobre 2021



- **The Public-Private Mix in France: Implications and Current Debates**
Pierre A., Or Z.
Document de travail n° 86. Novembre 2021
- **Impact de la concurrence sur la qualité des soins hospitaliers : l'exemple de la chirurgie du cancer du sein en France**
Or Z., Touré M., Rococo E., Bonastre J.
Document de travail n° 85. Septembre 2021



- **Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie, Pays-Bas).**
Michel L., Or Z.
Rapports Irdes, série Études de cas : 1.1 Italie (n° 573), 1.2 Pays-Bas (n° 576), 1.3 Angleterre (n° 578), 1.4 États-Unis (n° 580) et 1.5 Allemagne (n° 582)
- **Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa).** Rapport final
Or Z., Bricard D., Penneau A.
Rapport Irdes n° 575. Novembre 2020

Abonnements-Diffusion : Irdes 117bis rue Manin 75019 - Paris
www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 06/17 – Fax : 01 53 93 43 07
Contact : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Marie-Odile Safon

Documentaliste : Véronique Suhard

Assistant de documentation : Damien Le Torrec

Un fonds documentaire spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. composé de 16 000 ouvrages, 200 périodiques, 1 600 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics de York...), et de dossiers thématiques permettant de revisiter l'actualité de la santé depuis les années 1980.

Des produits documentaires à consulter sur le site internet www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Consultation du fonds documentaire sur rendez-vous au 01 53 93 43 56/01.

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes <http://www.irdes.fr>

Contact : contact@irdes.fr

- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : www.irdes.fr/presse/lettre-d-information-de-l-irdes-historique.html
Elle est également disponible dans une version anglaise semestrielle : www.irdes.fr/english/newsletter-in-health-economics-chronology.html
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Veille scientifique en économie de la santé et Actualités santé et protection sociale, deux veilles thématiques bimensuelles, l'une bibliographique réalisée à partir de la littérature scientifique en santé, l'autre de la presse santé en ligne ; et aussi des synthèses thématiques...

Pratiques paramédicales en soins primaires

Étude qualitative auprès d'infirmières, d'aides-soignantes et d'aides à domicile

A lors que la crise sanitaire a rappelé avec acuité l'importance de la prise en charge à domicile de personnes atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie, cette enquête sociologique qualitative, réalisée en 2020, propose de plonger dans le quotidien de trois groupes professionnels (aides à domicile, aides-soignantes et infirmières) intervenant dans les soins à domicile, et qui sont rarement mis sur le devant de la scène.

En resituant les groupes professionnels étudiés dans une perspective socio-historique, nous montrons combien les rapports interprofessionnels aujourd'hui sont le fruit de processus de professionnalisation différenciés et de degrés d'autonomisation vis-à-vis de la médecine, du travail social ou encore des emplois domestiques.

Il s'agit ensuite de décrire le travail ordinaire des professionnelles étudiées, avant de saisir les rapports qu'elles entretiennent entre elles, dans différents contextes d'exercice. Leur travail et leurs relations professionnelles apparaissent étroitement liés à la structuration de l'offre de soins à domicile, aux modes de financement de leur exercice et à des hiérarchies implicites entre les professionnelles, dressant de nombreux obstacles à la mise en place d'un exercice coordonné. Certaines organisations s'appliquent toutefois à favoriser l'émergence de dynamiques interprofessionnelles, même si leurs tâches restent entravées par la prééminence de dynamiques mono-professionnelles.