

dossiers solidarité et santé

similar papers at core.ac.uk

Hors-série 2007

provide



LES CONDITIONS DE TRAVAIL DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

sommaire

Les conditions de travail dans les établissements de santé

dossiers solidarité et santé • Hors-série 2007

INTRODUCTION 5

DOSSIER

Conditions de travail et relations avec le public
dans les établissements de santé en 2003

Romuald LE LAN

avec la collaboration de David BATES, Perrine BAUER,

Aude BOLLEYN et Céline CLÉMENT

7

Les relations hiérarchiques en établissements de santé

Nicolas JOUNIN et Loup WOLFF

23

Perceptions du travail et identité professionnelle
chez les médecins salariés et libéraux

Anne VEGA

41

Les infirmières libérales et les autres professionnels
du secteur sanitaire et social :
une coopération jamais acquise,
toujours à construire et à reconstruire

Alain VILBROD et Florence DOUGUET

51

introduction

Les conditions de travail dans les établissements de santé

dossiers solidarité et santé • Hors-série 2007

Ce hors-série, est le dernier *Dossiers solidarité et santé* imprimé sous forme papier. Les articles seront désormais publiés en version électronique sur le site du ministère : <http://www.sante.gouv.fr/rdees/dossier-solsa/doc.htm>

Ce numéro hors-série est ici consacré aux conditions de travail dans les établissements de santé.

Tout d'abord, *Romuald Le Lan, David Bates, Perrine Bauer, Aude Bolleyn et Céline Clément* se sont interrogés sur les conditions de travail et les relations avec le public dans les établissements de santé en 2003. Par rapport à l'ensemble de la population active, les actifs hospitaliers ont la particularité d'être particulièrement exposés au contact direct avec le public extérieur, ce qui est globalement associé à des conditions de travail plus soutenues. Ceux exerçant en service d'urgence et, davantage encore, en psychiatrie sont les plus exposés aux agressions du public. Les agressions subies s'accompagnent plus fréquemment d'un vécu au travail plus difficile. Une typologie du personnel en lien avec le public a permis de mettre en évidence deux profils qui confirment cette tendance : les « accumulateurs de charges » soumis à des charges physiques et mentales qui déclarent vivre davantage de situations pénibles avec les patients, et les « encadrés solidaires » qui confient plus s'entraider et subir moins de contraintes de rythme, tout en vivant davantage de moments positifs avec les patients.

Dans un second temps, *Nicolas Jounin et Loup Wolff* examinent les relations hiérarchiques en établissement de santé afin de dissocier différentes formes de pouvoir qui se tissent dans les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Une population de « chefs » très hétérogène a été identifiée, au sein de laquelle tous n'exercent pas des fonctions d'encadrement. Ces « chefs » ont été répartis en quatre classes : les gouvernants, notamment des médecins libéraux et des cadres de direction du privé, assument l'ensemble de ces ressources hiérarchiques ; les « surveillants », essentiellement des cadres de santé ou infirmiers, s'estiment surtout investis de responsabilités en matière d'horaires, d'organisation et d'évaluation du travail ; l'autorité des « experts », en majorité composée d'infirmières mais aussi de médecins salariés, s'appuie sur leur savoir-faire médical technique ; enfin, les « autres », pour lesquels les contours des responsabilités hiérarchiques restent flous.

Anne Vega s'attachera ensuite à décrire les perceptions du travail et le sentiment d'identité professionnelle chez les médecins salariés et libéraux. En médecine, la charge de travail varie selon les spécialisations, les types de clientèle soignées et les degrés de responsabilité engagée. À cet égard, la médecine hospitalière semble faire figure de modèle professionnel. En revanche, l'ensemble des médecins issus des spécialités les moins prestigieuses (urgentistes, gériatres hospitaliers) et les praticiens travaillant dans des régions peu médicalisées, partagent de nombreuses difficultés d'exercice avec les médecins généralistes. Cependant, tous les groupes de médecins témoignent de sentiments communs d'une perte de pouvoir, sous la double pression des pouvoirs publics et des usagers. D'où l'importance de maintenir au quotidien des réseaux d'entraide médicaux et des sous-spécialisations, qu'ils soient ou non formels.

Enfin, *Alain Vilbrod et Florence Douguet* examinent le cas des infirmières libérales qui entretiennent des relations régulières avec les multiples autres professionnels (libéraux ou salariés) qu'elles côtoient dans leur exercice quotidien. Avec les médecins généralistes, la communication est parfois difficile et elles sont souvent passées maître dans le fait de résister à leur domination, sans heurts et sans confrontations directes, pour parvenir à leurs fins. Leur bonne connaissance de la vie des patients et de leurs besoins représente un atout quand il y a divergence de vue. Avec les pharmaciens, on observe des jeux d'alliance et d'entente implicites assez surprenants. Avec les personnels en charge des soins et des aides à domicile, se dessinent des enjeux de défense de leur périmètre professionnel. Cela les amène tantôt à des collaborations effectives, tantôt à des relations tendues et marquées par la méfiance.

CONDITIONS DE TRAVAIL ET RELATIONS AVEC LE PUBLIC DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2003

Romuald LE LAN*

avec la collaboration de David BATES, Perrine BAUER, Aude BOLLEYN et Céline CLÉMENT**

*Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement

Ministère de la Santé et des Solidarités

DREES

**Élèves à l'ENSAI (École nationale de la statistique, de l'analyse et de l'information)

La DREES a réalisé en 2003 une enquête sur les conditions et l'organisation du travail dans les établissements de santé, auprès de 5 000 actifs hospitaliers.

Par rapport à l'ensemble de la population active, ceux-ci ont la particularité d'être particulièrement exposé au contact direct avec le public extérieur, ce qui est globalement associé à des conditions de travail plus soutenues.

Au sein des personnels hospitaliers en contact avec le public, ceux exerçant en service d'urgence et davantage encore en psychiatrie sont les plus exposés aux agressions du public.

En outre, les relations avec les patients et les conditions de travail déclarées sont liées. Ainsi, des agressions subies s'accompagnent plus fréquemment d'un vécu au travail plus difficile.

Une typologie du personnel en lien avec le public a permis de mettre en évidence deux profils qui confirment cette tendance : les « accumulateurs de charges » et les « encadrés solidaires ».

Les premiers sont plus fréquemment soumis à des charges physiques et mentales, apprécient moins bien leur environnement de travail et déclarent vivre davantage de situations pénibles avec les patients.

À l'opposé, les seconds disent plus s'entraider et subir moins de contraintes de rythme, tout en vivant davantage de moments positifs avec les patients.

La DREES a réalisé en 2003 une enquête sur les conditions et l'organisation du travail dans les établissements de santé, auprès de 5 000 actifs hospitaliers (encadré 1). Les précédentes études effectuées sur cette enquête portaient sur les conditions de travail dans les établissements de santé (Le Lan, 2005 et Le Lan, 2004), le vécu du passage à la réduction du temps de travail (Le Lan, 2006), une étude spécifique sur l'âge (Dumas, Le Lan, 2006), ainsi que d'autres études sociologiques portant sur des thèmes précis des conditions de travail (Documents de travail, 2005). Le présent article s'intéresse aux relations entretenues avec les patients, et plus généralement avec le public.

AU CONTACT AVEC LE PUBLIC, DES CONDITIONS DE TRAVAIL PLUS SOUTENUES

Dans l'ensemble de l'économie, les conditions de travail des salariés en contact avec les personnes extérieures présentent quelques particularités (Guignon, Hamon-Cholet, 2003) : les horaires sont plus souvent irréguliers, le rythme de travail est plus souvent contraint par les demandes extérieures ; et si l'autonomie est un peu plus importante, les tensions liées au travail en équipe sont plus fréquentes. Ces caractéristiques sont également celles du personnel hospitalier en contact avec le public.

Déclarer être en contact avec le public dépend surtout de l'activité exercée au sein de l'établissement

En 2003, 85,5 % des actifs des établissements de santé déclarent soit être en contact direct avec des patients, y compris par téléphone, soit être « en permanence » ou « régulièrement » en contact direct avec d'autres types de public. Ce chiffre est tout à fait comparable aux 85,4 % des mêmes actifs qui déclaraient en 1998 être en contact direct avec le public. Dans le reste du personnel, 6,1 % qualifient

d'« occasionnel » le contact avec d'autres publics et 8,4 % déclarent n'en avoir aucun.

Les personnels en contact au moins « régulier » avec le public sont d'abord ceux qui exercent une activité soignante ou médicale, cœurs de métier des établissements de santé. C'est le cas de la quasi-totalité des médecins, des infirmières et des aides-soignantes, mais aussi de 73 % des « autres professions intermédiaires » et des « autres employés », et de près d'un ouvrier sur deux (pour un détail des définitions des catégories socioprofessionnelles, voir encadré 1). En outre, les services de psychiatrie, de gériatrie, d'hospitalisation, d'urgences et de réanimation sont ceux qui abritent le plus de personnels en relation avec le public (plus de 97 %), devant le bloc opératoire et le service médico-technique (88 %) et l'ensemble des services non soignants (55 %).

Outre la profession et le service, d'autres caractéristiques distinguent le personnel¹. Tout d'abord, les personnes qui ont des horaires de travail mixtes (de jour et de nuit) travaillent plus souvent au contact du public que celles qui exercent exclusivement de jour ou de nuit. En outre, les plus de 50 ans déclarent avoir moins de relations avec le public (80 % contre 87 % pour les autres) – ce constat peut être rapproché de l'hypothèse de recherche selon laquelle la pénibilité des condi-

tions de travail s'amointrit avec l'âge². Les actifs du secteur public sont également un peu moins en contact avec le public que ceux des secteurs privés, lucratifs et non lucratifs (85 % contre 87 %). Plus étonnant, le personnel à temps partiel déclare plus souvent être en relation avec les patients ou d'autres publics (92 % contre 84 % de ceux qui exercent à temps plein). Enfin, les actifs qui ont des enfants vivant au foyer déclarent plus souvent être en contact avec le public (89 % contre 81 % de ceux qui n'en ont pas). Mais le fait que l'isolement au travail soit plus marqué chez les personnes sans enfants n'est pas spécifique au seul secteur de la santé.

Le contact avec le public est fortement lié à des déplacements à pied longs ou fréquents

En 1998, le sentiment d'être soumis à des charges physiques intenses était fortement ressenti dans les secteurs de la santé et de la vente³, deux secteurs très exposés aux relations directes avec le public. Dans les établissements de santé, les déclarations concernant le port de charges lourdes et des autres efforts physiques au travail n'ont globalement que peu évolué entre 1998 et 2003 (Le Lan, Baubeau, 2004).

ENCADRÉ 1 ●

L'ENQUÊTE ET LA POPULATION INTERROGÉE

L'enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital de 2003 a concerné 4 977 actifs des établissements de santé publics et privés, tant soignants que non soignants. Il s'agissait pour l'essentiel de salariés (Le Lan, Baubeau, 2004).

La population interrogée a été regroupée en sept catégories socioprofessionnelles : les médecins, les infirmières (y compris les cadres infirmiers), les autres professions intermédiaires, les aides-soignantes, les agents de service hospitalier, les autres employés et les ouvriers. Les « autres professions intermédiaires » regroupent principalement des spécialistes de la rééducation et les diététiciens, des techniciens médicaux, des professions intermédiaires administratives, des sages-femmes, des psychologues, des préparateurs en pharmacie. Les « autres employés » comprennent surtout des secrétaires et des commis et adjoints administratifs, mais aussi des employés administratifs et des employés des services comptables et financiers.

Pour le besoin de l'étude, les services d'exercice du personnel hospitalier ont également été regroupés, en six grands types de service. Le tableau suivant détaille ces regroupements.

Dénomination du service	Services regroupés
Non soignant	Secteur administratif, secteur hôtelier et services généraux, secteur technique
Bloc opératoire	Bloc opératoire, service médico-technique ou rééducation fonctionnelle
Urgences	Urgences, SAMU, SMUR, Réanimation ou soins intensifs
Hospitalisation	Hospitalisation en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique (MCO), service de consultations externes ou d'hospitalisation de jour
Gériatrie	Secteur de gériatrie, de soins de suite et de réadaptation (SSR), long séjour

1. Les distinctions présentées ici restent vraies toutes choses égales par ailleurs (encadré 2).

2. Nous mettrons en évidence, dans la suite de l'article, que le contact avec le public est lié à des conditions de travail plus difficiles. Sur le thème de l'âge, voir Dumas et Le Lan, 2006.

3. Les comparaisons des chiffres des établissements de santé en 2003 avec ceux de l'ensemble de l'économie en 1998 s'appuient sur les données publiées dans l'article de Guignon et Hamon-Cholet, 2003.

Dans le secteur tertiaire, 72 % des salariés déclaraient, en 1998, être en contact avec le public. Parmi les salariés du tertiaire interrogés sur l'obligation d'effectuer des efforts physiques douloureux au cours du travail, ceux qui sont en contact avec le public se distinguent de ceux qui ne le sont pas. Ainsi, 36 % des salariés du tertiaire en lien direct avec le public déclaraient effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents, contre 27 % de ceux qui ne sont pas dans cette situation.

Dans les établissements de santé, la différence est encore plus élevée : si environ un actif sans contact⁴ sur deux déclare chacune des charges physiques énoncées dans le questionnaire, c'est le cas de trois actifs

en contact sur quatre (graphique 1). Cet écart s'explique néanmoins en grande partie par la différence des activités exercées (encadré 2). Le port de charges lourdes est par exemple largement cité par les aides-soignantes (92 % contre 68 % en moyenne), le personnel des urgences et de réanimation (84 %) ou encore ceux qui déclarent avoir des horaires de jour et de nuit (77 %), des catégories de personnel bien plus souvent en contact avec le public que la moyenne. Ainsi ont une influence marquée sur la déclaration du port de charges lourdes, la profession, le service, le type d'horaire, l'âge et dans une moindre mesure, le statut de l'établissement et la présence d'enfants au foyer (tableau 1). En revanche, le contact avec le

TABLEAU 1 ●
 Régressions catégorielles de conditions de travail
 en fonction de caractéristiques du personnel et du contact avec le public

Personnel hospitalier déclarant...		Profession	Service	Type d'horaire	Statut de l'établissement	Âge (plus ou moins 50 ans)	Présence d'enfants au foyer	Temps de travail	Contact avec le public	Rapport de cote "En contact vs Pas de contact"
Charges physiques	Reste longtemps debout	XXX	XXX	XXX	XXX				0	
	Porter des charges lourdes	XXX	XXX	XXX	X	XXX	X		0	
	Effectuer des mouvements douloureux ou fatigants	XXX	XXX	XXX	XX	X	XX		X	1,35
	Effectuer des déplacements à pied longs et fréquents	XXX	XXX	XXX		XX	XX		XXX	1,73
Charges mentales	Rythme imposé par des normes ou des délais à respecter en une heure au plus	XXX	XXX	XX					X	0,82
	Rythme imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate	XXX	XXX		XXX			X	XXX	1,43
	Devoir fréquemment abandonner une tâche pour une autre	XXX	XXX	XXX	XX	X	XXX	X	XXX	2,54
	Devoir "toujours" se dépêcher	XX	XXX	XXX		XX			XX	1,51
Autonomie	Ne pas pouvoir faire varier les délais fixés	XXX	XXX				XXX		XXX	0,57
	Appliquer strictement les consignes	XXX	XXX		X	XX	XX		0	
	Régler personnellement les incidents	XXX					X	XXX	X	0,80
	Se débrouiller souvent seul dans des situations difficiles	XXX		XX	X				XXX	1,75
Aides et tensions	Être aidé par la hiérarchie en cas de travail délicat	XXX		XXX		X		X	0	
	Être aidé par les collègues en cas de travail délicat	XXX	XX						XXX	1,70
	Vivre des situations de tensions avec la hiérarchie	XXX		XXX			X		XX	1,31
	Vivre des situations de tensions avec les collègues	XXX		X			XX	X	XXX	1,46
	Ne pas disposer d'un temps suffisant pour effectuer correctement leur travail	XXX	XXX	XXX	XX				0	

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, effectuer des mouvements douloureux ou fatigants dépend très fortement de la profession, du service d'exercice et du type d'horaire (symbole 'XXX'), assez fortement du statut de l'établissement et de la présence d'enfants au foyer (symbole 'XX'), et légèrement de l'âge et du contact avec le public (symbole 'X'), mais pas du temps de travail (case vide). Être en contact avec le public multiplie par 1,35 le rapport de probabilité d'effectuer des mouvements douloureux sur celle de ne pas en effectuer. Un rapport plus grand que 1 signifie que le contact avec le public est positivement lié à la condition de travail énoncée. Plus ce rapport augmente, plus le lien est important.

Champ : ensemble des actifs des établissements de santé en 2003.

Sources : DREES, enquête Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé, 2003.

4. Par la suite, « en contact » signifie « en contact direct avec le public » et « sans contact » signifie « n'ayant pas de contact direct avec le public ».

public, qui, toutes choses égales par ailleurs, n'a pas d'influence propre sur le port de charges lourdes, a une influence sur les déplacements à pied longs ou fréquents.

La demande extérieure et l'abandon fréquent de tâches caractérisent le personnel en contact avec le public

Les différences observées pour les charges physiques ne se retrouvent pas nécessairement pour les charges mentales. Certes, ces questions épousant un champ des conditions de travail plus large que celui des charges physiques, les réponses apportées sont moins liées entre elles.

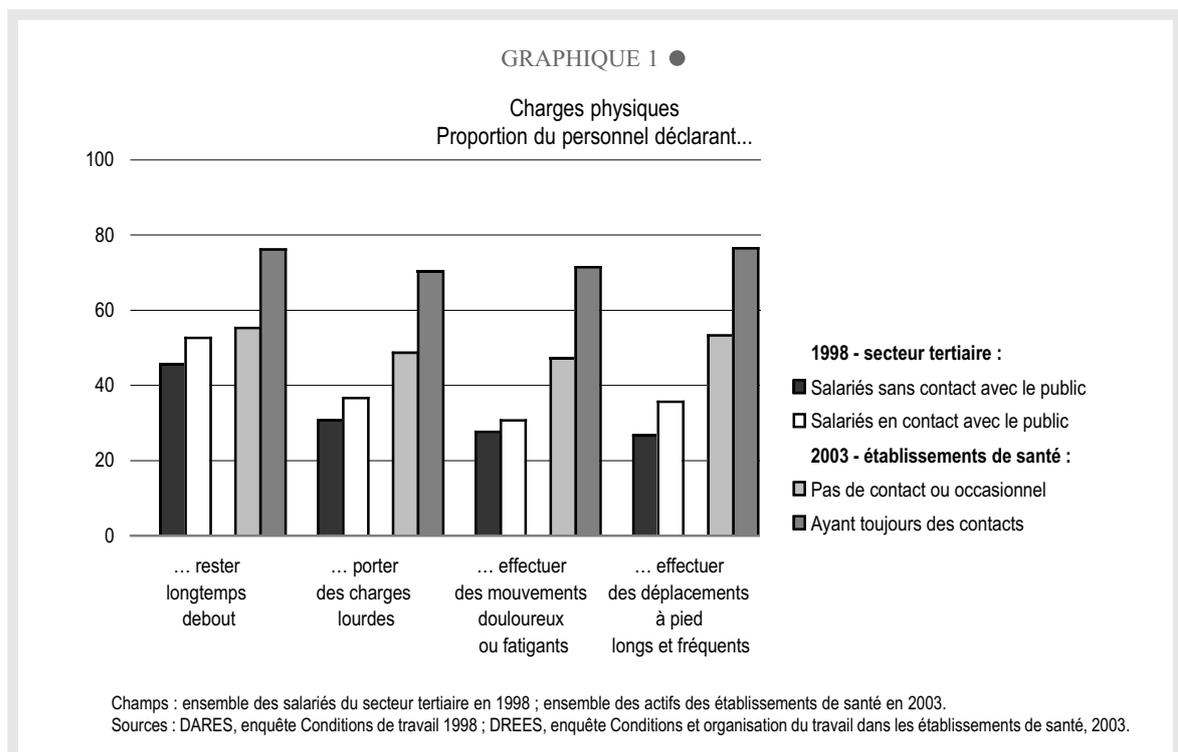
Ainsi, avoir un « rythme imposé par des normes ou des délais à respecter en une heure au plus » est autant déclaré par le personnel en contact avec le public que par celui qui n'en a pas, que ce soit dans le tertiaire ou dans les établissements de santé (graphique 2). À caractéristiques identiques, le personnel en contact se dit même un peu moins soumis à cette contrainte (tableau 1). En revanche, les personnels des établissements de santé côtoyant le public déclarent bien plus souvent un « rythme imposé par la demande extérieure » (62 % contre 46 % pour l'ensemble des salariés), mais moins que, en 1998, chez les salariés du secteur tertiaire (32 % contre 68 %). Il est vrai que l'expression « demande extérieure » renvoie par définition aux individus extérieurs à l'entre-

prise ou l'établissement, et donc en premier lieu, au public au sens large.

Côtoyer le public impose également de devoir plus souvent travailler dans l'urgence, ce qui est confirmé par les déclarations des salariés du secteur tertiaire en 1998 et ceux des établissements de santé en 2003. Parmi ces derniers, 75 % de ceux en contact avec le public disent fréquemment abandonner une tâche pour une autre non prévue, contre 52 % de ceux qui sont sans contact. Le phénomène semble être amplifié lorsque l'on raisonne toutes choses égales par ailleurs. Tout se passe comme si cette condition de travail était une caractéristique du contact avec le public, suggérant la pression exercée par cette demande extérieure. Enfin, les actifs isolés du public ne sont que 14 % à affirmer devoir « toujours » se dépêcher, contre 25 % de ceux qui sont en contact avec le public.

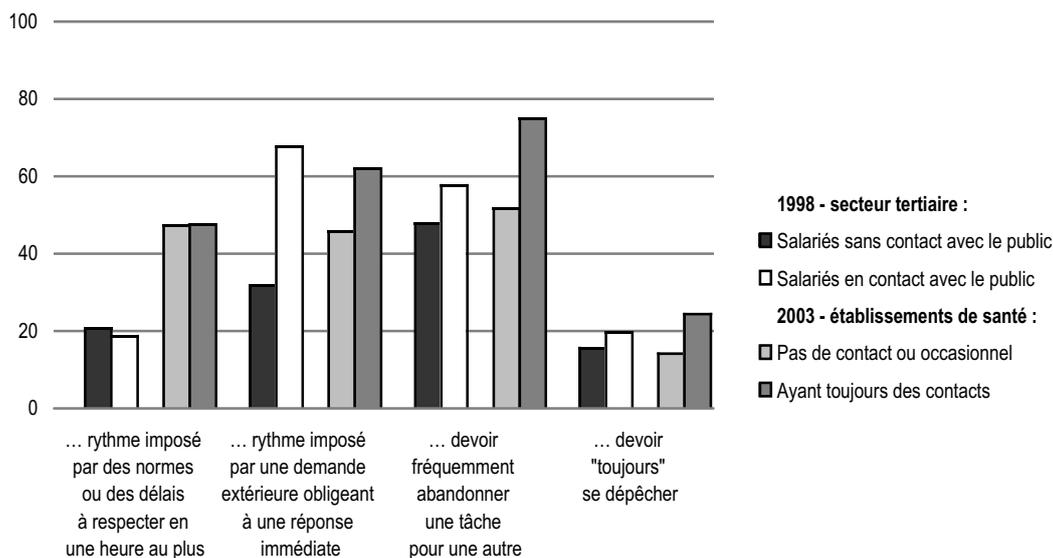
Travailler au contact du public implique de devoir plus souvent se débrouiller seul, mais permet de varier plus facilement des délais fixés

Comme dans l'ensemble de la population active, le personnel de santé en contact avec le public reconnaît bénéficier de davantage d'autonomie, avec les conséquences ambivalentes connues : à la fois plus de marges d'initiative mais aussi plus de situations difficiles que l'on doit affronter seul. Dans



GRAPHIQUE 2 ●

Charges mentales
 Proportion du personnel déclarant...



Champs : ensemble des salariés du secteur tertiaire en 1998 ; ensemble des actifs des établissements de santé en 2003.
 Sources : DARES, enquête Conditions de travail 1998 ; DREES, enquête Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé, 2003.

ENCADRÉ 2 ●

L'UTILISATION DES MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DANS L'ANALYSE

Toutes les différences entre catégories de personnels hospitaliers qui sont commentées dans le texte ont fait l'objet d'un examen toutes choses égales par ailleurs, que permet l'utilisation des régressions logistiques. Il s'agit de vérifier si une liaison existante entre deux variables reste vraie pour des catégories de personnel similaires.

On constate par exemple une plus forte déclaration du port de charges lourdes au cours du travail chez les personnes en contact avec le public : 71 % contre 49 % de ceux qui n'ont pas de contact. Le lien entre les variables « contact avec le public » et « port de charges lourdes » est donc a priori très élevé.

L'utilisation d'une régression logistique permet de vérifier si ce lien existe toujours lorsque l'on retire les effets de structure. Les caractéristiques du personnel qui ont servi à supprimer ces effets sont les suivantes :

- la catégorie socioprofessionnelle ;
- le type de service d'exercice ;
- le type d'horaires pratiqués : de jour, de nuit, ou mixte (c'est-à-dire, parfois le jour, parfois la nuit) ;
- le statut de l'établissement d'exercice : public, privé non lucratif ou privé lucratif ;
- le temps de travail : à temps complet ou à temps partiel ;
- la région d'exercice : Île-de-France ou province ;
- l'ancienneté dans la profession : moins de 2 ans, de 2 à 5 ans, de 5 à 10 ans, de 10 à 20 ans ou plus de 20 ans ;
- la tranche d'âge : moins de 30 ans, entre 30 et 40 ans, entre 40 et 50 ans, plus de 50 ans ;
- le sexe ;
- la situation familiale : seul(e) ou en couple ;
- la présence d'enfants au foyer : pas d'enfants au foyer ou au moins un enfant au foyer.

Dans un modèle de régression expliquant la déclaration du port de charges lourdes par les variables listées ci-dessus, plus le contact avec le public, on constate que cette dernière n'a pas d'influence toutes choses égales par ailleurs. La liaison entre ces deux variables cache donc des effets de structure. Si elle est visible sur le graphique 1, elle n'est néanmoins pas commentée dans le texte.

Ainsi, toutes les liaisons entre variables qui sont commentées sont significatives « à caractéristiques identiques » ou « équivalentes », autrement dit toutes choses égales par ailleurs.

les établissements de santé, « ne pas pouvoir faire varier les délais fixés » concerne 32 % du personnel en relation directe avec le public, contre 47 % des autres. Ces derniers ne sont que 9 % à déclarer devoir « se débrouiller souvent seuls dans des situations difficiles », contre 17 % du personnel en contact (graphique 3). Ces différences sont significatives toutes choses égales par ailleurs (tableau 1).

En revanche, l'application stricte des protocoles, mentionnée par 57 % du personnel hospitalier, n'a pas de lien avec le fait d'être en relation ou non avec le public. De plus, « régler personnellement les incidents » ne concerne qu'un peu moins le personnel en contact, et, à caractéristiques égales, la différence reste peu significative (63 % contre 72 %).

Des relations plus fortes avec les collègues pour le personnel des établissements de santé en contact avec le public

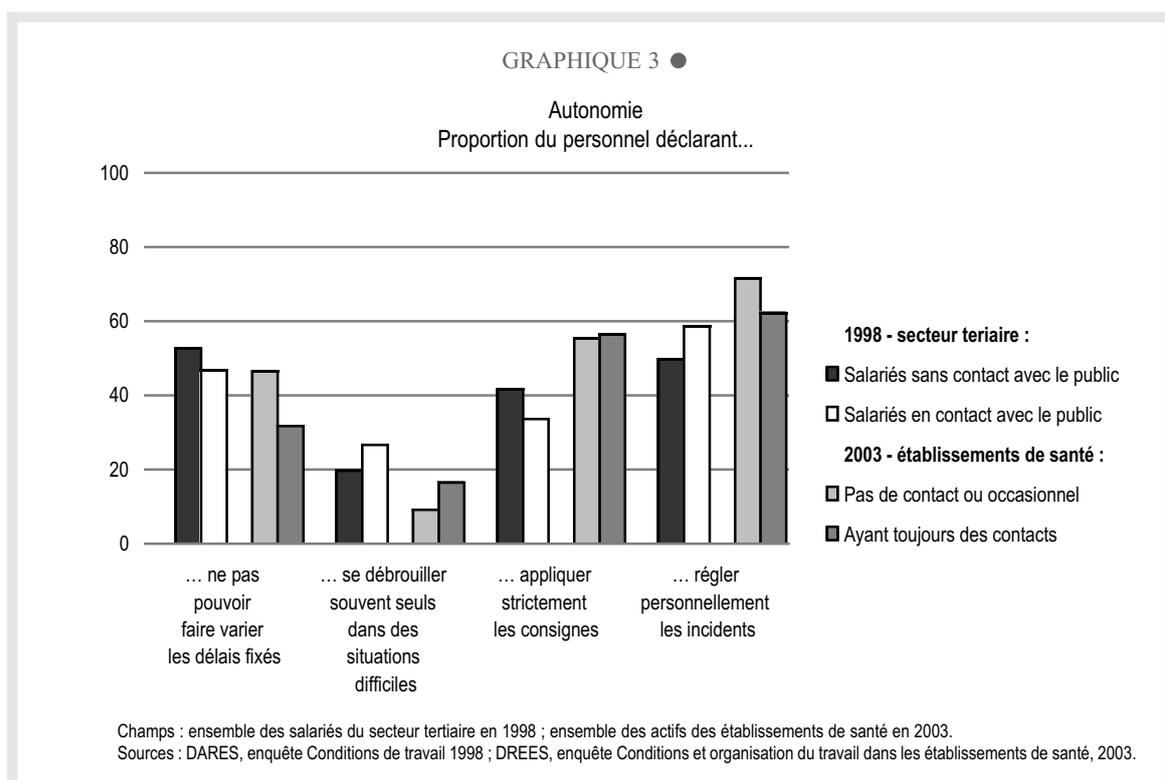
Concernant l'environnement de travail humain, le personnel des établissements de santé en contact avec le public déclare plus souvent « être aidé par ses collègues en cas de travail délicat » (93 % contre 82 % de ceux qui n'ont pas de contact), mais reconnaît aussi subir davantage de tensions vis-à-vis de ces derniers (33 % contre 24 %) [graphique 4]. Ce phénomène est beaucoup moins visible dans les rap-

ports avec la hiérarchie, où seules les tensions sont davantage mentionnées par le personnel en contact (40 % contre 31 %). Les différences étaient également moins prononcées dans l'ensemble du secteur tertiaire en 1998, où les rapports avec les collègues comme avec la hiérarchie variaient peu, que l'on soit en contact avec le public ou non.

Enfin, toutes choses égales par ailleurs, le personnel hospitalier en contact ne déclare pas plus souvent manquer de temps pour pouvoir travailler correctement, alors même que celui-ci assure plus souvent abandonner une tâche pour une autre, devoir « toujours » se dépêcher et être contraint par la demande extérieure obligeant à une réponse immédiate (tableau 1). Il semble donc acquis pour le personnel que le contact avec le public impose un rythme de travail soutenu, quel que soit le temps dont il dispose pour accomplir ses tâches.

LES RELATIONS ENTRETENUES AVEC LE PUBLIC DÉPENDENT D'ABORD DU SERVICE D'EXERCICE

De manière assez prévisible, la manière dont le personnel perçoit les relations qu'il entretient avec les patients ou le public extérieur en général dépend surtout du type de service d'exercice, de la catégorie socioprofessionnelle, et bien entendu, du type d'horaires pratiqués (de jour, de nuit ou les deux).



Globalement plus de moments positifs vécus avec les patients que de situations pénibles

Concernant le vécu avec les patients, la perception des moments très positifs l'emporte sur celle des situations très pénibles. Le croisement de ces deux déclarations l'illustre bien : 33 % du personnel en lien direct avec les patients déclarent à la fois vivre « toujours ou souvent » des moments très positifs et « parfois ou jamais » des situations très pénibles, alors que 12 % du personnel se trouvent dans la situation inverse (tableau 2).

Le vécu de ces deux types de situations diffère selon la profession. Les plus en contact avec les patients sont ceux qui déclarent davantage vivre à la fois des moments très positifs et des situations très pénibles. Toutes choses égales par ailleurs, les infirmières et les aides-soignantes déclarent vivre « toujours ou souvent » des situations très pénibles avec les patients, autant que les médecins, mais bien plus que les autres professions intermédiaires et les autres employés. En revanche, les médecins déclarent vivre davantage de moments positifs que les infirmières, autres professions intermédiaires et aides-soignantes

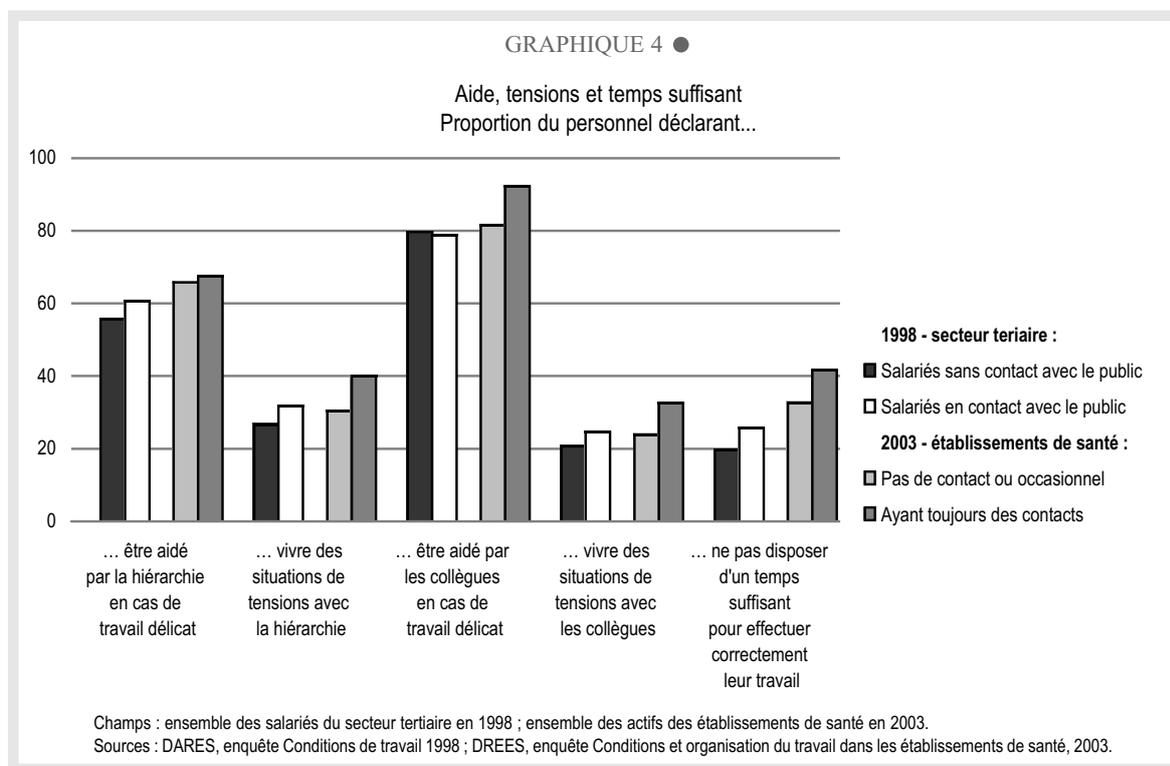


TABLEAU 2 ●

Proportion du personnel des établissements de santé qui déclare...

	... vivre des moments très positifs avec les patients	... être confronté à des situations très pénibles avec les patients
Toujours	5	3
Souvent	48	28
Parfois	41	57
Jamais	3	10
Sans objet	3	2
... être confronté à des situations très pénibles avec les patients	... vivre des moments très positifs avec les patients	
	Toujours ou souvent	Parfois ou jamais
Toujours ou souvent	19	12
Parfois ou jamais	33	36

Champ : ensemble des actifs des établissements de santé en contact direct avec les patients.
Sources : DREES, enquête Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé, 2003.

réunies, lesquelles devancent les agents de service et les autres employés (graphique 5).

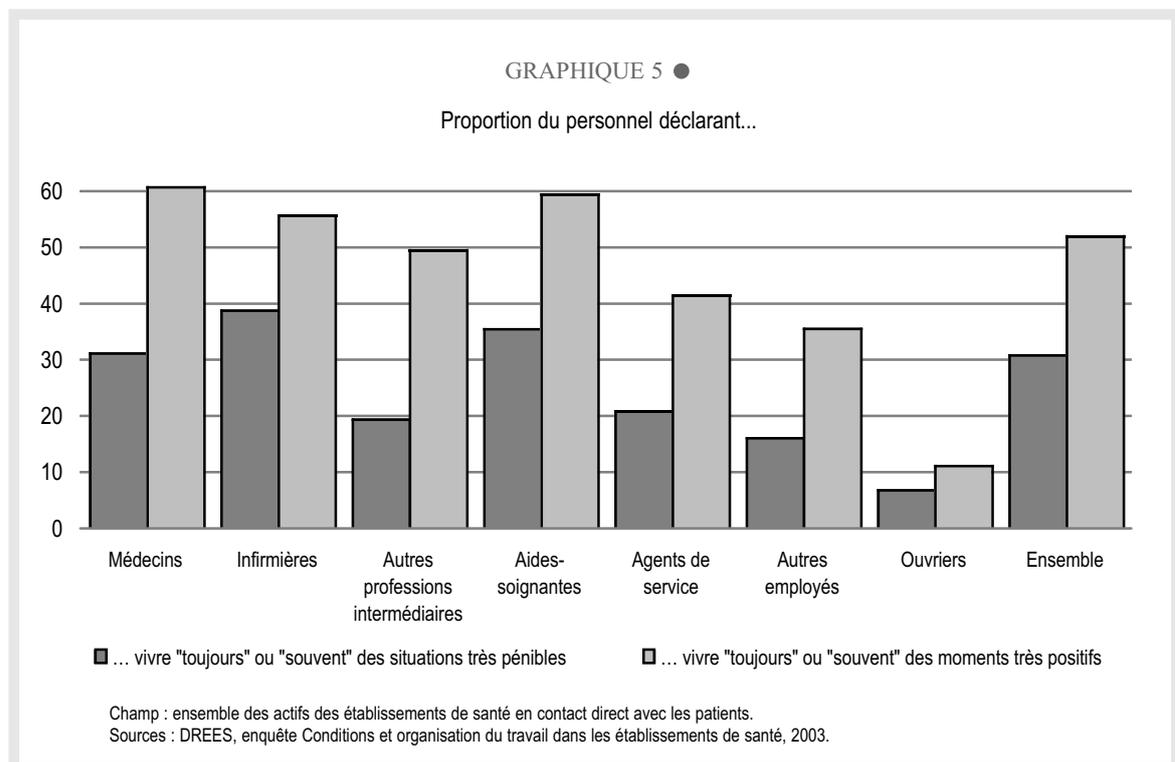
Vivre « toujours ou souvent » des situations très pénibles est également davantage ressenti par le personnel en contact avec des adultes en fin de vie (39 % contre 31 % en moyenne) et, dans une moindre mesure, par ceux qui sont en contact avec des adultes en grande difficulté sociale (37 %). À profession équivalente, ces situations très pénibles sont moins déclarées dans le secteur privé lucratif (22 %) que dans les secteurs public (33 %) et privé non lucratif (30 %), ce qui peut être mis en relation avec les pathologies spécifiquement traitées dans chacun des secteurs⁵.

En plus de la profession, vivre « toujours ou souvent » des moments très positifs avec les patients dépend beaucoup du service d'exercice : ces moments positifs sont davantage déclarés dans les services d'hospitalisation (61 % contre 53 % en moyenne), de gériatrie (56 %) et d'urgences et réanimation (53 %) que dans les blocs opératoires (47 %) ou les services de psychiatrie (43 %). Enfin, les personnels en contact avec des nouveau-nés, les enfants ou les adolescents perçoivent plus souvent ces moments positifs que la moyenne (65 %).

Plus d'agressions verbales et physiques dans les services de psychiatrie et d'urgences

L'exposition aux agressions verbales et physiques est un phénomène vécu par une large majorité du personnel hospitalier en contact avec d'autres types de public que les patients. Côté des adultes « en grande difficulté sociale » accroît fortement les risques d'exposition et d'agression.

71 % du personnel en contact avec le public déclare être exposé à des agressions verbales ; parmi eux, les trois quarts (soit 54 % du total) disent avoir été effectivement agressés⁶. Les professions les plus exposées au contact avec le public sont également les plus exposées à d'éventuelles agressions. Ainsi, sept médecins et infirmières sur dix ont déjà été agressés verbalement, contre une aide-soignante, autre profession intermédiaire et autre employé sur deux et un agent de service hospitalier sur trois. Pour ce qui est de l'agression physique, la hiérarchie par profession n'est pas la même. Près d'un quart des infirmières déplorent en avoir été victime, contre un médecin et une aide-soignante sur six, les autres professions étant entre 5 % et 10 % dans ce cas.



5. En effet, les services d'urgences et traitement de polyopathologies se retrouvent plus souvent dans les hôpitaux publics, tandis que le traitement de maladies mentales et les soins de longue durée (soins de suite et de réadaptation, centres de lutte contre le cancer) sont plus souvent des services du secteur privé non lucratif.

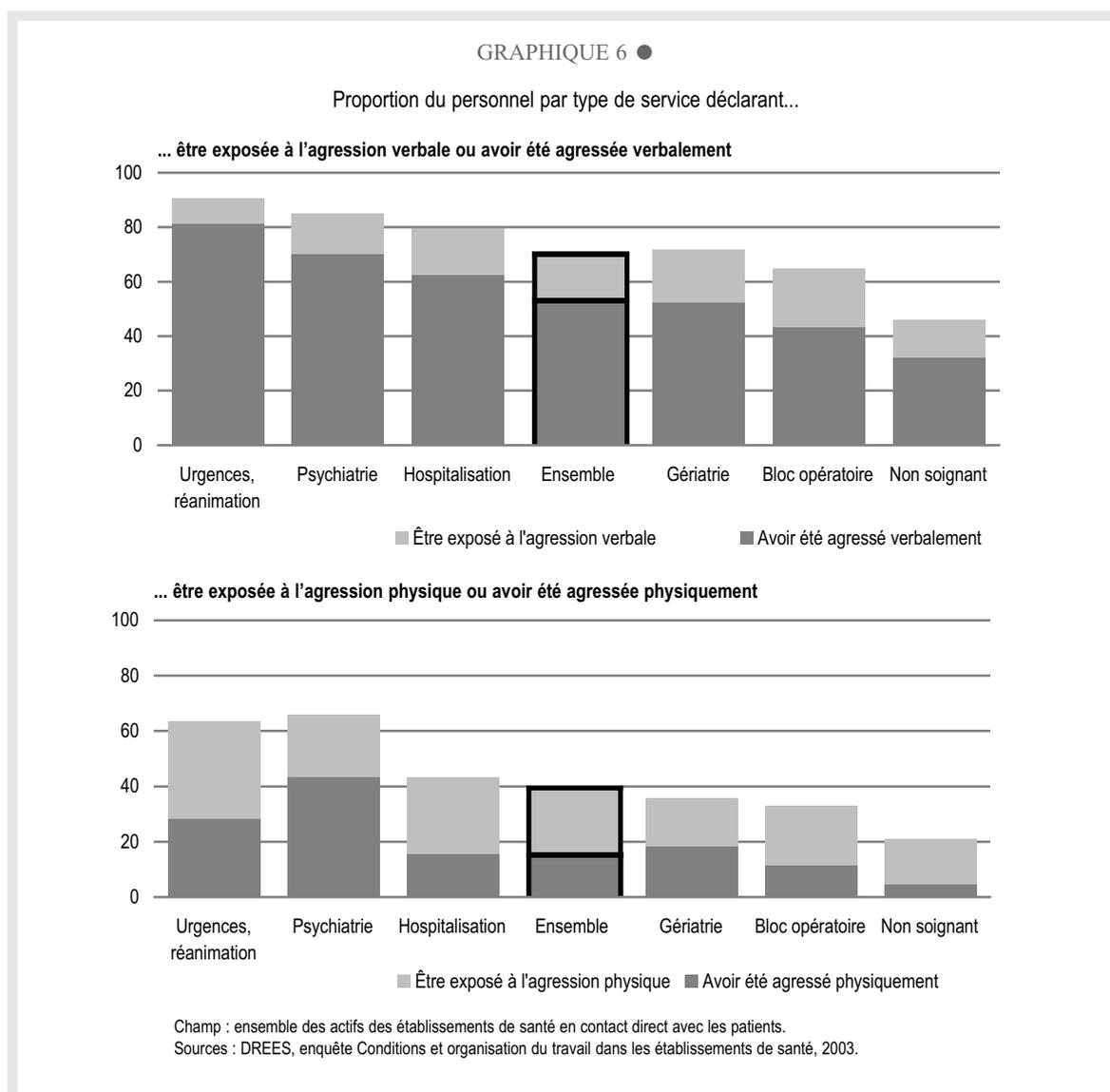
6. La question des agressions n'a été posée qu'au personnel étant « toujours », « souvent » ou « parfois » en contact avec le public autre que les patients. Cette population ne se confond pas tout à fait avec le personnel en contact avec le public en général, tel qu'il a été défini au début de l'article. Ceci explique la légère différence des chiffres avec ceux donnés dans la typologie de la fin de l'article.

À profession identique, travailler de nuit expose plus fortement aux agressions du public, qu'elles soient verbales ou physiques. Un tiers du personnel travaillant exclusivement de nuit a déjà été agressé physiquement, contre 24 % de ceux qui ont des horaires mixtes et 12 % de ceux qui n'ont que des horaires de jour. Les agressions verbales sont également plus fréquentes pour le personnel travaillant exclusivement de nuit (71 % disent avoir été agressés verbalement), que pour celui ayant des horaires mixtes (67 %) ou celui qui ne travaille que de jour (49 %).

Le type de service dans lequel le personnel exerce est un facteur d'exposition aux agressions encore plus discriminant que la profession ou le type d'horaire. De plus, les agressions diffèrent selon le service. Les services d'urgences et de réanimation sont les plus touchés par les agressions verbales (quatre

cinquièmes de leur personnel), devant les services de psychiatrie, d'hospitalisation, de gériatrie et de bloc opératoire (graphique 6). En revanche, c'est en psychiatrie que l'agression physique est la plus déplorée (43 %), loin devant les urgences et la réanimation (28 %), les autres services se situant en dessous de 20 % (graphique 6).

Outre la profession, le service et le type d'horaire, d'autres caractéristiques du personnel peuvent, dans une moindre mesure, être liées aux agressions déclarées. Ainsi, le personnel des établissements publics déclare un peu plus d'agressions verbales (55 % contre 49 %) et physiques (17 % contre 12 %) que le personnel des établissements privés, qu'ils soient lucratifs ou non. En outre, les Franciliens déclarent davantage d'agressions physiques (20 % contre 15 % en province), mais pas verbales.



Les personnels les plus en difficulté avec le public sont globalement ceux qui en parlent le plus

Sept actifs hospitaliers en contact avec le public sur dix ont l'occasion d'« aborder collectivement, avec d'autres personnes de leur service, les difficultés morales et affectives rencontrées avec les patients, leurs familles ou d'autres publics ». Le personnel qui se sent exposé à des agressions ou qui côtoie des « adultes en grande difficulté sociale » aborde plus souvent ces difficultés avec ses collègues.

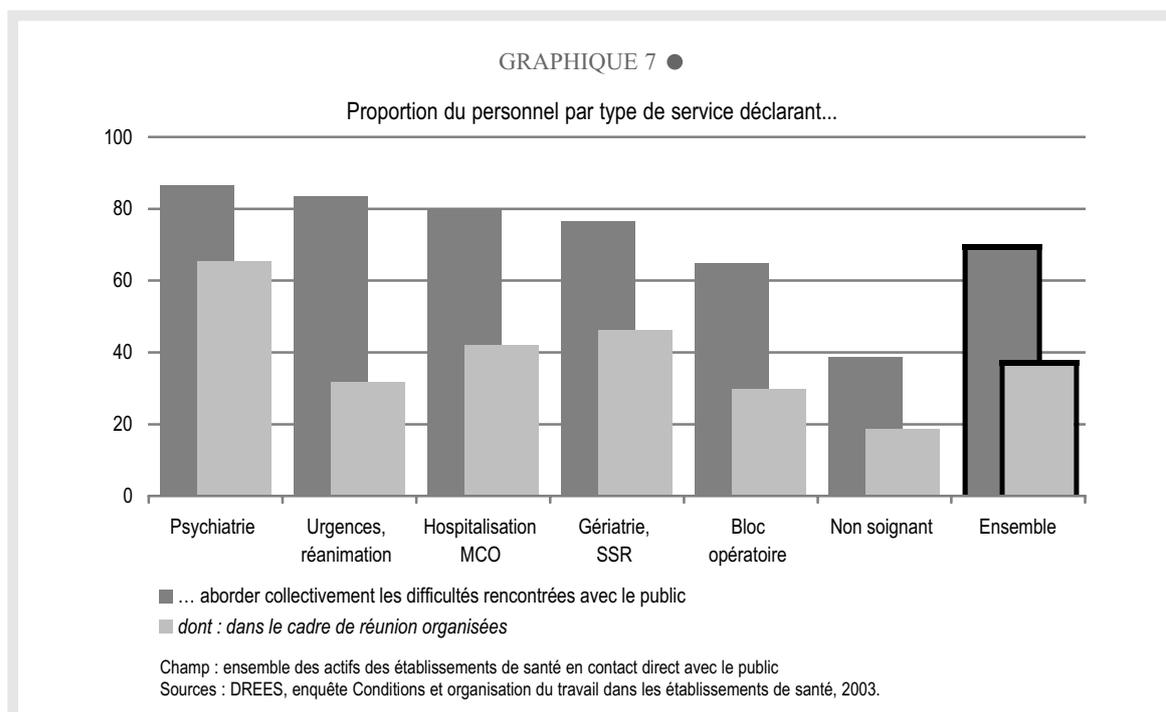
Fort logiquement, les catégories socioprofessionnelles les plus en contact avec le public sont celles qui déclarent le plus aborder ces difficultés : c'est le cas de 84 % des infirmières, de 77 % des médecins et de 73 % des aides-soignantes. Cette déclaration varie aussi selon le service d'exercice, de la même manière que les déclarations concernant les agressions physiques. C'est en effet en psychiatrie que les entretiens permettant d'aborder collectivement les difficultés rencontrées sont les plus fréquentes (87 %), suivi des urgences et de la réanimation (83 %), des autres services (près de 80 %), du bloc opératoire (65 %) et des services non soignants (39 %), ces derniers étant moins exposés au contact et aux éventuelles agressions du public (graphique 7). En revanche, alors que

c'est le personnel de nuit qui déclare le plus être exposé aux agressions verbales et physiques, les personnels aux horaires mixtes sont plus nombreux à pouvoir faire part de ces difficultés collectivement (83 % contre 76 % pour le personnel de nuit).

Outre les influences fortes mais prévisibles de la profession, du service et du type d'horaire, la présence d'enfants au foyer et le sexe pèsent également de façon notable sur cette question. À caractéristiques identiques, les femmes déclarent plus souvent que les hommes (73 % contre 59 %) parler de leurs difficultés avec leur entourage professionnel, alors même qu'elles ne se distinguent pas de ces derniers en ce qui concerne les situations pénibles, les moments positifs ou les agressions verbales ou physiques du public. Avoir des enfants au foyer est également davantage lié au fait de parler de ses difficultés (74 % contre 65 % pour le personnel sans enfants).

Face aux difficultés, un soutien professionnel collectif d'intensité diverse

Parmi le personnel qui a l'occasion d'aborder collectivement des difficultés rencontrées avec le public⁷, 54 % le font « au cours de réunions organisées » et 66 % disent « pouvoir bénéficier d'un soutien en cas de besoin ». Ces questions permettent de mettre en lumière la perception des personnels



7. Dans toute la fin du paragraphe, les chiffres concernent les enquêtés qui ont déclaré aborder collectivement les difficultés rencontrées avec le public. Pour connaître les chiffres pour l'ensemble du personnel en contact avec le public, il faut multiplier par la proportion concernée, soit 70 %.

hospitaliers quant à l'assistance et au mode d'organisation mis en place dans leurs établissements, ce qui représente donc aussi un indice de la perception de soutien de leur direction.

Toutes choses égales par ailleurs, 75 % du personnel des services de psychiatrie déclarent assister à des réunions spécifiques sur le sujet. Ils sont six sur dix en gériatrie, mais seulement quatre sur dix en urgences et réanimation, alors même que le personnel y est particulièrement exposé aux agressions. Les différences entre services sont moindres sur la possibilité de bénéficier de soutien en cas de besoin. Cette possibilité est toutefois, là encore, davantage mentionnée par le personnel de gériatrie et de psychiatrie (73 % contre 57 % au bloc opératoire). Dans les services d'urgences et de réanimation (65 %), le personnel ne se sent que moyennement soutenu et les réunions portant sur les difficultés avec les patients sont beaucoup moins officielles.

Par ailleurs, il apparaît que les personnels des établissements privés non lucratifs participent davantage à ces réunions (63 %) que ceux travaillant dans le public (54 %) et encore plus que ceux qui exercent dans le privé lucratif (42 %) – des différences toujours vraies à profession ou à type de service équivalent. En conséquence, le personnel du privé lucratif déclare un peu moins pouvoir bénéficier de soutien (59 %). À noter, la tenue de réunions pour

discuter de l'organisation du travail est un peu moins fréquente dans ce secteur que dans les deux autres.

Enfin, les médecins et les infirmières disent moins souvent assister à des réunions organisées sur les difficultés avec les patients (50 % contre 54 % en moyenne), les premiers déclarant également moins pouvoir bénéficier de soutien en cas de besoin (50 % contre 66 %). Deux autres catégories de personnel reconnaissent aussi, toutes choses égales par ailleurs, moins discuter des problèmes rencontrés avec les patients dans le cadre de réunions organisées : les moins de 30 ans (40 %) et ceux qui travail à temps partiel (48 %). Ceci résulte sûrement de la moindre intégration de ces catégories dans le collectif de travail. Néanmoins, elles ne se distinguent pas sur la possibilité d'obtenir du soutien en cas de besoin.

INTERDÉPENDANCE DES RELATIONS AVEC LE PUBLIC ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL PERÇUES

*Des conditions de travail moins bien perçues
 sont souvent liées à un vécu plus difficile
 avec les patients*

Au sein des personnels en contact avec les patients, la perception des conditions de travail peut différer selon leur vécu avec ces derniers. Ainsi, les

TABLEAU 3 ●

Vécu avec les patients en fonction de conditions de travail représentatives

Proportion du personnel disant...	... vivre toujours ou souvent des situations très pénibles avec les patients		... avoir été victime d'agression verbale		... avoir été victime d'agression physique	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents	Oui	28	46	55	16	49
	Non	15	32	49		
Effectuer des mouvements douloureux	Oui	30	47	54	18	12
	Non	14	31	54	12	
Se retrouver souvent seul dans des situations difficiles	Oui	41	42	72	28	14
	Non	22		50	14	
Pouvoir bénéficier de l'aide de collègues en cas de travail délicat	Oui	25	42	55	16	45
	Non			45		
Encourir des sanctions en cas d'erreur	Oui	27	42	56	18	7
	Non	13		43	7	
Vivre des situations de tension avec les supérieurs hiérarchiques	Oui	31	42	59	16	51
	Non	21		51		

Lecture : parmi le personnel disant devoir « effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents », 55 % disent avoir été agressés verbalement, contre 49 % parmi ceux qui n'ont pas déclaré effectuer ces déplacements. Cette différence est significative « toutes choses égales par ailleurs » (encadré 2). Par contre, la différence observée entre ces deux populations n'est pas significative pour la déclaration d'agression physique (que 16 % du personnel hospitalier en contact avec le public dit avoir vécu).

Champ : ensemble des actifs des établissements de santé en contact direct avec le publics.

Sources : DREES, enquête Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé, 2003.

déclarations plus fréquentes de charges et risques physiques vont de pair avec le sentiment de vivre des situations pénibles et d'être exposé à des agressions. C'est également le cas du manque de coopération, du travail dans l'isolement et de la crainte de sanctions en cas d'erreur.

En effet, les déclarations de certaines conditions de travail, n'impliquant *a priori* pas le contact direct avec les patients s'avèrent cependant très liées à celles relatives au vécu avec ces derniers. Ainsi, ceux qui mentionnent des charges physiques comme de longs déplacements à pied ou des mouvements douloureux au cours du travail déclarent aussi plus fréquemment vivre « toujours ou souvent » des moments très pénibles avec les patients⁸ (tableau 3). Ce personnel se dit également plus souvent victime d'agressions verbales : 55 % contre 49 % de ceux qui n'effectuent pas de longs déplacements à pied. Si cette condition de travail n'a pas de lien avéré avec les agressions physiques subies, c'est en revanche le cas des mouvements douloureux : 18 % de ceux qui en déclarent ont été agressés physiquement, contre 12 % pour les autres.

En outre, les 16 % du personnel déclarant se retrouver « souvent » seuls dans des situations difficiles sont largement plus exposés que les autres aux moments très pénibles avec les patients (41 % contre 22 %), ainsi qu'aux agressions verbales (72 % contre 50 %) ou physiques (28 % contre 14 %). Travailler dans un isolement relatif modère également le sentiment de vivre des moments très positifs avec les patients, puisque seuls 27 % de ceux qui déclarent ne pas avoir la possibilité de coopérer disent vivre « toujours ou souvent » ces moments, contre 44 % chez les autres. La crainte d'être sanctionné en cas d'erreur est également plus présente chez ceux qui rencontrent des rapports plus conflictuels avec le public.

Enfin, selon les relations entretenues avec les collègues de travail et les supérieurs hiérarchiques, les personnels se sentent plus ou moins exposés aux agressions verbales du public. À caractéristiques identiques, ceux qui déclarent avoir été agressés verbalement sont plus nombreux à penser pouvoir se faire aider par les collègues en cas de travail délicat. Ceci montre la solidarité existant globalement dans les milieux hospitaliers. Enfin, vivre des situations de tensions avec sa hiérarchie⁹ augmente de 8 points

(59 % contre 51 %) la proportion du personnel ayant été agressé verbalement. Les relations avec le collectif de travail ne sont donc pas indissociables de celles entretenues avec le public.

Il existe cependant des conditions de travail qui ne sont pas ou sont peu liées au vécu du personnel avec le public. C'est le cas du « rythme de travail imposé par des contraintes techniques » ou de la possibilité de « bénéficier de l'aide de leur hiérarchie en cas de travail délicat ». Mais celles-ci restent des exceptions : preuve, s'il en était besoin, que les conditions de travail sont composées d'ensembles (les charges physiques et mentales, les modes d'organisation du travail, les relations avec le collectif et le public) qui interagissent entre eux.

UNE TYPOLOGIE DU PERSONNEL SELON LES CONDITIONS DE TRAVAIL DÉCLARÉES ET LES RELATIONS ENTRETENUES AVEC LE PUBLIC¹⁰

La typologie suivante permet de catégoriser l'ensemble du personnel en contact avec le public.

La typologie (ou « classification ») présentée¹¹ distingue cinq groupes de personnels hospitaliers relativement homogènes du point de vue de la perception des conditions de travail. Une fois ces groupes constitués, on examine leurs déclarations concernant le vécu avec les patients. Globalement, l'analyse confirme le lien entre la perception de mauvaises conditions de travail et celle de relations plus difficiles avec les patients ou avec le public en général, tout en ciblant les catégories de personnel les plus exposées (tableau 4).

Les « accumulateurs de charges » (31 %) : un personnel cumulant charges de travail lourdes et relations difficiles avec le public

Les personnels hospitaliers regroupés dans cette classe déclarent plus fréquemment devoir effectuer des mouvements douloureux (91 % contre 72 % en moyenne) ou être en contact avec des produits toxiques (87 % contre 63 %), d'où une plus forte exposition aux risques et aux charges physiques au travail. La charge mentale est aussi davantage ressentie : ils sont par exemple 90 % à craindre des

8. Ceci restant vrai toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire à caractéristiques personnelles et professionnelles identiques (voir la lecture du tableau 3 pour les détails).

9. Le phénomène identique est observé chez ceux qui déclarent vivre des situations de tension avec leurs collègues.

10. Les résultats de la typologie (ou classification) présentée ont été obtenus par l'équipe des quatre étudiants de l'ENSAI qui sont cités en collaboration de l'article.

11. Cette typologie n'est pas la seule possible. De plus, la classification stricte du personnel en cinq classes distinctes est une image sans doute caricaturée de la réalité. Son intérêt est avant tout d'avoir une vision générale des conditions de travail perçues par le personnel hospitalier, en lien avec les relations vécues avec les malades.

sanctions en cas d'erreur, contre 70 % dans l'ensemble du personnel en contact. À cela, s'ajoutent plus de contraintes de rythme et l'impression plus fréquente de devoir se dépêcher.

Ce personnel présente aussi la particularité d'être plus autonome et réactif : il déclare par exemple davantage interrompre « toujours ou souvent » une tâche pour en effectuer une autre (90 % contre 62 %). Il est aussi plus critique sur son environnement de travail : 80 % déplorent recevoir des ordres contradictoires, contre seulement 50 % dans l'ensemble du personnel. Par ailleurs, ils jugent plus souvent leurs locaux mal adaptés.

Cette classe rassemble davantage d'infirmières (47 % contre 32 % pour l'ensemble des actifs hospitaliers en contact avec le public), plus de personnel de moins de 30 ans, ainsi que davantage de professionnels exerçant en hospitalisation, urgences ou réanimation ou en bloc opératoire.

Déclarant des conditions de travail plus difficiles, le personnel de cette classe dit également davantage devoir annoncer aux patients ou à leur famille une nouvelle difficile. De plus, 45 % (contre 29 % en moyenne) disent être « toujours ou souvent » confrontés à des situations très pénibles avec les patients, et les agressions de la part du public, qu'elles soient verbales ou physiques, sont plus fréquemment citées : plus de deux tiers du personnel de cette classe ont été agressés verbalement, contre un sur deux en moyenne. Enfin, les personnes vivant des moments très positifs avec les patients sont sous-représentées dans cette classe.

*Les « exécutants isolés » (9 %) :
 un rythme de travail contraint,
 une autonomie minimale,
 avec peu de relations avec les patients*

Les personnels de ce petit groupe se caractérisent d'abord par une autonomie plus limitée dans leur travail. Leurs faibles marges de manœuvre se manifestent à la fois par des interruptions plus fréquentes de leurs tâches pour d'autres (63 % contre 25 %), un rythme de travail très souvent imposé par la cadence d'une machine (69 % contre 21 %) et une plus faible possibilité de varier les délais imposés.

Par ailleurs, l'organisation de leur travail leur semble trop souvent imposée et ils estiment plus souvent devoir assumer des responsabilités qui ne leur incombent pas (54 % contre 20 %), avoir moins fréquemment l'occasion d'aborder collectivement les questions d'organisation de leur unité de travail et devoir davantage se débrouiller seuls dans des situations difficiles.

À ces constats, s'ajoute un cumul élevé de charges physiques qui les conduit, par exemple, à davantage déclarer rester longtemps debout (93 % contre 77 %) et effectuer des mouvements douloureux au cours du travail.

Cette classe contient une plus forte proportion d'aides-soignantes (37 % contre 28 %) et de personnel exerçant en bloc opératoire, dans les services médico-techniques ou de rééducation fonctionnelle. Elle compte également plus de personnes sans enfants à charge.

TABLEAU 4 ●

Aperçu de la typologie du personnel en contact avec le public,
 selon les conditions de travail déclarées et les liens entretenus avec les malades

Nom de la classe	Effectif	Catégorie sociale et service d'exercice surreprésentés	Conditions de travail déclarées			Relations avec le public	
			Charges physiques et mentales	Autonomie	Environnement de travail	Vécu avec le patient	Agressions subies par le public
"Accumulateurs de charges"	31 %	Infirmières, en hospitalisation ou en urgences	Très élevées	Forte	Moins bien perçu	Plus difficile	Plus fréquentes
"Exécutants isolés"	9 %	Aides-soignantes, bloc opératoire	Assez élevées	Assez faible	Travail isolé	Peu de relations	Moins exposés
"Encadrés solidaires"	27 %	Aides-soignantes, infirmières	Un peu plus élevées qu'en moyenne	Plutôt faible	Très coopératif	Plutôt positif	Un peu moins qu'en moyenne
"Routiniers placides"	14 %	Agents de services, ouvriers	Plutôt faibles	Assez faible	Moyen	Plutôt indifférent	Moins exposés
"Non-soignants autonomes"	19 %	Professions intermédiaires et employés non soignants	Très faibles	Forte	Mieux perçu	Contact plus épisodique	Moins exposés

Champ : ensemble des actifs des établissements de santé en contact direct avec le public
 Sources : DREES, enquête Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé, 2003.

Le contact de ces actifs hospitaliers avec le public semble plus neutre, voire plus distant qu'en moyenne, puisqu'ils déclarent moins souvent être exposés à des agressions verbales (44 % contre 66 %) ou physiques (27 % contre 37 %). Ils déclarent également moins fréquemment devoir annoncer des nouvelles difficiles aux patients et sont moins souvent en contact avec des « adultes en grande difficulté sociale ».

*Les « encadrés solidaires » (27 %) :
un travail très cadré,
un environnement mieux perçu
et des relations
un peu plus conviviales
avec les patients*

Dans cette classe, le travail collectif prend une place prépondérante dans l'organisation du travail. D'un côté, cela limite les marges de manœuvre du personnel : 70 % déclarent appliquer strictement les consignes contre 57 % en moyenne ; en cas d'incident, ils disent aussi faire plus souvent appel à d'autres personnes et estiment moins souvent devoir assurer des responsabilités qu'ils ne devraient pas assumer. Mais, d'un autre côté, l'environnement de travail est jugé plus positivement, avec une meilleure coopération et moins de charges mentales. Ainsi, 84 % (contre 70 %) déclarent se faire aider par le personnel médical en cas de travail délicat et les tensions avec l'entourage (hiérarchie, collègues et public) sont moins souvent citées.

Les charges et risques physiques y sont néanmoins davantage ressentis. Le sens des responsabilités auprès du public est aussi davantage développé : neuf sur dix (au lieu de sept sur dix en moyenne) déclarent qu'une erreur au travail peut avoir des conséquences graves sur la sécurité des personnes.

Cette classe rassemble une proportion un peu plus élevée d'aides-soignantes (35 % contre 28 % en moyenne) et d'infirmières (37 % contre 32 %). Elles déclarent davantage vivre « toujours ou souvent » des moments très positifs avec les patients (57 % contre 49 %) et disent un peu moins souvent que la moyenne avoir été la cible d'agressions verbales du public.

*Les « routiniers placides » (14 %) :
moins de contraintes physiques,
mais moins d'autonomie
et des relations plus indifférentes
avec les patients*

Les charges mentales sont globalement moins élevées dans cette classe. Ce personnel est en effet moins soumis à des efforts d'attention au travail :

seuls 26 % disent par exemple devoir lire des lettres ou des chiffres de petite taille contre 53 % en moyenne. Les conséquences graves en cas d'erreur et les demandes immédiates nécessitant une réponse en moins de cinq minutes sont moins fréquemment citées. Les risques physiques (blessure, accident de la circulation, irradiation) sont également moins mentionnés. Néanmoins, les charges physiques, surtout l'obligation de rester longtemps debout (90 % contre 77 %), sont plus souvent ressenties.

Si le travail est perçu comme étant plus routinier, avec des tâches moins souvent interrompues, ces actifs reconnaissent néanmoins plus souvent qu'il est plus difficile de faire varier les délais et que l'aide extérieure est plus rare, ce qui montre le caractère moins qualifié des tâches exécutées. Enfin, ils jugent moins fréquemment que leur environnement de travail est inadapté, se plaignant notamment moins souvent de travailler dans des locaux bruyants (28 % contre 42 %).

Les agents de service (32 % contre 11 %) sont les mieux représentés dans cette classe. Les ouvriers et les aides-soignantes sont également un peu plus nombreux. Davantage de personnels exercent en service de gériatrie (18 % contre 11 %). Ils déclarent moins souvent être exposés à des agressions verbales (47 % contre 66 %) ou physiques. Ils vivent enfin à la fois moins de moments très pénibles (31 % n'en vivent « jamais » contre 18 % en moyenne) et moins de moments très positifs avec les patients.

*Les « non-soignants autonomes » (19 %) :
une activité plus souvent non soignante
avec une charge de travail plus faible,
une plus grande autonomie
et des contacts épisodiques
avec les patients*

Dans ce groupe, les personnels en contact avec le public estiment moins souvent être soumis à des charges physiques intenses : seuls 12 % (contre 77 %) ont un travail qui leur impose de rester longtemps debout. Les risques physiques, comme le contact avec les produits toxiques, sont aussi moins fréquemment cités. Par ailleurs, les charges mentales sont moins ressenties qu'en moyenne : leur travail leur impose moins de faire attention à des signaux visuels et sonores brefs, de craindre des conséquences graves en cas d'erreur, ou de se dépêcher : 47 % (29 % en moyenne) ne se dépêchent que « parfois ou jamais ».

Moins dépendants du personnel médical, ils règlent plus souvent seuls les problèmes en cas d'incident (56 % contre 40 %) et sollicitent moins les

collègues en cas de travail délicat. L'organisation du travail est ainsi plus autonome et l'environnement, mieux perçu : les tensions avec la hiérarchie sont moins fréquentes (trois sur dix en déclarent au lieu de quatre sur dix en moyenne).

Le personnel non soignant est très représenté dans cette classe (41 % contre 14 % du personnel

en contact avec le public). Ces personnes ont moins de contact avec le public, déclarant plus souvent n'être « jamais » confrontées à des situations très pénibles (34 % contre 18 %) ou très positives (27 % contre 12 %) avec les malades. Elles déclarent moins être exposées à des agressions verbales ou physiques. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Documents de travail, série Études, numéros 47 à 51, juin 2005, DREES.
- Dumas A. et Le Lan R., 2006, « Âge et conditions de travail dans les établissements de santé », *Données sociales*, mai, INSEE.
- Guignon N., Hamon-Cholet S., 2003, « Au contact avec le public, des conditions de travail particulières », *Premières Informations et Premières Synthèses*, n° 09.3, février, DARES.
- Le Lan R., 2006, « La réduction du temps de travail vue par les salariés hospitaliers en 2003 », *Études et Résultats*, n° 469, mars, DREES.
- Le Lan R., 2005, « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail », *Études et Résultats*, n° 373, février, DREES.
- Le Lan R., avec la collaboration de Baubeau D., 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et Résultats*, n° 335, août, DREES.

LES RELATIONS HIÉRARCHIQUES EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Nicolas JOUNIN et Loup WOLFF
Centre d'études de l'emploi (CEE)

Cette étude, réalisée à partir des données de l'enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital menée en 2003 par la DREES, examine les différentes formes de pouvoir qui se tissent dans les établissements de santé, qu'ils soient publics et privés (encadrement des cadres de santé, prescription des médecins et infirmiers, délégation des infirmiers aux aides-soignants, etc.). Une population de « chefs » très hétérogène a été identifiée, au sein de laquelle tous n'exercent pas des fonctions d'encadrement. Selon qu'ils déclarent ou non avoir une influence sur « l'augmentation du salaire, les primes et les promotions des salariés », « l'évaluation régulière de leur activité », leurs horaires et « la répartition ou la coordination du travail », ces « chefs » ont été répartis en quatre classes : les gouvernants (13 % des chefs), notamment des médecins libéraux et des cadres de direction du privé, assument l'ensemble de ces ressources hiérarchiques ; les « surveillants » (24 %), essentiellement des cadres de santé ou infirmiers, s'estiment surtout investis de responsabilités en matière d'horaires, d'organisation et d'évaluation du travail ; l'autorité des « experts » (41 %), en majorité composés d'infirmières mais aussi de médecins salariés, s'appuie sur leur savoir-faire médical technique ; enfin, les « autres » (22 %), pour lesquels les contours des responsabilités hiérarchiques restent flous.

Les premières exploitations de la récente enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital réalisée en 2003 par la DREES (Le Lan, Baubeau, 2005) ont mis à jour un paradoxe intéressant : par rapport aux déclarations relevées dans l'enquête Conditions de travail 1998 de la DARES pour l'ensemble des secteurs de l'économie, les actifs hospitaliers sont moins nombreux à déclarer « avoir un ou plusieurs salariés sous leurs ordres ou leur autorité » ; pourtant, les « contrôles ou surveillances permanents exercés par la hiérarchie » sont plus fréquemment ressentis par l'ensemble des salariés. En d'autres termes, à l'hôpital, il y aurait en 2003 moins de chefs et plus de contrôles hiérarchiques qu'en 1998.

DES EFFETS DE POUVOIR AMBIVALENTS

On ne peut comprendre cela sans entrer plus avant dans la description des relations d'autorité et des modes de coopération qui structurent l'activité des établissements de santé. Les structures hiérarchiques hospitalières, loin d'être unilinéaires, croisent plusieurs hiérarchies interdépendantes. Le travail dans les établissements de santé est en effet décomposé et redistribué selon un principe complexe de division des tâches : les personnels technique (les agents de service), soignant (les aides-soignants et infirmiers) et médical (les médecins) ont chacun leurs tâches à réaliser, leurs qualifications et leurs domaines de compétence. Ils travaillent côte à côte, disposent de hiérarchies propres, sans être toutefois pleinement indépendants les uns des autres : il existe en effet une relation quasi hiérarchique entre ces catégories de personnel, qui se manifeste notamment dans le niveau de leurs qualifications et de leurs salaires. Ce que nous appelons « hiérarchie » peut donc prendre des sens différents selon que l'on parle des hiérarchies formelles – les cadres de santé structurent notamment le travail des infirmiers – ou de l'ascendant quasi hiérarchique (au sens de la « hiérarchie professionnelle ») qui permet aux médecins de

donner des consignes – sous la forme de prescriptions – à des infirmiers et, à ces mêmes infirmiers, d'influencer le travail des aides-soignants. Les termes médico-légaux ne se laissent pas enfermer dans un cadre hiérarchique classique : les aides-soignants travaillent par exemple « en collaboration » avec les infirmiers mais « sous leur responsabilité », ce qui, sur le terrain crée des effets de pouvoir ambivalents. Dans les établissements de santé, tout le monde serait donc un peu chef...

L'enjeu de cet article est de parvenir à observer comment les différentes formes du *pouvoir de faire* se sont redéfinies dans les établissements de santé dans le contexte des récentes réformes qu'ont connues ces institutions (encadré 1) et étant donné l'état actuel des enjeux de définition des frontières professionnelles. Une comparaison systématique de la structure de ces dispositifs d'encadrement du travail dans le public et dans le privé lucratif permettra d'éclairer cette problématique (encadré 2).

Responsabilités hiérarchiques et structure des professions dans les établissements de santé

L'une des particularités les plus frappantes du travail dans les établissements de santé reste le haut niveau de formalisation et de réglementation qui structure l'espace de certaines professions. Les hôpitaux, en tant que lieux de travail, réunissent une grande variété de niveaux de qualification et balaient tout le spectre des catégories socioprofessionnelles. Bien qu'une grande diversité de statuts s'y côtoie, les relations entre ces différentes catégories de personnel n'en apparaissent pas moins (peut-être devrait-on dire « d'autant plus ») codifiées : la définition et la division des tâches sont étroitement liées aux hiérarchies professionnelles de la santé, dont l'accès est lui-même extrêmement conditionné par les formations initiales. Sur le terrain, il apparaît que plus les professions sont prestigieuses, plus elles sont codifiées, plus leurs membres exercent un monopole exclusif sur certaines tâches et plus ils s'éloignent des tâches sur lesquelles il n'existe pas de monopoles. En revanche, plus les catégories sont basses, moins le contenu du travail est prédéfini, plus il est susceptible de redéfinitions en situation, ce que contestent parfois les individus concernés, par exemple les aides-soignantes ou les brancardiers.

1. Il est de plus probable que l'enquête que nous utilisons pour cette étude sous-estime systématiquement le nombre d'actifs hospitaliers peu qualifiés travaillant dans les établissements de santé, en raison du nombre croissant de services externalisés dans les établissements de santé. Ce biais est vraisemblablement plus marqué dans le secteur privé lucratif (Jounin, Wolff, 2006). L'écart observé entre les structures de qualification du public et celles du privé se creuserait donc certainement si l'on prenait en compte le personnel d'autres entreprises qui travaille pour les hôpitaux (sous-traitance). Enfin, le décalage temporel de plusieurs mois entre le moment de l'échantillonnage et celui de l'enquête sur le terrain peut lui aussi aboutir à une sous-estimation des effectifs peu qualifiés, puisqu'il peut conduire à exclure davantage les titulaires de contrats de travail courts.

Plus de personnel qualifié dans le public

Lorsque l'on s'intéresse aux différences entre public et privé dans le secteur de la santé, l'un des premiers constats que l'on peut faire concerne les écarts observés entre leurs structures de qualification. On compte en effet sensiblement plus de médecins, de cadres de direction et de cadres de santé dans le public que dans le privé lucratif, où le personnel moins qualifié est mieux représenté (tableau 1). Les actifs hospitaliers apparaissent ainsi en moyenne plus qualifiés dans le public que dans le privé¹.

Ces différences de structure de main-d'œuvre, renforcées par des pratiques salariales distinctes, se traduisent par des arrangements organisationnels variables selon le statut des établissements.

Dans le secteur privé, en effet, la plupart des médecins (plus de trois sur quatre) exercent leur métier dans le cadre d'une activité libérale. Ils sont donc liés aux établissements de santé où ils interviennent dans les limites contractuelles d'une relation mutuelle de prestation de services : ils sont rémunérés sur la base des actes et consultations consentis ; en retour, ils rémunèrent les établissements à la hauteur des moyens (technologiques et humains) mis à leur disposition. Il n'est de plus pas rare que ces médecins soient actionnaires de ces établissements privés.

Dans ce cadre, ce personnel a un rapport à son lieu de travail fort différent de celui des médecins salariés du public. L'observation sur le terrain révèle la complexité de ces liens d'appartenance : si dans l'hôpital public l'implication des médecins est à peu près égale, elle est en revanche très variable d'un médecin à l'autre dans l'hôpital privé. Certains s'appuient davantage sur le personnel soignant pour l'organisation et l'encadrement du travail de leurs services, voire reportent presque intégralement les tâches d'encadrement sur la hiérarchie soignante. D'autres, au contraire, éventuellement « fondateurs » de leur unité, s'investissent au point de faire s'interroger les cadres infirmiers sur leur propre utilité. Il demeure cependant périlleux de mener une comparaison valable entre un centre hospitalo-universitaire et un hôpital privé lucratif car les statuts des médecins de l'un à l'autre sont trop divers : dans le premier, ce sont des internes, donc des médecins encore en apprentissage, qui assurent le gros du travail hospitalier quotidien, tandis que ce sont des médecins confirmés qui exercent dans le second.

Si l'on a de bonnes raisons de penser que les « soignants » sont, dans le privé, plus souvent investis de responsabilités hiérarchiques que dans le public, on n'en retrouve pas moins des écarts similaires dans les structures de qualification de la hiérarchie soignante : il y a en moyenne deux fois moins de cadres de santé dans le privé que dans le public ; par ailleurs, on compte moins d'infirmiers(ères) qualifiés(es) et plus d'agents de service et d'aides-soignants(es) dans le privé lucratif.

Il est donc probable que, par rapport aux établissements publics, l'organisation du travail dans les établissements privés lucratifs se caractérise par une plus grande délégation des tâches vers le bas de la hiérarchie professionnelle.

Une série de questions, intégrée dans le questionnaire de l'enquête DREES, permet de détailler les modalités de la participation de ces différents groupes professionnels aux responsabilités hiérarchiques. Au cœur de notre problématique, l'une de ces questions (« Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou votre autorité ? » : 21^e question posée aux enquêtés) nous permettra de cerner une population qui a le sentiment d'exercer une influence directe sur le travail d'autres salariés.

Qui donne des ordres, qui détient l'autorité ?

La formulation de cette question présente plusieurs avantages. D'une part, elle se conforme strictement à celle que l'on peut trouver dans les questionnaires de

l'enquête Conditions de Travail de 1998 (INSEE-DARES), ce qui permet de proposer quelques comparaisons avec des résultats obtenus sur l'ensemble de la population active française. D'autre part, la formulation de cette question a été conçue pour pointer les versions les plus explicitement autoritaires de la domination : les termes « ordres » et « autorité » ont été choisis afin de proposer une interprétation dure, cristallisée, des relations de pouvoir.

Cette question présente des inconvénients, qui sont la contrepartie de ses avantages : la manière dont elle réduit la question du pouvoir au fait d'avoir un ou plusieurs salariés identifiés sous ses ordres permet de cerner assez précisément une relation (qu'on qualifiera de hiérarchique) mais laisse d'autres relations de pouvoir dans le flou.

L'examen des réponses révèle une population hiérarchique variée et extrêmement contrastée : logiquement, les cadres de direction et de santé qui répondent positivement sont nombreux mais, à côté de ces derniers, beaucoup de médecins et d'infirmiers déclarent donner des « ordres » ou détenir une « autorité ». La variété de ces réponses signale vraisemblablement l'embarras des personnes face à une question qui interroge leurs rapports au pouvoir dans l'organisation hospitalière, sans parvenir à les décrire précisément. Si les cadres infirmiers répondent massivement « oui » à la 21^e question, c'est que leur travail se résout bien à l'exercice d'une autorité sur une ou plusieurs personnes en particulier. En revanche, la relation des médecins aux infirmiers (la prescription) ou celle des

TABLEAU 1 ●

Structures des professions

en %

Groupes professionnels	Tous établissements confondus	Selon le statut de l'établissement			(1) / (3)	
		Public	Public (1)	Privé non lucratif (2)		privé lucratif
Médecins	Médecins libéraux*	0,3	-	0,1	2,5	1,9
	Médecins salariés	5,4	6,3	3,8	0,8	
Cadres de direction		1,5	1,5	1,8	10,0	1,5
Professions intermédiaires	Cadres de santé	2,8	3,1	1,8	1,4	2,2
	Infirmiers	25,0	25,2	21,7	27,3	0,9
	Autres professions intermédiaires	13,3	13,7	16,2	7,8	1,8
Employés	Aides-soignants	24,2	24,0	21,7	27,5	0,9
	Agents de service	13,3	12,4	15,6	16,6	0,7
	Autres employés	10,2	9,3	12,9	13,0	0,7
Ouvriers		4,2	4,5	4,5	2,1	2,1
Ensemble		100,0	76,3	12,0	11,7	

* La proportion de médecins libéraux donnée ici est sous-estimée, dans la mesure où l'enquête ne prend en compte que les médecins libéraux exclusifs, à l'exclusion de ceux ayant une activité mixte.

Lecture : les cadres de santé représentent 2,8 % de l'ensemble des actifs hospitaliers (au sens où l'enquête les définit). Dans les établissements publics de santé, la part des cadres de santé parmi les actifs s'élève à 3,1 %. En proportion, ils y sont donc deux fois plus nombreux que dans les établissements privés.

Sources : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003, DREES.

infirmiers aux aides-soignants (la délégation) ne se limite pas à cette question, bien qu'elles soient aussi hiérarchiques.

Les réponses à cette question ont ainsi permis non seulement d'identifier des « encadrants »², mais aussi d'autres catégories d'actifs en position de pouvoir, qui sont impliqués dans des relations d'un autre type que celui de l'encadrement. Comme nous le verrons par la suite, certains « chefs » encadrent, d'autres non.

Des « chefs » à toutes les professions

C'est dans le secteur public que l'on compte le plus de chefs. En effet, 17,2 % des actifs hospitaliers déclarent donner des ordres ou exercer une autorité dans le public, contre 15,5 % dans le privé lucratif. Ces deux taux restent inférieurs à la moyenne nationale dans les entreprises du secteur privé (22,4 % d'après l'enquête Conditions de Travail de 1998) [tableau 2].

Logiquement, ce sont bien les catégories d'actifs les plus qualifiées qui ont le plus de chance de déclarer assumer des responsabilités hiérarchiques : il existe une corrélation positive entre la propension à se déclarer « chef » et le niveau de qualification de l'emploi occupé. Ce lien apparaît légèrement plus marqué dans les établissements de santé que dans la popula-

tion active en général (voir les taux hiérarchiques à niveaux de qualification équivalents).

Pourtant, la corrélation entre niveaux de qualification et propensions à déclarer donner des ordres n'est pas parfaite : ce sont en effet les cadres de santé qui enregistrent les taux hiérarchiques les plus élevés aussi bien dans le public que dans le privé. Cette catégorie de personnel occupe une position intermédiaire entre deux hiérarchies professionnelles (médecins et infirmiers), dédiée aux tâches d'encadrement et d'organisation du travail des services hospitaliers. Massivement, les cadres de santé répondent donc positivement à la question sur les responsabilités hiérarchiques.

Dans le secteur privé lucratif, les médecins – qu'ils soient libéraux ou salariés – enregistrent des taux hiérarchiques sensiblement supérieurs à ceux du secteur public. Moins nombreux en proportion que les médecins du public, ils déclarent plus souvent assumer des responsabilités hiérarchiques. Par ailleurs, le fait d'exercer avec un statut libéral conduit les médecins à s'impliquer encore un peu plus souvent dans des relations de pouvoir. Certainement parce que, ne s'agissant dans l'échantillon que de médecins libéraux exclusifs, ces derniers sont nombreux à assumer des responsabilités de direction, en plus de leur activité médicale.

TABLEAU 2 ●

Taux hiérarchiques selon les groupes professionnels

en %

Groupes professionnels	Tous établissements confondus	Selon le statut de l'établissement			(1) / (3)	
		Public	Public (1)	Privé non lucratif (2)		privé lucratif
Médecins	libéraux*	69,7	-	59,8	70,0	-
	salariés	50,4	49,6	56,2	68,7	59,4
Cadres de direction		63,3	60,9	76,9	61,9	0,0
Professions intermédiaires	cadres de santé	87,2	87,4	83,9	89,0	37,2
	infirmiers	23,4	23,7	22,7	22,0	0,0
	autres	17,5	15,5	20,5	34,6	0,0
Employés	aides-soignants	3,4	3,2	4,9	3,3	14,0
	agents de service	3,0	2,9	2,6	3,9	0,0
	autres	4,9	4,9	4,4	5,2	0,0
Ouvriers		16,4	16,8	13,0	17,6	6,8
Ensemble		16,8	17,2	16,0	15,5	22,4

Lecture : Dans le secteur public, près d'un médecin salarié sur deux déclare avoir des responsabilités hiérarchiques.

Sources : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003, DREES et enquête Conditions de Travail 1998, INSEE (champ : salariés des entreprises publiques et privées uniquement).

2. Par « encadrement », nous désignons les fonctions dans les organisations autorisant un actif non seulement à définir le travail d'autres actifs avec de bonnes chances d'être obéi (domination au sens de Weber), mais aussi à mobiliser un certain nombre de dispositifs organisationnels (incitatifs – promotion, primes, etc. – ou punitifs – sanctions, refus d'aménager l'emploi du temps, d'attribuer des heures supplémentaires) pour tenter de contraindre les subordonnés à l'obéissance, dans les cas où ils se montreraient réticents. L'encadrement se caractérise donc par de la domination, conjuguée à des ressources organisationnelles mobilisables pour briser les résistances (Jounin, Wolff, 2006).

ENCADRÉ 1 ●

LES TRANSFORMATIONS DU TRAVAIL
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

À la lecture de la littérature sur les établissements de santé et des post-enquêtes récemment menées à la suite de l'enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé de 2003, il apparaît que plusieurs évolutions en cours ont eu un impact significatif sur la structuration des relations hiérarchiques dans ces établissements. Trois d'entre elles sont particulièrement prégnantes.

L'évolution et la reconfiguration des métiers traversant le personnel médical, paramédical et technique.

De nombreux travaux décrivent le mouvement de technicisation (développement des normes d'hygiène au XIX^e siècle) qui a extrait les activités non médicales de la gratuité offerte par les religieuses et de l'indignité attachée aux « garçons » et « filles de salle ». Ce mouvement accompagne l'essor et la professionnalisation des métiers infirmiers (Kergoat et al., 1992 ; Picot, 2005). De même, à mesure que la technicisation de la fonction infirmière se renforce et qu'elle devient un instrument de valorisation de la profession, se repose la question de l'existence d'une catégorie de personnels affectée plus directement à l'accompagnement, à l'écoute et à la prise en charge directe des malades : les aides-soignantes (Arborio, 2001). L'apparition d'une hiérarchie paramédicale pour encadrer le travail de cette nouvelle catégorie professionnelle pose la question de la subordination des métiers paramédicaux aux médecins (question réactualisée par la création de pôles d'activité dirigés par des médecins).

Au-delà, c'est la définition même du « cur de métier hospitalier » (le soin) et l'identité des agents qui se trouvent aujourd'hui interrogées, car des activités traditionnellement directement prises en charge par les établissements de santé (restauration, blanchisserie, nettoyage et même stérilisation) viennent à être sous-traitées. Dans le même temps, sont apparues d'autres professions « techniques » très qualifiées (informaticien, ingénieur hospitalier et notamment biomédical, voir Metzger et Schweyr, 2005), dont le rapport au soin et au « cur de métier hospitalier » reste en débat.

L'inscription croissante de tous les personnels dans une logique salariale, fondée sur la soumission à des consignes, notamment le respect d'horaires.

Cette tendance résulterait à la fois d'une politique des établissements (souvent impulsée par les politiques publiques : normalisation et codification des actes, rationalisation des compétences et des horaires, réduction du temps de travail, logique managériale de plus en plus forte, etc.) et des comportements des salariés. Dans les cinq post-enquêtes et sur notre propre terrain (Jounin, Wolff, 2006), les « anciens » sont nombreux à faire remarquer que les « jeunes » feraient davantage attention aux horaires, respecteraient plus scrupuleusement les protocoles au détriment du relationnel, etc.

La redéfinition de la mission de ces institutions, dans un contexte où les enjeux gestionnaires (maîtrise des dépenses, des coûts, de la masse salariale) prennent une importance croissante.

Si l'objectif affiché de maîtrise des coûts n'est pas nouveau, un certain nombre de réformes vont modifier non seulement les moyens d'y parvenir, mais plus profondément le fonctionnement même des établissements de santé (Molinié, 2005) :

contractualisation (interne et externe) de l'activité, qui se développe dans les années 1990 (réformes de 1991 et 1996) avant d'être confirmée et généralisée par le plan Hôpital 2007, notamment par la création des pôles d'activité ;
rationalisation de l'activité, par l'obligation faite aux établissements de santé de passer par une démarche d'accréditation (réforme de 1996) ;
transformation du mode de financement de l'activité, avec la généralisation aux établissements publics et au secteur privé participant au service public hospitalier (PSPH) (à l'exception de certains services) de la tarification à l'activité, qui organisait déjà le privé lucratif au détriment de l'ancien système de la dotation globale (plan Hôpital 2007).

Ces évolutions se sont traduites par une recomposition importante de l'encadrement du travail. Des témoignages (Jounin, Wolff, 2006) suggèrent que les cadres s'éloignent de leurs fonctions soignantes et apparaissent de plus en plus comme de simples relais des contraintes budgétaires face à leurs subordonnés. On peut en effet faire l'hypothèse que le développement de la contractualisation et l'objectif de maîtrise des coûts accroissent le poids des responsabilités gestionnaires par rapport aux responsabilités thérapeutiques (rôle croissant des cadres de direction, émergence de la figure de « chef de pôle »¹, renforcement des objectifs gestionnaires imposés à l'encadrement médical). Par ailleurs, la généralisation de la tarification à l'activité invite à une rotation plus rapide des malades. Dans ce contexte, il est probable que des intérêts contradictoires soient exacerbés, les chefs de service poussant à la multiplication des opérations pour maintenir ou augmenter le budget de leur service, tandis que leurs subordonnés résisteraient au surcroît de travail accompagnant ce mouvement. D'après nos observations, cette contradiction était plus vive et mieux implantée dans l'hôpital privé, dans la mesure où non seulement la direction de l'hôpital mais également les médecins libéraux (payés à l'acte) avaient intérêt à réduire la durée moyenne de séjour des malades. Dans l'hôpital public observé, les médecins assurant le suivi quotidien des malades (essentiellement des internes) et les soignants, tous fonctionnaires ou presque, se considéraient davantage comme victimes des mêmes contraintes et voyaient davantage « l'administration » comme un ennemi commun.

1. Même si elle n'est pas encore effective dans la plupart des établissements de santé, la réorganisation en pôles d'activité (plan Hôpital 2007) est souvent anticipée : de nombreux établissements de santé font progressivement évoluer leurs organigrammes dans l'espoir d'opérer une transition « douce » vers ces nouvelles formes d'organisation de l'activité.

Mais même si, parmi l'ensemble du personnel encadrant du privé, les médecins ont une propension supérieure à déclarer encadrer, ils constituent une catégorie moins bien représentée que dans le public : sur cinquante chefs (actifs hospitaliers déclarant donner des ordres), on compte sept médecins – salariés et libéraux – dans le privé lucratif (14,2 % dans le tableau 3) contre neuf dans le public (17,8 %).

Enfin, infirmières mises à part, les taux hiérarchiques dans le public sont systématiquement inférieurs à ceux du privé lucratif, malgré un taux

hiérarchique moyen plus élevé dans le public (tableau 2). Ces écarts, rapportés aux structures de qualification selon les secteurs (tableau 1), traduisent la propension inférieure des salariés qualifiés à accéder à des responsabilités hiérarchiques dans le public ; ils s'expliquent ensuite par l'abondance dans le public d'une main-d'œuvre qualifiée, qui, bien qu'elle accède plus rarement aux responsabilités hiérarchiques, reste malgré tout sur-représentée parmi les « chefs » relativement au privé lucratif (voir tableau 3 et graphique 1). Enfin, le cas des infirmières fait dans ce schéma figure d'exception : elles déclarent dans le

TABLEAU 3 ●

Structure de la population hiérarchique en %

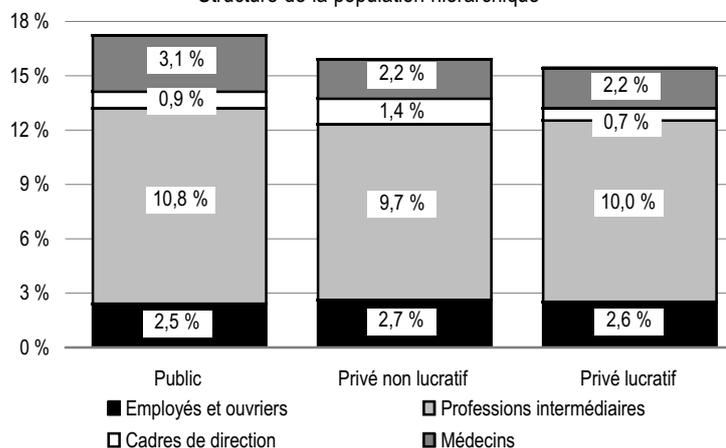
Groupes professionnels		Tous établissements confondus		Selon le statut de l'établissement	
		Public	Public (1)	Privé non lucratif (2)	privé lucratif
Médecins	libéraux*	1,2	-	0,6	11,0
	salariés	16,1	17,8	13,1	3,2
	<i>Total médecins</i>	<i>17,3</i>	<i>17,8</i>	<i>13,7</i>	<i>14,2</i>
Cadres de direction		5,4	5,2	8,8	4,5
Professions intermédiaires	cadres de santé	14,3	16,1	9,4	7,8
	infirmiers	35,1	34,5	30,6	39,0
	autres	13,7	12,1	20,6	17,5
Employés	aides-soignants	4,8	4,6	6,9	5,8
	agents de service	2,4	2,3	2,5	3,9
	autres	3,0	2,9	3,8	4,5
Ouvriers		4,2	4,6	3,8	2,6
Ensemble		100,0	100,0	100,0	100,0

Lecture : 17,8 % des chefs des établissements publics de santé sont des médecins salariés.

Sources : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003, DREES.

GRAPHIQUE 1 ●

Structure de la population hiérarchique



Lecture : 17,2 % des actifs hospitaliers du public déclarent donner des ordres (voir tableau 2). Parmi ces chefs, on compte une part importante de médecins : 3,2 % contre 2,2 % dans le privé lucratif.

Sources : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003, DREES.

public plus souvent assumer des responsabilités hiérarchiques que dans le privé, vraisemblablement parce qu'elles sont beaucoup plus nombreuses dans le public à « faire fonction » de cadres infirmiers sans en avoir le statut (voir Jounin, Wolff, 2006, en particulier le chapitre intitulé « Fonctions et statuts : Qui fait quoi et à quel titre ? »)

Dans le privé, plus de chances d'encadrer toutes choses égales par ailleurs

La comparaison public/privé des taux hiérarchiques moyens souffre donc d'un effet de structure, puisque l'on compte en moyenne plus de chefs dans le public que dans le privé. Ce phénomène n'est-il dû qu'à la surreprésentation dans ce secteur de catégories de personnel (principalement les médecins et les cadres de santé) assumant traditionnellement largement ce type de tâches ou cela reste-t-il vrai « toutes choses égales par ailleurs » ?

La mise en œuvre d'un modèle logistique, permettant de rendre compte de la probabilité toutes choses égales par ailleurs des enquêtés de se déclarer « chefs » en fonction de leur sexe, de leur profession et de leur ancienneté dans cette profession nous incite

à retenir la première hypothèse. Une fois les différences public/privé dans la structure des qualifications prises en compte, c'est dans le privé lucratif que les chances de déclarer donner des ordres sont supérieures (au seuil de significativité de 2 %, voir tableau 4).

De plus, ce sont les cadres de santé qui déclarent le plus souvent encadrer : toutes choses égales par ailleurs, le rapport de chances de déclarer assumer des responsabilités hiérarchiques est pour ces derniers très supérieur à celui des médecins.

Les responsabilités hiérarchiques dans les établissements de santé semblent concerner au premier chef les cadres de santé. Les médecins, salariés et libéraux, et les cadres de direction assument moins systématiquement ces tâches. Les aides-soignants, agents de service et ouvriers qui déclarent donner des ordres sont quant à eux très rares et correspondent vraisemblablement à des configurations organisationnelles très particulières.

De plus, toutes choses égales par ailleurs, la position des enquêtés dans la hiérarchie des professions apparaît être la dimension qui explique le mieux les chances d'accéder à des responsabilités hiérarchiques. Le genre des individus est aussi un critère discriminant : toutes choses égales par ailleurs, les

ENCADRÉ 2 ●

UNE APPROCHE COMPARATIVE PUBLIC/PRIVÉ

Cette étude des relations hiérarchiques se fonde sur une comparaison entre établissements publics et privés, autour d'une problématique articulant statut et fonction (pour une description plus détaillée du dispositif d'enquête, voir Jounin, Wolff, 2006).

Les établissements privés, lucratifs notamment, peuvent en effet mettre en œuvre une gestion du personnel fondée sur le contrat et le marché (externe et interne) : bien que contraints par l'obligation de respecter les réglementations en vigueur dans le secteur de la santé, ils disposent d'une plus grande liberté dans le recrutement et le licenciement, la fixation des salaires et la promotion des salariés, ce qui leur permet de mener une politique de recrutement en cohérence avec leurs objectifs de production. Les établissements publics de santé, même si leur fonctionnement a eu tendance ces dernières décennies à se rapprocher de celui du privé lucratif, sont quant à eux les héritiers d'une longue tradition institutionnelle qui les distingue des établissements privés et qui contraint leurs pratiques : la prééminence accordée aux statuts dans la division du travail et les enjeux professionnels qui en découlent participent à la structuration d'une organisation du travail et de hiérarchies professionnelles spécifiques. Cette différence entre privé et public concerne notamment les cadres infirmiers, presque tous diplômés de l'école des cadres dans le public, tandis qu'ils étaient majoritairement promus par leur employeur et non diplômés dans l'hôpital privé.

Dans un contexte légal et institutionnel où les marges de manœuvre accordées aux établissements de santé du public sont redéfinies afin d'y implanter des problématiques qui sont traditionnellement celles du privé (maîtrise des coûts, rentabilité, introduction d'un intéressement), on peut néanmoins se demander si l'observation des établissements privés lucratifs peut alimenter la réflexion sur le devenir des établissements publics, et en particulier si le fonctionnement de la structure hiérarchique et professionnelle (formelle et informelle) du privé lucratif peut éclairer les évolutions que connaissent les relations hiérarchiques dans le public.

Contrairement à l'approche traditionnelle de la sociologie des professions (initiée par Hughes, 1971 et Becker et al., 1961 pour les métiers de la santé), nous ne nous intéressons pas spécifiquement à la façon dont les différents acteurs négocient leurs places respectives dans la chaîne de soins : nombre de recherches sur la santé ont pu en effet montrer comment les professions médicales et paramédicales se sont progressivement constituées les unes par rapport aux autres, dans un mélange de subordination, de collaboration et d'antagonisme, comment des tâches disparates sont devenues des métiers et comment des métiers sont devenus des professions, défendues par des définitions réglementaires et des droits d'entrée.

Dans cette étude, il s'agit d'observer, à un moment donné de ce « mouvement perpétuel » de redéfinition des métiers, les enjeux de définition des dispositifs légitimes qui organisent le contenu et la répartition des tâches. Ces dispositifs d'encadrement et de mise en forme du travail peuvent prendre des formes variées : il peut s'agir des hiérarchies managériales (un cadre infirmier donnant des ordres à ses subordonnés), des hiérarchies médicales (pouvoir prescriptif des médecins) ou soignantes (pouvoir de délégation des infirmières), mais aussi d'un ensemble de règles formelles (consignes thérapeutiques, managériales, « protocoles », etc.) et informelles (autorégulation des collectifs et arrangements interpersonnels), ou de pratiques incorporées (« gestes du métier »).

femmes se déclarent moins souvent « chefs » que les hommes. L'ancienneté dans la profession semble, quant à elle, peu jouer.

Finalement, lorsque l'on examine les effets dus notamment aux variations public/privé en termes de structure des qualifications du personnel, d'ancienneté et de genre (tableau 4), il apparaît que toutes choses égales par ailleurs il est plus courant de s'estimer chef dans le privé que dans le public. Autrement dit, l'accès à certains diplômes, titres ou grades y est moins nécessaire. À l'inverse, cela peut avoir pour effet de signifier que, dans le privé, un plus grand nombre de salariés se voit confier des responsabilités hiérarchiques, sans pour autant bénéficier des gratifications attendues, en termes de statut ou de rémunération (la propension élevée des « autres professions intermédiaires » à déclarer donner des ordres en serait un indice, voir tableau 2).

TABLEAU 4 ●

Chances de déclarer donner des ordres
toutes choses égales par ailleurs

	Odds Ratio	plus-value
Genre		
Femmes	0,77	1 %
Ref : Hommes		
Profession		
Médecins libéraux	5,56	< 0,1 %
Médecins salariés	4,21	< 0,1 %
Cadres de direction	6,06	< 0,1 %
Cadres de santé	23,38	< 0,1 %
Ref : Infirmières		
Autres professions intermédiaires	0,81	9 %
Aides soignantes	0,13	< 0,1 %
Agents de service	0,11	< 0,1 %
Autres employés	0,18	< 0,1 %
Ouvriers	0,55	1 %
Ancienneté dans la profession		
Moins d'un an	1,06	85 %
Entre 1 et 3 ans	0,76	16 %
Entre 3 et 5 ans	0,69	4 %
Entre 5 et 10 ans	0,81	10 %
Ref : Entre 10 et 20 ans		
Entre 20 et 30 ans	1,07	56 %
30 ans et plus	1,02	92 %
Statut de l'établissement		
Ref : Public		
Privé non lucratif	1,06	55 %
Privé lucratif	1,30	2 %

Méthodologie : modèle logistique sur l'ensemble du champ de l'enquête. Lecture : pour les cadres de direction, toutes choses égales par ailleurs (à sexe, ancienneté et secteur équivalents), le rapport de chances de déclarer donner des ordres plutôt que de ne pas en donner est six fois supérieur (6,06) à celui des infirmières. On a fait figurer en gras les odds-ratios significatifs au seuil de 5 %.

Le cas des cadres, et notamment des cadres de santé, peut varier selon le statut des établissements : dans le privé, une infirmière peut être promue responsable par seule décision du gestionnaire de l'établissement ; dans le public en revanche, la même infirmière devrait être dans l'obligation de passer par l'école de cadres et obtenir le diplôme correspondant.

On peut donc supposer que les établissements publics de santé gèrent leur personnel en accordant une plus grande importance à la dimension statutaire des qualifications (grades et titres de la fonction publique). Or cette gestion ne permet pas la même souplesse d'attribution des responsabilités hiérarchiques, puisque l'accès à celles-ci apparaît plus étroitement réglementé. À l'inverse, la politique de maîtrise des coûts et le manque en personnel qualifié (aussi bien médical que soignant), chronique dans ce secteur, incitent la plupart des établissements (publics et privés) à utiliser plus de personnel paramédical et technique, ainsi qu'à déqualifier certaines tâches afin de faciliter leur transfert. Des freins existent cependant à ce mouvement de transfert des tâches puisque, dans le privé comme dans le public, il s'agit pour les médicaux et paramédicaux de professions réglementées : dans le cas d'un contentieux à la source duquel un transfert excessif de tâches a pu être identifié, c'est directement la responsabilité pénale des personnes incriminées qui est engagée.

Différentes formes de relations de pouvoir

La population des chefs, telle que nous l'avons définie ici à partir des réponses à une question, apparaît très hétérogène (tableau 3). Elle compte aussi bien des médecins que des infirmiers ou des aides-soignants et des agents de service. La réalité des tâches effectuées dans le cadre de ces fonctions hiérarchiques peut varier très sensiblement selon ces catégories de personnel.

Un petit nombre de questions supplémentaires ont été posées à ces enquêtés, pour préciser en quoi consiste « l'autorité » dont ils se sentent investis. Ces questions, bien que peu nombreuses et relativement insuffisantes pour rendre compte complètement de la variété des situations, ouvrent néanmoins la possibilité de distinguer différentes formes de pouvoir. Au sein des « chefs », elles permettent notamment de différencier les enquêtés qui assurent des fonctions d'encadrement et ceux qui, tout en estimant assumer des responsabilités hiérarchiques, n'encadrent pas. Ces questions pointent quatre dimensions possibles du travail d'encadrement :

- « L'augmentation de salaire, les primes ou la promotion de ces salariés dépendent-elles étroitement de

vous ? » (dans la suite de ce document : augmentation de salaire ou promotion) ;

- « L'évaluation régulière de l'activité de ces salariés est-elle de votre responsabilité ? » (évaluation de l'activité) ;
- « Leurs horaires dépendent-ils de vous ? » (définition des horaires) ;
- « La répartition ou la coordination du travail dépend-elle de vous ? » (coordination du travail) ;

La propension des chefs enquêtés à répondre positivement varie très sensiblement selon la question (tableau 5). Ils sont en effet rares à affirmer pouvoir exercer une influence sur le salaire ou la promotion de leurs subordonnés (un peu moins d'un chef sur sept) et plus nombreux à déclarer participer à la répartition ou à la coordination du travail (plus de trois chefs sur quatre).

La structure des réponses à ces questions varie légèrement selon le statut des établissements. Par rapport au privé, on compte moins de chefs dans le public qui estiment avoir un réel pouvoir d'influence sur l'augmentation de salaire, la promotion ou la définition des horaires de leurs subordonnés. Ceci est vraisemblablement dû au fait que les carrières y sont souvent formalisées (avancement à l'ancienneté) et que la mise en œuvre des 35 heures dans ces établissements s'est très souvent accompagnée d'une rationalisation de la gestion des horaires et des emplois du temps de l'ensemble du personnel hospitalier. Dans le public, les chefs sont en revanche plus nombreux à pratiquer une « évaluation régulière de l'activité » de leurs subordonnés.

Une tendance au cumul des responsabilités hiérarchiques

En moyenne, les réponses à ces questions apparaissent corrélées. La responsabilité de l'évaluation de

l'activité des subordonnés et celle de la définition de leurs horaires de travail apparaissent particulièrement liées (tableau 6). Ce n'est que pour la relation entre « augmentation de salaire » ou « promotion et coordination du travail » que l'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée (au seuil de 1 %). Ce cas mis à part, un lien positif peut être établi entre les propensions à répondre positivement (ou négativement) à deux de ces questions.

D'après l'analyse des correspondances multiples (ACM), l'influence sur l'augmentation de salaire ou la promotion des subordonnés (promotion) est la ressource hiérarchique la moins souvent citée³ (graphique 2). Il est ainsi possible de distinguer un petit groupe d'actifs hospitaliers qui dispose de cette ressource organisationnelle. Les trois autres modalités positives se classent de droite à gauche par ordre croissant de représentativité dans la population hiérarchique : la définition des horaires (horaires), l'évaluation régulière de l'activité d'autres salariés (évaluation) et la coordination du travail (coordination).

Cette analyse permet ainsi d'observer les relations entre ces variables, qui apparaissent relativement imbriquées : on oppose ainsi, à gauche du plan factoriel, des « chefs » qui ne déclarent assumer aucune des quatre tâches de type hiérarchique proposées dans le questionnaire, pour se rapprocher vers le centre de « chefs » qui ne font que coordonner le travail. Vers la droite du plan, se projettent les « chefs » dont les responsabilités hiérarchiques rejoignent celles de l'encadrement, puisqu'il s'agit d'actifs participant à la coordination, à l'évaluation et à la définition des horaires de travail d'autres actifs. Enfin, à l'extrême droite du plan, se trouvent des encadrants qui assument l'ensemble de ces responsabilités.

Une classification ascendante hiérarchique sur ces quatre variables a ensuite permis de proposer une synthèse des relations observées. Les chefs ont été

TABLEAU 5 ●

Tâches encadrantes

en %

	Tous établissements confondus	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Augmentation de salaire ou promotion	14,7	13,3	17,3	21,9
Définition des horaires	35,1	34,4	35,7	40,0
Évaluation de l'activité	49,2	51,8	39,5	41,2
Coordination du travail	75,9	76,0	74,3	76,9

Champ : actifs hospitaliers déclarant assumer des responsabilités hiérarchiques.

Sources : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003, DREES.

3. L'ACM fait apparaître comme premier axe factoriel une opposition entre les modalités positives de ces variables (à droite dans le premier plan factoriel, voir graphique 2) et les modalités négatives (à gauche). Sans surprise, la modalité qui se projette le plus loin à droite sur ce premier axe factoriel est celle qui est la moins souvent citée comme ressource hiérarchique : l'influence sur l'augmentation de salaire ou la promotion des subordonnées (promotion).

catégorisés en quatre classes, ce qui nous a permis de réduire l'hétérogénéité observée de la population des actifs déclarant donner des ordres. Ces quatre classes de responsables hiérarchiques se distribuent le long du premier axe factoriel de l'ACM. Deux de ces classes permettent d'identifier des chefs en position d'encadrer, les deux autres correspondent à des chefs n'encadrant pas.

IDENTIFICATION DE QUATRE CLASSES DE CHEFS

La première classe (13 % des chefs, soit 2 % de la population des actifs hospitaliers, voir tableau 7) regroupe les chefs ayant tendance à répondre posi-

vement aux quatre questions posées⁴ et déclarant en particulier avoir le pouvoir d'exercer une influence sur le salaire ou la promotion de leurs subordonnés (modalité rare).

Une deuxième classe de responsables hiérarchiques (24 % des chefs) n'estime pas exercer une telle influence, mais déclare évaluer d'autres salariés, définir des horaires et coordonner le travail⁵.

La troisième classe (41 %) concerne des chefs déclarant agir dans le cadre de leurs fonctions principalement pour la répartition et la coordination du travail d'autres salariés. Enfin, la classification a isolé dans une dernière classe (22 %) tous les enquêtés déclarant « avoir un ou plusieurs salariés sous [leurs] ordres ou [leur] autorité », mais ne prenant

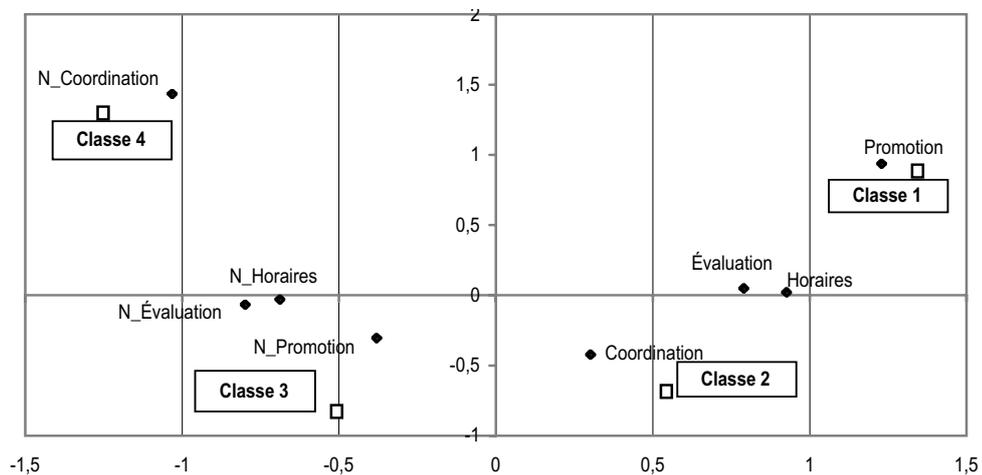
TABLEAU 6 ●
 Cumul des responsabilités hiérarchiques

	Augmentation de salaire ou promotion		Définition des horaires		Évaluation de l'activité	
	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value
Augmentation de salaire ou promotion	—					
Définition des horaires	62,2	< 0,01 %	—			
Évaluation de l'activité	76	< 0,01 %	201,1	< 0,01 %	—	
Coordination du travail	4,8	3%	69,1	< 0,01 %	120,1	< 0,01 %

Champ : actifs hospitaliers déclarant assumer des responsabilités hiérarchiques.
 Méthodologie : tests d'indépendance du χ^2 pour chaque couple de variables.
 Sources : enquête Conditions Organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003, DREES.

GRAPHIQUE 2 ●

Projection des centres de classe de la CAH dans le premier plan factoriel de l'ACM



Méthodologie : projection en tant que variables supplémentaires des centres de classe dans le premier plan factoriel de l'ACM sur les types de responsabilité hiérarchique.

4. Ces enquêtés se projetant à droite du plan factoriel (graphique 2).
5. Ces chefs se projettent dans le quadrant sud-est du plan factoriel.

pas part aux tâches listées dans le questionnaire : l'augmentation de salaire ou la promotion de leurs subordonnés ne dépendent pas d'eux, ils n'évaluent pas, ils ne décident pas les horaires et ne coordonnent, ni ne répartissent le travail.

Le regroupement des chefs en quatre classes relativement homogènes du point de vue des tâches d'encadrement assumées permet d'identifier des groupes d'actifs qui déclarent être investis de responsabilités hiérarchiques et dont les caractéristiques « objectives » du travail d'encadrement sont comparables.

Une limite évidente à ce travail d'identification des formes du travail hiérarchique tient au manque d'informations disponibles pour décrire le travail des encadrants. Les quatre questions posées dans le questionnaire de l'enquête ne suffisent pas à elles seules à circonscrire complètement les « conditions objectives » de ce travail. Elles permettent malgré tout d'approcher les représentations sur le travail d'encadrement que les enquêtés mobilisent au moment où la question leur est posée.

L'intérêt heuristique d'une telle démarche se trouve confirmé lorsque l'on observe notamment la façon dont les professions et les statuts d'établissement se projettent dans cette classification des actifs hospitaliers. En effet, à partir d'un simple regroupement des chefs – qui tire parti d'un petit nombre de questions décrivant sommairement la nature des responsabilités hiérarchiques assumées –, nous parvenons à mieux rendre compte de l'hétérogénéité de leurs statuts.

Les gouvernants, les surveillants, les experts et les autres

L'observation des « conditions objectives » du travail d'encadrement – telles que nous parvenons à les percevoir – permet en effet de réduire le flou laissé par la question sur la nature de l'« autorité » exercée

ou des « ordres » donnés. On peut notamment reconnaître, dans les deux premières classes de chefs, les deux formes du travail d'encadrement que nous distinguons, et qui apparaissent associées à des positions variables dans la hiérarchie professionnelle des établissements de santé. L'observation de la structure des qualifications dans les classes identifiées permet de poursuivre le travail d'interprétation.

Classe 1 : les gouvernants

La première classe (13 % des chefs) compte un nombre particulièrement élevé de professions qualifiées, en particulier des médecins libéraux et des cadres de direction du privé (graphique 3). Rappelons qu'il s'agit de responsables hiérarchiques qui déclarent pratiquer une évaluation régulière de l'activité des salariés dont ils ont la responsabilité, organiser leurs horaires, gérer la répartition ou la coordination de leur travail et surtout qui décident de l'augmentation de salaire, des primes ou de la promotion de leurs subordonnés (voir tableau 7). Il s'agit donc bien de responsables hiérarchiques engagés dans des relations d'encadrement avec leurs salariés : ces chefs-là commandent, tout en détenant les moyens de se faire obéir.

En outre, ces encadrants peuvent être qualifiés de « gouvernants » dans la mesure où ils assument pleinement l'ensemble des tâches ayant trait à la gestion de l'établissement de santé dont ils dépendent – en particulier en ce qui concerne la gestion des carrières de leurs subordonnés. Dans le privé et notamment dans les petites structures, la responsabilité du fonctionnement des services revient assez souvent à des médecins libéraux qui, en plus de leur activité médicale, assument parfois le rôle du chef d'entreprise ou d'actionnaire principal. Dans les autres cas, ce rôle revient aux cadres de direction (notamment les directeurs d'hôpitaux).

TABLEAU 7 ●

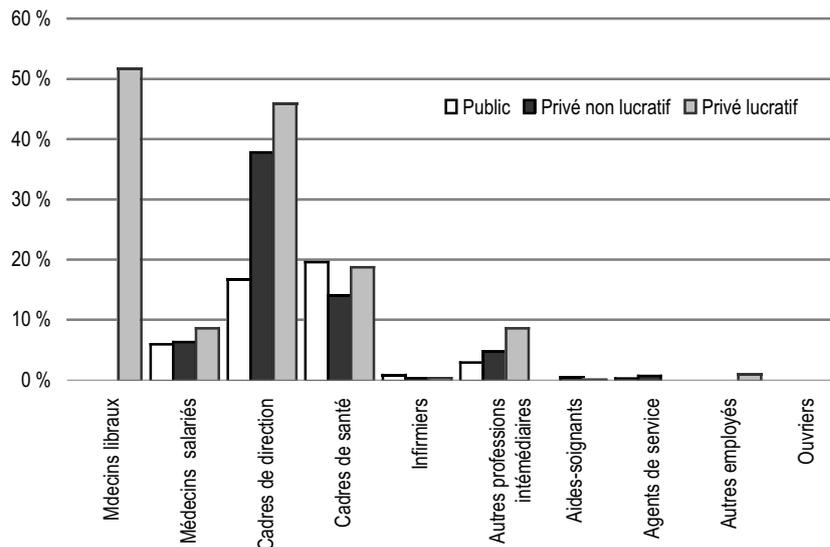
Classes de chefs et types de responsabilité hiérarchique

Classes	Effectifs des classes	Effectifs (parmi les encadrants)	Augmentation de salaire ou promotion	Évaluation de l'activité	Définition des horaires	Coordination du travail	
Classes de chefs	1	2	13	100	73	94	92
	2	4	24	0	100	81	97
	3	7	41	1	0	37	100
	4	4	22	6	8	13	0
Non chefs	83		0	0	0	0	

Lecture : tous les chefs de la classe 1 estiment que l'augmentation de salaire ou la promotion de leurs subordonnés dépendent d'eux.
 Sources : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003, DREES.

GRAPHIQUE 3 ●

Effectifs des groupes professionnels parmi les « gouvernants » (classe 1)
 selon le statut de l'établissement



* Dans notre échantillon d'actifs hospitaliers enquêtés, les médecins libéraux du privé non lucratif sont trop peu nombreux pour que des probabilités d'appartenir à l'une de ces classes puissent être interprétées (voir tableaux 1 et 3). De même, les aides-soignants, agents de service, autres employés et ouvriers déclarant donner des ordres sont relativement rares dans notre échantillon (autour d'une trentaine d'individus par catégorie, une dizaine par secteur). Les probabilités d'appartenance aux classes de chefs sont, en ce qui concerne ces catégories d'actifs hospitaliers, à interpréter avec prudence.

Lecture : un peu plus de 50 % des médecins libéraux du privé lucratif sont classés gouvernants.

Sources : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 (hors médecins libéraux du privé non lucratif), DREES.

Classe 2 : Les surveillants

Comme la première, la deuxième classe identifiée (24 % des chefs) présente une structure professionnelle très qualifiée (graphique 4). Mais ici, ce sont avant tout les cadres de santé (ou cadres infirmiers) qui ont les meilleures chances d'y figurer. Là encore, il s'agit d'encadrants dont le spectre de responsabilité est large. En revanche, contrairement aux « gouvernants », ils ne disposent pas d'un pouvoir d'influence sur l'augmentation de salaire, les primes ou la promotion des salariés dont ils ont la responsabilité. Dans le cadre de leurs responsabilités hiérarchiques, les « surveillants » s'estiment avant tout investis de l'évaluation, de la répartition et de la coordination du travail de leurs subordonnés, ainsi que de la définition de leurs horaires (tableau 7). Ces encadrants sont donc mandatés pour définir et organiser le travail d'autres salariés, mais ne disposent pas des ressources hiérarchiques pour influencer directement les trajectoires professionnelles de ces derniers. Les tâches qui leur sont attribuées leur donnent néanmoins les moyens de contraindre leurs subordonnés à l'obéissance, si nécessaire. Les salaires, les primes et la promotion ne sont pas les seules incitations dont un encadrant peut

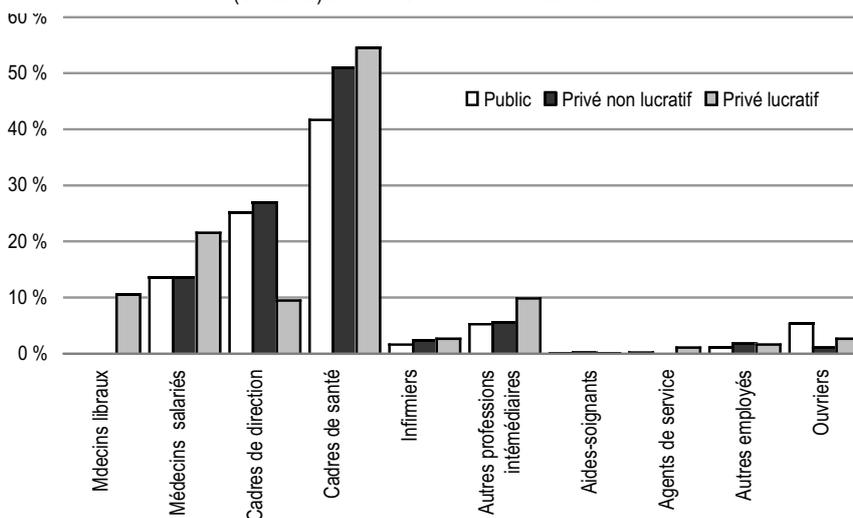
disposer : des responsabilités d'évaluation, de répartition ou de coordination du travail peuvent en effet être mobilisées afin d'obtenir le consentement des subordonnés (Jounin, Wolff, 2006, en particulier le paragraphe intitulé « Le cadre infirmier et les soignants »). En résumé, les surveillants aménagent concrètement les conditions dans lesquels le travail doit être fait, évaluent les efforts consentis, constatent les insuffisances, mais ne sont pas chargés de mettre en œuvre les récompenses ou les sanctions.

Classe 3 : Les experts

La troisième classe (41 %) est celle qui regroupe le plus grand nombre de chefs (graphique 5). Elle apparaît plus diffuse et hétérogène en termes de professions que les deux précédentes. Les infirmières y sont majoritaires. De même, les médecins salariés, ainsi que les cadres de direction et les cadres de santé des établissements publics ont de bonnes chances d'appartenir à cette catégorie de chefs. Il s'agit, pour cette classe d'« experts », de responsables hiérarchiques dont le rôle se réduit à la répartition ou à la coordination du travail d'autres salariés et, à la marge, à la définition des horaires de leurs subordonnés (tableau 7).

GRAPHIQUE 4 ●

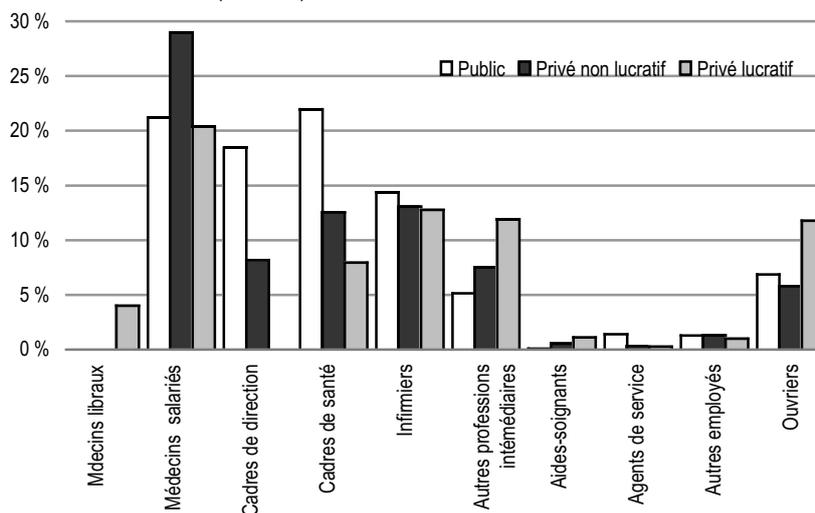
Effectifs des groupes professionnels parmi les « surveillants »
 (Classe 2) selon le statut de l'établissement



* Dans notre échantillon d'actifs hospitaliers enquêtés, les médecins libéraux du privé non lucratif sont trop peu nombreux pour que des probabilités d'appartenir à l'une de ces classes puissent être interprétées (voir tableaux 1 et 3). De même, les aides-soignants, agents de service, autres employés et ouvriers déclarant donner des ordres sont relativement rares dans notre échantillon (autour d'une trentaine d'individus par catégorie, une dizaine par secteur). Les probabilités d'appartenance aux classes de chefs sont en ce qui concerne ces catégories d'actifs hospitaliers à interpréter avec prudence.
 Lecture : un peu plus de 50 % des cadres de santé du public sont classés surveillants.
 Source : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 (hors médecins libéraux du privé non lucratif), DREES.

GRAPHIQUE 5 ●

Effectifs des groupes professionnels parmi les « experts »
 (Classe 3) selon le statut de l'établissement



* Dans notre échantillon d'actifs hospitaliers enquêtés, les médecins libéraux du privé non lucratif sont trop peu nombreux pour que des probabilités d'appartenir à l'une de ces classes puissent être interprétées (voir tableaux 1 et 3). De même, les aides-soignants, agents de service, autres employés et ouvriers déclarant donner des ordres sont relativement rares dans notre échantillon (autour d'une trentaine d'individus par catégorie, une dizaine par secteur). Les probabilités d'appartenance aux classes de chefs sont en ce qui concerne ces catégories d'actifs hospitaliers à interpréter avec prudence.
 Lecture : un peu moins de 30 % des médecins du privé non lucratif sont classés experts.
 Source : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 (hors médecins libéraux du privé non lucratif), DREES.

Nous avons qualifié ces chefs d'« experts », dans la mesure où les responsabilités dont ces actifs se sentent investis sont avant tout liées à l'exercice de gestes techniques contraignant l'activité d'autres actifs de l'établissement. Dans ce cas, l'influence exercée sur le travail d'autres salariés découle de la nécessité d'une coordination avancée des gestes exécutés. Pour les médecins, cette influence prend par exemple la forme d'un pouvoir de prescription orientant le travail des autres catégories de personnel.

Classe 4 : Les autres

La dernière classe (22 % des chefs) est le résidu des trois classes précédentes (graphique 6). Elle regroupe une grande partie des salariés peu qualifiés ayant déclaré avoir « d'autres salariés sous [leurs] ordres ou [leur] autorité », en particulier les aides-soignants et agents de service. Cette classe compte aussi des infirmières, ainsi que des médecins salariés des établissements publics. Mais les probabilités – à catégorie de qualification donnée – d'être classé « autres » restent uniformément faibles.

Rares sont les questions, proposées dans le questionnaire pour décrire le travail de ces chefs, qui ont reçu une réponse positive (tableau 7). La nature des responsabilités hiérarchiques assumées par ces actifs reste donc à explorer.

Formes d'encadrement et caractéristiques de travail

Aux différentes formes d'encadrement identifiées, correspondent différentes façons d'envisager le travail et les responsabilités qui en découlent. Dans l'enquête, une série de questions interroge notamment le degré de responsabilité que les actifs estiment avoir dans la conduite de l'activité hospitalière, qu'ils soient « chefs » ou non. Il leur est ainsi demandé si « une erreur dans [leur] travail pourrait entraîner... :

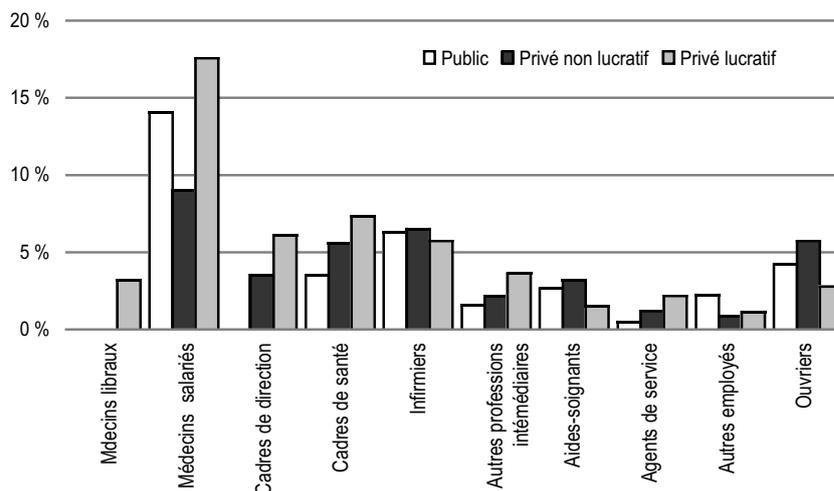
- ... des conséquences graves pour la qualité du service (ou du produit) ?
- ... des conséquences dangereuses pour votre sécurité ou celles d'autres personnes ?
- ... des sanctions à votre égard (risque pour votre emploi, diminution importante de votre rémunération, plainte devant les tribunaux, etc.) ? »

CONSÉQUENCES D'UNE ERREUR SUR LE TRAVAIL

La perception des conséquences d'une erreur varie sensiblement d'une classe de chefs à l'autre. Se distinguant des deux classes encadrantes, les « experts », suivis des « autres », sont ceux qui anticipent le plus souvent des conséquences néga-

GRAPHIQUE 6 ●

Effectifs des groupes professionnels parmi les « autres » (Classe 4) selon le statut de l'établissement



* Dans notre échantillon d'actifs hospitaliers enquêtés, les médecins libéraux du privé non lucratif sont trop peu nombreux pour que des probabilités d'appartenir à l'une de ces classes puissent être interprétées (voir tableaux 1 et 3). De même, les aides-soignants, agents de service, autres employés et ouvriers déclarant donner des ordres sont relativement rares dans notre échantillon (autour d'une trentaine d'individus par catégorie, une dizaine par secteur). Les probabilités d'appartenance aux classes de chefs sont en ce qui concerne ces catégories d'actifs hospitaliers à interpréter avec prudence.

Lecture : un peu moins de 14 % des médecins du privé non lucratif sont classés « autres ».

Source : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 (hors médecins libéraux du privé non lucratif), DREES.

tives en termes de qualité du service ou de risques pour la sécurité en cas d'erreur dans leur travail, et ce d'autant plus lorsqu'ils travaillent dans le privé lucratif (graphique 7). En cas d'erreur, ils s'attendent aussi plus souvent à une sanction.

Les « gouvernants » et les « surveillants » estiment plus rarement qu'une erreur de leur part puisse avoir des conséquences négatives. Pour ce qui est des risques encourus pour leur propre sécurité ou celle d'autres personnes, les « surveillants » s'estiment même encore moins concernés que les « non chefs ».

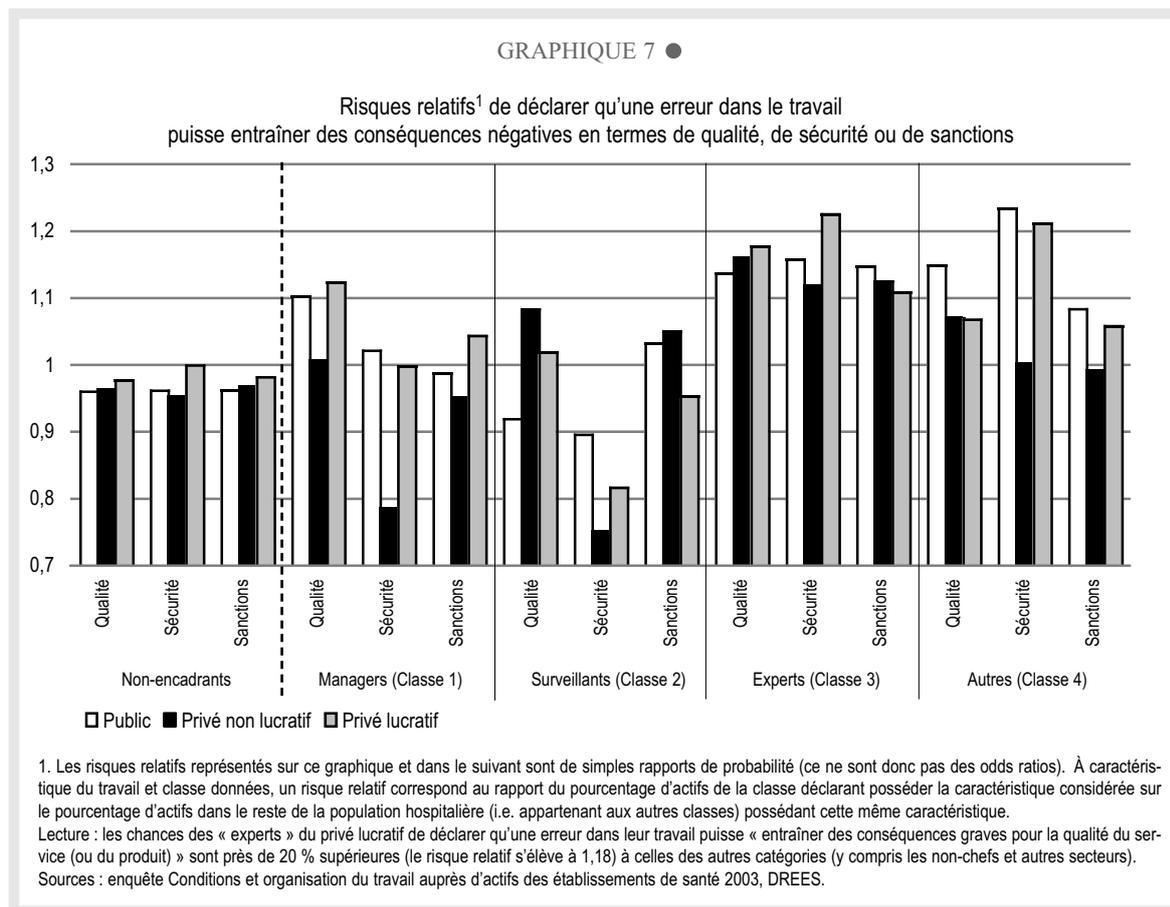
Les médecins, cadres de santé ou encore infirmières étant nombreux parmi les « experts » et secondairement parmi les « autres », ces catégories sont plus susceptibles d'avoir le sentiment d'encadrer une activité en prise directe avec les patients. L'injonction de « bien faire » pèse ainsi plus lourdement sur ces catégories de chefs non encadrants que sur des encadrants (« gouvernants » ou « surveillants »), lesquels, intervenant plus spécifiquement sur les aspects gestionnaires de

l'activité hospitalière, participent moins directement à l'activité médicale ou soignante.

Les contraintes de rythme

La perception des contraintes qui pèsent sur le travail de cette population hiérarchique varie aussi elle-même selon les classes (graphique 8). C'est encore le travail des « experts » qui apparaît le plus contraint : ces derniers dépendent plus souvent du travail d'autres collègues, en particulier de celui du personnel médical, ils s'estiment étroitement surveillés par leur hiérarchie et très exposés aux exigences des patients. Comme nous l'avons vu, l'inscription de ces chefs non encadrants dans des collectifs de travail (au sein desquels ils jouissent d'un pouvoir d'influence) est l'un des traits saillants de ces responsables hiérarchiques, que nous avons qualifiés d'« experts » pour cette raison.

Cette catégorie de chefs travaillant au cœur de l'activité des établissements de santé, c'est aussi celle qui subit le plus les tensions d'un métier où les erreurs sont faiblement tolérées⁶ mais qui est néanmoins de plus en plus fermement encadré par des



6. À la fois parce qu'une telle erreur peut avoir des conséquences graves sur la vie d'autrui, mais aussi à cause du risque croissant encouru par les praticiens de se trouver assignés en procès.

contraintes budgétaires. Relativement au public, le travail des « experts » du privé lucratif apparaît plus spécifiquement contraint par le personnel médical.

Le travail des « gouvernants » et des « surveillants » apparaît de même moins contraint que celui des « experts ». Ils estiment en particulier exercer eux-mêmes nettement moins souvent sous surveillance hiérarchique.

CONCLUSION

Une simple classification des actifs hospitaliers déclarant avoir « un ou plusieurs salariés sous [leurs] ordres ou [leur] autorité » (les « chefs »), prenant appui sur leurs réponses à une série de quatre questions détaillant la nature de ces responsabilités hiérarchiques, a donc permis de rendre compte de la diversité de cette population.

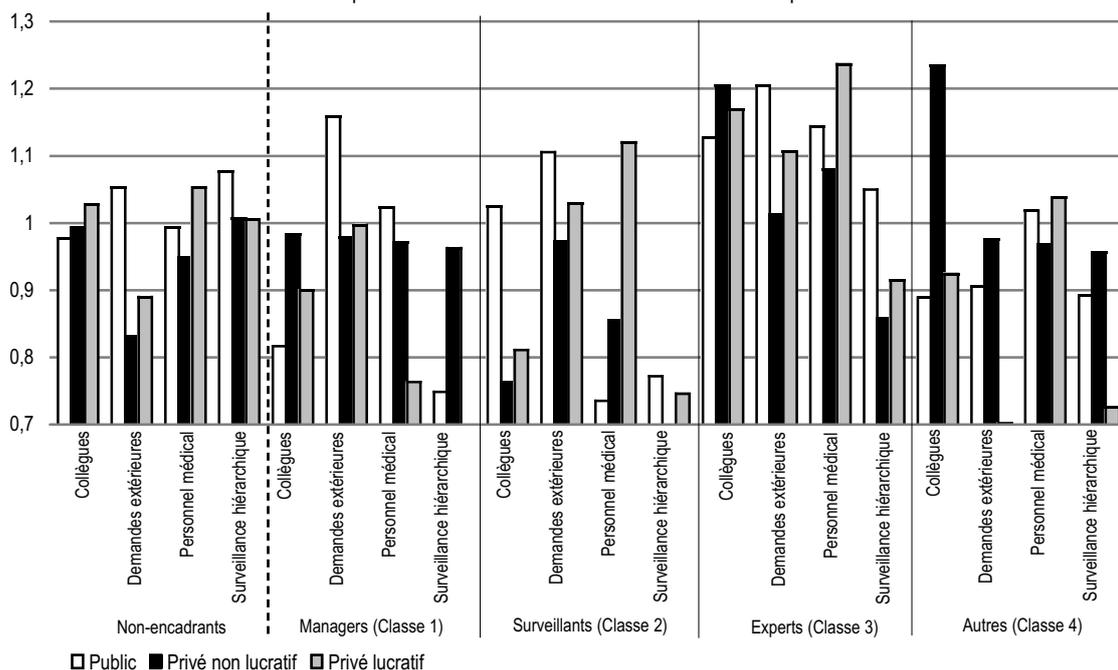
Une première catégorie de chefs, les « gouvernants », très qualifiés et occupant des postes de type administratif (cadres de direction) ou quasi administratif (médecins libéraux dans de petites structures privées), dispose d'une assez large palette de ressources hiérarchiques. Une deuxième catégorie, les

« surveillants », regroupe l'ensemble des actifs hospitaliers du public et du privé qui assument au jour le jour la gestion des équipes, des horaires de travail et évaluent sur le terrain le travail. Ces tâches reviennent généralement aux cadres de santé, dont la légitimité professionnelle s'est construite très largement autour de ces missions d'intermédiation hiérarchique. Subissant les influences multiples du personnel médical et de la direction administrative, ces encadrants de terrain doivent parfois faire face à des injonctions contradictoires et parvenir à faire le lien entre de multiples niveaux d'intervention.

Les « experts », souvent médecins ou infirmiers, forment une troisième catégorie, numériquement majoritaire parmi les chefs des établissements de santé et aux contours plus faiblement définis du point de vue des statuts mobilisés. Alors que les deux premières catégories d'encadrants se retrouvent autour de responsabilités de type gestionnaire, ces actifs hospitaliers se caractérisent par la prééminence qu'ils semblent accorder à l'activité médicale et soignante : fortement dépendants du travail de leurs collègues, soumis à une demande pressante (flux des patients) et très surveillés par leurs hiérar-

GRAPHIQUE 8

Risques relatifs de déclarer que le rythme de travail dépende des collègues, des demandes extérieures, du personnel médical ou de la surveillance hiérarchique



Lecture : les chances des « experts » du privé lucratif de déclarer que leur rythme de travail dépend de l'activité du personnel médical de leur établissement sont plus de 20 % supérieures (le risque relatif s'élève à 1,24) à celles des autres catégories (y compris non-chefs et autres secteurs).

Sources : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003, DREES.

chies, les « experts » ont le sentiment d'exercer une activité dans laquelle toute erreur se traduit par des conséquences graves. Cette catégorie des « experts » apparaît particulièrement bien représentée dans les établissements publics, alors que le privé lucratif serait plutôt marqué par la figure du « gouvernant » (tableau 8).

Une chaîne des responsabilités dans les établissements de santé s'esquisse ainsi en filigrane de ces analyses. Les « gouvernants » des établissements de santé, pour la plupart cadres de direction ou médecins libéraux dans le privé, ont la responsabilité de la gestion des établissements de santé. Ils décident des objectifs, surveillent l'activité à un niveau agrégé et sanctionnent les services qui ne répondent pas à leurs exigences. Les « surveillants » sont les relais sur le terrain et à l'intérieur des équipes des décisions prises par les « gouvernants ». Ils s'assurent que les objectifs soient bien atteints, organisent au quotidien l'activité en fonction de ces objectifs et évaluent la contribution individuelle des actifs dont ils ont la responsabilité aux résultats collectifs.

Les « experts » sont des chefs d'une nature un petit peu différente : leur autorité ne provient pas, comme dans le cas des « gouvernants » ou des « surveillants », d'une position dominante dans les organigrammes des établissements de santé, leur

assurant l'instauration d'une relation de subordination à l'intérieur de laquelle ils savent devoir être obéis. Elle s'exprime plutôt au cœur même de l'activité médicale ou soignante. L'autorité des « experts » et des « autres » s'appuie sur leur connaissance pratique des gestes médicaux ou soignants, qu'il s'agisse d'une connaissance informelle (donnée par l'expérience) ou d'une connaissance certifiée par l'appartenance à un corps professionnel.

Ces quatre classes de chefs fournissent des idéaux types permettant de distinguer les différentes configurations de l'autorité dans les établissements de santé. Les responsables hiérarchiques sont le plus souvent investis d'une autorité hybridant ces idéaux types : un médecin libéral dans un établissement privé lucratif est dans certains cas un « gouvernant » (lorsqu'il participe à la direction de l'établissement), autant qu'un « expert » (s'il continue à exercer). Les analyses permettent d'esquisser les différents « ressorts » de l'autorité mobilisés dans ces rôles.

Les terrains réalisés dans les établissements de santé permettent de cerner de façon plus qualitative en quoi consiste le travail des « experts » et des « autres », positions hiérarchiques caractérisées par de faibles niveaux d'encadrement. Nos observations nous renvoient en particulier aux spécificités des professions hospitalières, à l'existence de hiérarchies professionnelles et à la variété des formes de domination s'exerçant dans les établissements de santé. La prescription, en tant que consignes émises par certains actifs à l'intention d'autres actifs, pour lesquels c'est une obligation professionnelle de s'y conformer, est un mode de domination dont on peut trouver des équivalents dans d'autres types d'activité, mais qui ne connaît nulle part un développement aussi abouti que dans ces établissements hospitaliers. Relation encore plus hiérarchique car plus « englobante », la délégation, en tant que transfert de tâches que certains actifs peuvent effectuer mais qu'ils délèguent à d'autres qui n'ont quant à eux aucun rôle propre (typiquement, la relation des infirmières aux aides-soignantes), est un mode de domination qui rappelle les hiérarchies de métier mais sans permettre la promotion progressive qui les caractérise habituellement. ■

TABLEAU 8 ●

Formes du travail d'encadrement
et statuts des établissements

	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Non-encadrants	82,8	84,1	84,5
Encadrants	17,2	16,0	15,5
dont managers (Classe 1)	11,5	15,0	20,2
surveillants (Classe 2)	24,2	23,9	22,3
experts (Classe 3)	41,9	38,7	36,3
autres (Classe 4)	22,5	22,4	21,2

Sources : enquête Conditions et organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003, DREES.

BIBLIOGRAPHIE

- Arborio A.-M., 2001, Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital, Anthropos, Paris, 334 p.*
- Becker H., Geer B., Hughes E., Strauss A., 1961, Boys in white. Student culture in medical school, The University of Chicago Press, Chicago, 456 p.*
- Hughes E. C., 1971, Studying the nurse's work, in The sociological eye. Chicago & New York, Aldine Atherton, p. 311-315.*
- Jounin N., 2006, Loyautés incertaines, les travailleurs du bâtiment entre discrimination et précarité, thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 7, 619 p.*
- Jounin N., Wolff L., 2006, « Les relations hiérarchiques en établissements de santé », Document de travail, à paraître, DREES.*
- Kergoat D., Imbert F., Le Doare H., Senotier D., 1992, Les infirmières et leur coordination, 1988-1989, Paris, Editions Lamarre, 192 p.*
- Le Lan R., Baubeau D., 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », Études et Résultats, n° 335, août, DREES.*
- Metzger J.-L., Schweyr F.-X., 2005, « Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers », Revue française des affaires sociales, n°1, janvier-mars, DREES, p. 183-205.*
- Molinie E., 2005, L'hôpital public en France : bilans et perspectives, Paris, Conseil économique et social, 263 p.*
- Weber M., 1995, Economie et société. Tome 1 : Les catégories de la sociologie, Paris, Plon, 410 p.*
- Wolff L., 2006, Monitorat, maîtrise, administration et direction : quatre formes du travail d'encadrement dans l'industrie, Réseaux, n°134, p. 123-155.*

Post-enquêtes liées à l'enquête DREES 2003

- N° 47. Bouffartigue P., Bouteiller J., 2005, Le temps du travail dans le temps de l'emploi. Biographies professionnelles et biographies familiales d'infirmières de plus de 40 ans, juin 2005, 65 p.*
- N° 48. Douguet F., Muñoz Jorge, 2005, Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants. 172 p.*
- N° 49. Gheorghiu M. D., Moatty F., 2005, Les conditions du travail en équipe, 289 p.*
- N° 50. Bouffartigue P. Bouteiller J., 2005, Les conditions de travail des médecins. Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux, 73 p.*
- N° 51. Vega A., 2005, Rapports professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés (médecine générale, gériatrie, urgence, gastro-entérologie, psychiatrie), 113 p.*

PERCEPTIONS DU TRAVAIL ET IDENTITÉ PROFESSIONNELLE CHEZ LES MÉDECINS SALARIÉS ET LIBÉRAUX

Anne VEGA

Chercheur à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS)

Cet article se fonde sur des entretiens approfondis menés auprès de médecins préalablement enquêtés par la DREES. En médecine, la charge de travail varie selon les spécialisations, les types de clientèles soignées et les degrés de responsabilité engagée. À cet égard, la médecine hospitalière semble faire figure de modèle professionnel. En revanche, l'ensemble des médecins issus des spécialités les moins prestigieuses (urgentistes et gériatres hospitaliers) ainsi que les praticiens travaillant dans des régions peu médicalisées partagent de nombreuses difficultés d'exercice avec les médecins généralistes (gestion relationnelle des patients et de leurs proches, nécessité de mobiliser quotidiennement un savoir très large, etc.). Cependant, tous les groupes de médecins témoignent de sentiments communs d'une perte de pouvoir sous la double pression des pouvoirs publics et des usagers. D'où l'importance de maintenir au quotidien des réseaux d'entraide médicaux et des sous-spécialisations, qu'ils soient ou non formels : en effet, ces derniers permettent de rester performant, d'aménager les temps de travail, de pallier les risques d'erreurs, et surtout de se partager des décisions de plus en plus complexes, notamment suite à la venue de patients âgés.

Le mode d'exercice de la médecine, qu'il soit libéral ou salarié, constitue-t-il le principal clivage entre médecins? Cet article se fonde sur des entretiens approfondis menés auprès de médecins, préalablement enquêtés par la DREES (post-enquête à l'enquête de la DREES : « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé », 2003), concernant leurs conditions de travail, ainsi que sur deux autres enquêtes récentes consacrées aux médecins généralistes libéraux¹. Les constantes et variantes concernant les différents modes d'exercice médicaux y sont traitées, et tout particulièrement le clivage entre libéral et salarié. Nous verrons que l'analyse des perceptions du travail de quinze post-enquêtés fait apparaître d'autres axes de différenciations entre médecins, voire des fractures internes (spécialités techniques et médecine à orientation générale). L'enquête révèle en outre des difficultés partagées entre libéraux et salariés.

Cette étude invite donc à reformuler, voire à dépasser les oppositions traditionnelles en médecine. Il existe notamment des lignes de partage très nettes entre les médecins qui peuvent, ou non, obtenir facilement l'avis de collègues spécialisés et ceux qui peuvent, ou non, refuser des patients hors de leur spécialisation. Plus précisément, les degrés de dépendance et de responsabilité engagée à l'égard des patients sont au centre des identités médicales. Ils sont fonctions des positionnements réels ou symboliques de chaque praticien dans des échelles de prestige (incidence majeure des types de patients traités), et amplifiés par des contextes locaux : alliances/conflits de territoire, possibilités d'aménagement des horaires de travail et gardes à répétition. Cette enquête atteste alors de stratégies « libérales » communes, encore à étudier.

1. Vega A., « Étude de la dynamique des savoirs savants et profanes dans les réseaux de soins », Rapport scientifique de la fondation Fyssen, 2002-2003 ; Sarradon-Eck A., Vega A., Faure M., Humbert-Gaudart A., Lustmann M., « Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins », ANAES, 2002-2004.

TRAVAILLER À L'HÔPITAL : LE CUMUL D'ATOUS MAJEURS

Du centre hospitalier universitaire à l'exercice au sein de petites unités de soins, il existe un *continuum* de perceptions du travail médical. Incluant la médecine de ville, ces perceptions atténuent les oppositions administratives entre médecin salarié et libéral² et correspondent aux idéaux recherchés dans la profession : prestige, service au client, autonomie et assurance professionnelles.

TABLEAU 1 ●

Prestige

Les CHU, « C'est là où tout se passe » :

- berceau des apprentissages, de la recherche (expertise), des « émulations intellectuelles », et de la concentration des techniques de pointe ;
- référence du savoir médical scientifique (procédant par spécialisations successives).

Service au client

Les cliniques, des structures « à taille humaine » :

- communications professionnelles ouvertes³, recentrées sur les « clients » ;
- implication et échanges directs et personnalisés avec ces derniers (proches de l'exercice en cabinet) ;
- qualité des relations soignants/soignés (« médecine de proximité », « médecine libérale »).

Autonomie

Les petites unités excentrées des grands centres hospitaliers : assimilées au secteur « extra hospitalier » :

- indépendance et responsabilité directe dans le travail (sur le modèle de l'exercice en cabinet).

Assurance

Les établissements de santé, « Leur force, c'est d'avoir beaucoup de spécialistes disponibles tout de suite » :

- « staff », « projets » entre médecins de même spécialité ;
- « discussions collégiales », « travail en équipe » entre différents spécialistes regroupés géographiquement ;
- idéal d'échanges et de confort : responsabilités indirectes et/ou partagées.

Néanmoins, le travail dans les établissements de soins en général (qu'il s'agisse d'hôpitaux ou de cliniques) garantit aux médecins l'exercice en commun de « spécialités d'organes »⁴. Plus précisément, il permet, selon eux :

- la maîtrise et l'approfondissement de connaissances délimitées (échanges entre spécialistes au sujet de patients « déjà triés »⁵) ;
- un partage clairement défini « des décisions et des responsabilités ».

Ces deux atouts se sont révélés être fondamentaux chez tous les médecins enquêtés.

LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE : DES SPÉCIALITÉS DOMINANTES ET DOMINÉES

Derrière ces perceptions communes, se dessinent d'autres différenciations internes⁶. En effet, les ressentis au travail (en clinique, hôpital public ou privé) sont également liés à l'exercice de spécialisations plus ou moins valorisées, et sont fonction des types de patients traités (plus ou moins triés et médicalisables). Ces hiérarchisations traditionnelles en médecine, qui font suite à des formations identiques à l'hôpital, sont au fondement de césures brouillant encore les frontières entre salariés et libéraux.

Ainsi, les spécialistes hospitaliers en cardiologie, pneumologie et gastro-entérologie (triade des spécialités jugées « vitales ») se présentent ou sont présentés au chevet de « vrais patients » : hospitalisés, technicisés et curables.

« La cardiologie, c'est une spécialité qui a fait un bond, si je compare avec les parents pauvres des spécialités : comme la rhumatologie où il faut continuer à prendre des anti-inflammatoires (...) et puis c'est tout » (cardiologue en clinique).

Ils bénéficient, selon leur expression, de « filières » de collaboration clairement définies, « circuits » spécifiques, techniques⁷. Leur travail est en outre caractérisé par des activités « qui rapportent », soutenues par les laboratoires (« grosse spécialité », « puissante », « spécialités nanties »).

« Donc une fois que vous avez fait le tour de ces trois spécialités (cardiologie, pneumologie et gas-

2. D'autant plus que la majorité des enquêtés avaient en fait des exercices secondaires mixtes (cabinet/clinique mais aussi hôpital public/établissement privé ou cabinet).

3. Incluant les médecins libéraux, et moins hiérarchisées que dans les grands établissements publics.

4. Liées à des organes plus ou moins nobles (ex. : le cœur en cardiologie) par opposition aux orientations généralistes.

5. Par opposition aux patriciens de première ou de dernière ligne dans la chaîne des soins exposés à des patients plus hétérogènes (« médecine polyvalente », « tout venant »). Voir infra.

6. D'après Jaisson, 2002.

7. Ces pôles de haute technicité permettant en outre des échanges entre hôpital public, clinique et cabinet (partage des charges financières).

tro-entérologie), c'est 90 % de la médecine ! Après il y a la neurologie, ce qui touche à l'ORL, la stomatologie, mais c'est marginal » (gastro-entérologue exerçant en cabinet et clinique).

Par opposition, les médecins de première ligne (urgentistes, médecins généraux de ville) et de dernière ligne (gériatres, médecins en centres de rééducation, court et moyen séjour) partagent des patients « hors norme » (« tout venant », « cas sociaux », « 4^e âge », « psy ») dont la prise en charge dans les services est loin d'être évidente. Ces praticiens libéraux et hospitaliers sont à la fois au cœur de paradoxes du système de santé – organisé à partir de la référence unique des hiérarchies hospitalo-universitaires – et confrontés à des problèmes de sociétés majeurs. D'où leurs sentiments communs « d'impuissance », voire de solitude professionnelle.

La gériatrie : des questions éthiques non résolues

Elle est présentée comme une spécialité « à part », car « non technique », « médecine polyvalente » et « proche de la médecine générale ». L'exercice de la gériatrie se caractérise en effet par la prise en charge d'une partie des patients de plus en plus âgés atteints de polyopathologies, difficiles à replacer :

« Les personnes âgées ne peuvent être laissées à l'hôpital parce que ce sont des patients qui n'ont pas besoin de bénéficiaire de plateaux techniques » ;
« Ils bloquent les lits longtemps par rapport aux activités programmées » ;

« On sert un peu à décharger le CHU et les cliniques privées de court séjour, ce n'est pas toujours facile à gérer » (gériatres hospitaliers).

Comme les médecins généralistes libéraux, les gériatres hospitaliers sont particulièrement confrontés aux manques de structures de suite adaptées, mais aussi :

- à des patients difficiles à soigner, particulièrement en l'absence de procédures et de règles éthiques (en effet, se pose la question suivante : jusqu'où et comment soigner le 4^e âge ?), mais plus globalement en raison du manque de repères culturels puisque le phénomène d'augmentation de l'espérance de vie est inédit ;

- à la gestion des proches des patients :

« C'est épuisant, car on est seul et on doit absolument tenir compte de l'entourage » ;

- à des prises en charge de fin de vie, alors que les relations médicales sont toujours problématiques avec la fin des traitements curatifs et la mort (Good, 1998 ; Vega, 2000 ; Le Grand-Sébille, Vega, 2005 ; Wiseman, 1989).

« En gériatrie, il faut savoir faire preuve de philo-

sophie, avoir longtemps réfléchi car c'est très complexe : c'est 50 % de médecine, 50 % de social » (gériatres hospitaliers).

Les urgences ou le défilé constant de patients destinés à la médecine générale

Les urgences sont l'objet de nombreuses sources de stress. En effet, à l'obligation de devoir gérer le « tout venant » (« Par la force des choses, tout nous tombe dessus », « On a un peu tout ce qui vient »), s'ajoute l'incapacité à pouvoir limiter, et surtout filtrer des files de patients d'autant plus nombreuses que leurs proches les accompagnent souvent. De plus, le profil des médecins urgentistes s'apparente à celui des praticiens de ville, et plus particulièrement à celui des médecins généralistes :

« Le problème, c'est qu'on a 30 % de pathologies médicales. Le reste étant des pathologies bénignes, fonctionnelles, ou encore fausses urgences opposées à une idéologie salvatrice plus prononcée que dans les autres spécialités. Normalement nos services sont réservés aux urgences graves quand même ».

Enfin, les urgentistes ont souligné deux problèmes communs aux personnels des services téléphoniques d'urgences et aux médecins généralistes au moins en début d'exercice :

- difficultés à replacer des patients, suite au manque de lits d'aval, ou porteurs de pathologies ne correspondant pas aux intérêts professionnels de responsables hospitaliers hyper spécialisés ;

- difficultés à « renvoyer les gens chez eux », « à les laisser tout seul ».

Le travail des urgentistes est d'ailleurs ressenti très proche de celui des médecins généralistes libéraux : disponibilité permanente ; gestion continue de flux de personnes (« ça défile toute la journée ») dans des situations sociales, médicales et psychiques très diverses (positions de « débroussaillieur ») ; attention constante, rapidité du diagnostic, décisions parfois difficiles à soutenir en solitaire malgré la présence de l'équipe.

Loin de l'hôpital, des échanges encore plus inégalitaires

Les médecins libéraux et hospitaliers « d'orientation généraliste » (généralistes, gériatres, psychiatres, urgentistes) dénoncent particulièrement le manque de structures intermédiaires ou alternatives à l'hôpital : HAD, soins palliatifs, centres de proximité, services « portes », maisons de retraites, etc. Cependant, les problèmes qu'ils partagent ne suffisent pas à atté-

nuer les hiérarchies médicales. Ces dernières opèrent à tous niveaux et sont approfondies par l'environnement médical local. En effet, les possibilités d'échanges professionnels (formations, avis, partages des responsabilités et des patients) s'amenuisent en fonction :

- du type d'orientation médicale :
« *On peut s'adresser aux urgences, mais pas trop, sinon on passe pour un rigolo* » (médecin généraliste libéral)⁸ ;
- du type d'hôpital d'exercice :
« *Il y a des limites, on ne peut pas trop déranger les grands spécialistes, les CHU, demander certaines choses directement* » (pneumologue en hôpital général) ;
- mais aussi au fur et à mesure de l'éloignement géographique des grands établissements.

Ainsi, les médecins exerçant loin des structures de soins référentielles, souvent dans des régions peu médicalisées, ont la hantise d'être vite « dépassés » voire « marginalisés » au sein de la profession, *a fortiori* s'ils ont une activité généraliste. En cas de problèmes, les praticiens travaillant hors de l'hôpital sont les plus susceptibles de « perdre la face », de « déranger », ou d'être éconduits par leurs pairs hospitaliers. En effet, l'exercice de la médecine salariée non hospitalière (Protection maternelle et infantile, dispensaires, écoles, médecine du travail), et plus encore de « la médecine de contrôle », font figures de contre modèle professionnel commun : absence de présence (continue) auprès de (véritables) patients, « travail administratif », de « fonctionnaires » traditionnellement rejetés dans toutes les professions de soins.

En soulignant l'impact de ces échelles de prestige entre médecins, la post-enquête fait alors apparaître des sentiments de déclassements professionnels. Outre les dévalorisations du travail liés aux recrutements de personnels étrangers et/ou sous qualifiés (urgences, gériatries, psychiatries), ces ressentis sont particulièrement prononcés chez les praticiens se plaignant déjà de « pénurie de personnel », « d'augmentation constante des temps de travail » et de situations de « gardes permanentes » - le travail « en fil tendu », les « difficultés à trouver des remplaçants » étant présent chez des libéraux comme chez des salariés, quelles que soient leurs spécialisations.

Ainsi, si l'urgentiste a le sentiment de devenir un simple médecin généraliste, le spécialiste hospitalier obligé de prendre tous les patients – en l'absence de médecin spécialiste de ville – se sent relégué au rang d'un libéral. De même, ce dernier (surtout s'il est gas-

tro-entérologue) se sent moins bien loti que les médecins généralistes dès lors qu'il a davantage de gardes que ces derniers. Être ou non dérangé la nuit est en effet le témoin de degré de dépendance à l'égard des patients : un autre axe de différenciation fondamental chez tous les médecins. Les comportements des usagers sont d'ailleurs à la source d'autres sentiments d'injustices :

« *Dans les urgences, ils n'acceptent plus d'attendre, alors qu'ils acceptent d'attendre deux heures chez eux que le médecin vienne, et puis ils vont le recevoir en lui proposant un café* » (urgentiste) ;
« *Ils me font venir (à domicile) alors je sais qu'ils se déplacent chez le spécialiste, les médecins généralistes sont devenus des larbins* » (médecin généraliste).

LA MÉDECINE GÉNÉRALE LIBÉRALE : LE MIROIR DES IDENTITÉS MÉDICALES ?

Les perceptions de cette médecine non spécialisée et non hospitalière⁹ confirment les limites des idéaux « de service au client », et les limites des idéaux d'autonomie au travail. Cependant, cet exercice libéral si particulier fait également apparaître l'existence de risques professionnels redoutés par l'ensemble des enquêtés, et des moyens d'y faire face (construction de réseaux d'entraide et d'expertises informels).

Sur le terrain, les frontières entre les différents types, lieux d'exercices et de spécialisations ne seraient donc pas aussi nettes qu'elles le paraissent.

DES HANTISES COMMUNES À L'ÉGARD DES PATIENTS ET DE L'ADMINISTRATION

L'exercice libéral est caractérisé par un investissement auprès des patients, particulièrement en médecine générale, reconnu comme « le moins gratifiant » et « le plus pénible » des modes d'exercices médicaux. En effet, au risque « de sacrifier sa vie » (« sacerdoce ») à des familles de patients-clients moins légitimes (« petites pathologies », « rhumes et certificats », « bobologie », etc.), s'ajoute celui d'être instrumentalisé : le travail est lié à des « dépendances commerciales » – par opposition à un idéal de désintéressement pécuniaire valorisé notamment par les salariés du public – et il est dicté par des patients plus autonomes qu'en milieu hospitalier.

Or, la gestion relationnelle des patients et de leurs proches est finalement source de nombreux stress au

8. Dans le cadre de l'étude Fyssen (Vega A., 2002-2003, op. cit).

9. Il ne s'agit pas de simples projections, la majorité des enquêtés ayant expérimenté ce type d'exercice, au moins au cours de remplacements (le plus souvent en début de carrière).

travail chez l'ensemble des enquêtés, à l'exclusion des psychiatres et médecins exerçant en clinique en raison du « contrat moral », de relations « de confiance réciproque » entre soignant et soigné, ou de compétences d'écoute à la base des soins. Elle est perçue comme une irruption déplacée dans le travail, voire comme une menace de relégation à une médecine prestataire de services. Et cela, particulièrement :

- chez les salariés du public, en raison de la focalisation du travail sur des logiques médicales ;
- mais aussi chez les urgentistes, les gériatres hospitaliers (quels que soient leurs types d'établissement) ;
- et chez les libéraux (médecins et non-médecins), malgré leur revendication commune de prise en charge « globale » ou « sociale » des patients.

Ces ressentis révèlent des problèmes d'appréhension des nouveaux phénomènes d'autonomisation des usagers (systématiquement qualifiés « d'exigeants »¹⁰). Ils peuvent être rapportés notamment au manque de formation initiale en sciences humaines : l'exercice médical restant, même en libéral, symboliquement associé à des soins curatifs technicisés et moins à un travail d'accompagnement. D'où des difficultés communes « à devoir traiter aussi la famille » ou à prendre en compte les liens entre les soignés et leurs environnements de vie (proches parents, domicile).

Enfin, ces problèmes s'ajoutent à des sentiments généralisés de perte de pouvoir, cette fois vis-à-vis de « l'Administration » également accusée « d'intrusion », « d'immixtion » dans l'organisation quotidienne du travail. Chez l'ensemble des enquêtés, les nouveaux contrôles par les pouvoirs publics (notamment les injonctions comptables) sont en effet jugés incompatibles avec « la vocation médicale » : soigner seulement, et toujours « soigner au mieux ». De plus, ils contribueraient à désacraliser une profession en passe de perdre son « aura » :

« À une époque, les médecins étaient des notables, ils acceptaient, ils sacrifiaient beaucoup leurs temps, mais ils avaient une certaine aura. Maintenant, le métier est devenu un peu comme les autres, c'est un métier quand même moins attractif » (médecin salarié du public).

À moins que ces changements n'ébranlent des traditions d'organisation purement médicale du travail (fin de l'idéal d'autonomie) ?

« Autant ce pouvoir des mandarins était certes horrible, autant le pouvoir actuel de l'administration est tout aussi désagréable, voire plus : sans aucun objectif médical » (psychiatre).

DES RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES DIFFICILES À ASSUMER

Comparé à tous les autres types d'activité professionnelle, l'exercice de la médecine générale est perçu comme « le plus courageux », car « le plus périlleux ». Face à des clients non triés, les généralistes sont en effet obligés de mobiliser quotidiennement un savoir très large (d'exercer « une autre médecine », peu enseignée et « plus complexe »), sans technique particulière :

« Tout en bas, il y a le gars de la brousse, qui ne travaille qu'avec ses mains, tout seul au fin fond de la campagne » ;

« On n'a pas la sérénité d'avoir des connaissances suffisantes, toujours la crainte de passer à côté de quelque chose de grave, il faut savoir à quel moment adresser au spécialiste ou pas » ;

« Parfois il (le généraliste) peut se tromper même sur des trucs qui paraissent grossiers, mais c'est facile quand on n'a pas de plateau technique derrière... On fait des bêtises. Donc c'est facile d'être méprisant avec le type qui est dans la steppe » ;

« Les médecins généralistes comme les urgences sont en première ligne pour les procès ».

De plus, ces risques d'erreurs de diagnostic seraient démultipliés par le fait d'exercer souvent seul, de gré ou de force¹¹ (« réflexions solitaires »). Or, une fois de plus, tous les informateurs, hormis les psychiatres, ont témoigné de décisions « de plus en plus complexes » suite à l'arrivée de patients très âgés. Mais aussi de « la lourdeur du choix diagnostic » inhérent à l'exercice médical. Autrement dit, en médecine générale comme dans les spécialités vitales, la faute professionnelle serait également une hantise partagée. Quant à la notion de responsabilité, elle serait une source commune de fierté et de plaintes, spécifique au groupe :

« Nous, les médecins, ne l'oubliez jamais, où qu'on travaille, on est toujours seul à prendre la décision, et s'il y a un problème, on est responsable » (médecin CHU).

Du point de vue des enquêtés, les risques d'erreurs seraient aggravés par la pénurie de personnel médical. Cette menace est particulièrement ressentie par les médecins âgés à la fois heurtés par des changements trop profonds de l'organisation de leur travail, fatigués par des années d'exercice et par la perspective de devoir travailler encore plus avec moins de collaborateurs. Également au centre des discours médicaux, les rumeurs de procès, vécus comme un véritable choc

10. Les nouvelles revendications et attentes de services (rapidité, qualité des soins, informations), voire les violences verbales de certains usagers ne sont alors jamais rapportées à la médicalisation de la société ou aux détériorations des conditions de travail, par ailleurs dénoncées par les enquêtés.

11. Chez l'ensemble des libéraux, l'idéal d'autonomie a tendance à se muer en idéal de « débrouillardise », (Vega A., op. cit, 2002-2004).

identitaire (retournement des soignés contre leurs bienfaiteurs), contribueraient *in fine* à rendre le travail quotidien à la fois plus complexe et plus incertain :

« *C'est un stress permanente de se dire non seulement : est-ce que je soigne bien ? - ça, c'est quelque chose que mes prédécesseurs avaient déjà -, mais est-ce que je fais passer au patient et à sa famille que je soigne bien ? Puis encore : est-ce que je soigne en fonction des bonnes conduites édictées par les sociétés savantes et le ministère ?* » (médecin en hôpital général).

Ces sentiments d'insécurité au travail tendraient en tout cas à approfondir des pratiques de défense professionnelle déjà importantes¹² : multiplication des prescriptions inutiles et coûteuses, pratiques de sédations, voire « contentions » et « séquestrations » faute de personnel (notamment en psychiatrie). De plus, ces ressentis auraient tendance à nourrir des cercles vicieux :

- augmentation des pressions exercées sur les personnels paramédicaux, secrétaires, assistantes sociales, le plus souvent pour faire barrage à la venue de patients, et inversement pour activer leur départ (dans les services comme dans les cabinets) ;
- report des prises en charge de patients « hors norme » (particulièrement la fin de soins curatifs) vers « les petits personnels » les moins formés et les moins rémunérés (aides à domicile, agents des maisons de retraite) :

« *Qui tiennent, ... jusqu'à finir par renvoyer les gens aux urgences* » (urgentiste) ;

« *Car suite à la diminution des durées d'hospitalisation, les personnes sortent de plus en plus technicisées, limite dépendantes* » (infirmière des urgences).

In fine, la responsabilité de soins complexes de médecine générale paraîtrait incomber aux proches des patients (c'est-à-dire encore majoritairement vers des femmes assumant déjà la prise en charge des soins familiaux), le modèle du patient déchargé de toute appartenance coexistant, dans l'esprit des enquêtés, avec celui de la solidarité familiale se substituant aux carences hospitalières et aux choix économiques :

« *On voit bien que les familles essayent de les tenir jusqu'au bout, ici c'est classique : elles font le maximum et puis un jour elles craquent, parce qu'elles ont du travail, leurs enfants et puis elles peuvent plus s'en occuper quoi, ou alors elles tom-*

bent malades. Je crois qu'on va avoir ce problème de plus en plus dans les 10 ans qui viennent » (urgentiste).

« *Les familles assument puis c'est trop, ça donne des passages de force aux urgences, dans les maisons de retraite, enfin il y a aussi des problèmes - faute aussi trouver des personnes pour faire les toilettes à domicile, de lits en maison de retraite* » (psychiatre).

Autrement dit, les difficultés éprouvées par les professionnels non hospitaliers et les familles pour soigner ces patients aboutiraient à des passages hospitaliers répétitifs « extrêmement déstabilisateurs pour les patients » (gériatre).

- détournement des urgences par les médecins eux-mêmes. En effet, le recours aux urgences se développe faute de places en ville, faute d'avoir pu joindre les spécialistes hospitaliers, parce que ces derniers ont refusé la prise en charge, parce que les autres services sont saturés¹³, mais aussi « pour se couvrir », « ne pas prendre le risque de passer à côté d'une vraie urgence », et dans un souci de service au « client » (examens regroupés et plus rapides), voire « pour ne pas risquer qu'il parte chez le concurrent »...

« *Car plus globalement, dans les relations entre les généralistes, les médecins de ville et les hôpitaux, tout l'enjeu est : qui prend la suite des traitements, les retours clients ?* » (médecin généraliste).

RÉSEAUX D'ENTRAIDE PROFESSIONNELS ET SOUS-SPÉCIALISATION LOCALE : DES MOYENS DE RÉASSURANCE

Il existe en effet d'autres constats aux fondements de logiques de travail communes qui finiraient de nuancer, voire annuleraient les oppositions entre médecins salariés et libéraux.

Ainsi, la construction et l'expérimentation de réseaux (formels ou non) d'entraide au travail restent fondamentales au quotidien – d'où les multiples détournements et enjeux qu'ils focalisent¹⁴. Ils permettent en effet :

- de « rester performant », à la pointe des connaissances et de l'évolution des techniques ;
- de pallier les limites des savoirs médicaux, trop étendus mais aussi trop spécialisés, dont témoignent plus facilement les médecins généralistes dès lors qu'ils sont suivis dans leur travail par des chercheurs :

12. « Dérive d'une médecine défensive », pour se rassurer, déjà analysée par le cardiologue Froment, 2001. Les enquêtés ayant dénoncé également de nombreux « abus » de confrères et de patrons : refus de prise en charge de patients en fin de vie, multiplication de dépistages et d'exams complémentaires, « interventions non dénuées de risques », surdosages médicamenteux, etc.

13. À noter également des témoignages de saturation en aval : les appels au centre 15 « sont mis en attente », « reportés » (médecin SMUR).

14. Et les difficultés des enquêtés à répondre précisément à la question de l'enquête de la DREES sur les conditions de travail à propos « du collaborateur ».

« Il y a plein de choses que l'on ne sait pas en fait, même les spécialistes, et sur plein de questions. On fait tous semblant de savoir. Mais prendre en solitaire les décisions finales - avec les personnes âgées notamment -, ça c'est l'angoisse permanente » (médecin généraliste libéral)¹⁵.

- de diminuer les difficultés traditionnelles de collaboration, et ce particulièrement pour les médecins hospitaliers issus des spécialités les moins prestigieuses, les praticiens travaillant dans des régions peu médicalisées, loin ou hors de l'hôpital¹⁶;
- de plus, les réseaux offrent des possibilités d'aménagements du travail et notamment l'organisation de tours de gardes.

D'où les recherches approfondies dès la fin de l'internat d'insertion et d'ancrage familiaux : installation de cabinet dans la région d'origine, travail à plein temps ou occasionnellement au sein d'équipes hospitalières connues préalablement, avec d'anciens collègues internes ou de la même faculté d'origine. Puis, au fil de la professionnalisation, les tendances à rechercher le meilleur contrat ou association : horaires flexibles, assurance de maîtrise des carrières et des temps privés, cumul d'exercices en particulier pour les femmes enquêtées et allant souvent de pair avec la recherche de salaires réguliers (en raison de charges familiales). Les choix de l'environnement et des partenaires de travail se révélant *in fine* plus cruciaux que le choix de tels ou tels type d'exercice ou d'avantages financiers¹⁷.

Enfin, outre la captation des patients, les réseaux permettent également le partage des « indésirables » (atténuant du même coup les dépendances à l'égard des patients et l'absence d'assurance dans le travail). Plus précisément, ils offrent la possibilité de se décharger de patients :

- qui font courir au praticien trop de risques. Sur le même mode d'utilisation des urgences, les réseaux limitent en effet les fautes professionnelles, sont censés permettre de « se couvrir en cas de pépin », et le partage de responsabilités lorsque que la médecine n'a pas de réponse, que le médecin a peur ou ne dispose pas de relais en infrastructure ou en personnel¹⁸;
- susceptibles de grever les temps de travail ;
- porteurs de pathologies éloignées de spécialisations recherchées finalement par tous les médecins.

En effet, à l'exclusion des médecins salariés exerçant hors des structures hospitalières (dispensaires,

PMI, médecine du travail) et des urgentistes, tous les praticiens enquêtés ont développé des sous-spécialisations correspondant à leurs centres d'intérêts : des domaines de compétences choisis qui jouent également des rôles de réassurance majeurs. Ces expertises officielles et officieuses permettent en effet la maîtrise de marges d'erreurs diagnostics, la constitution d'un territoire d'expertise, et correspondent finalement au modèle du CHU.

Concernant cette dernière notion de territoire, l'ensemble des praticiens exerçant en clinique et en cabinet, mais aussi les spécialistes « dominants » ont alors vanté une autre logique du travail médical, à la fois mieux assumée et stigmatisée en secteur privé :

« Il faut bien que chacun trouve sa place, et que ça tourne » ;

« Il faut bien gagner sa vie » ;

« Le but est de gagner des lits » ;

« J'ai explosé la clientèle du prédécesseur, alors on a été obligé de s'associer » ;

« L'idéal est de créer une nouvelle activité pour s'affirmer par rapport à la clinique » ;

« Il vaut mieux choisir des spécialités qui rapportent » ;

« Travailler dans des cabinets qui tournent bien » ;

« Dans des régions attractives » (où ne se posent alors aucun problème de recrutement des médecins) .

Autrement dit, crise ou non, les logiques de captation de clientèles spécialisées au sein d'environnements locaux sont également au cœur des préoccupations des médecins. Ils sont en effet toujours insérés dans des enjeux de conflits et d'alliances locales, dans un système de compétition, de tensions de compétences et de territoires pour le partage des patients (intériorisé dès la faculté, et plus visible en libéral¹⁹). D'où l'apparition non seulement de tendances, observées à tous les niveaux, à reléguer des tâches ou des patients non désirés vers des non-médicaux, mais aussi de tendances, chez tous les enquêtés, à signaler les déficiences des politiques de santé - voire à dénoncer les « abus » de confrères - dès lors qu'elles entravent leur propre développement local et l'approfondissement de leurs spécialisations, ou encore à des malaises, exprimés par les médecins hospitaliers ayant des charges administratives officielles :

15. Dans le cadre de l'étude Fyssen.

16. Les relations privilégiées fondées « sur la confiance » (« ami », « allié », « confident »), garantissant en outre la préservation de secrets professionnels. Et certains cabinets de groupe offrant « un filet de sécurité », « une co-présence rassurante » en cas de problèmes.

17. Les questions des salaires, charges financières et du meilleur calcul retraite restent importantes, mais sont complexes, car extrêmement contrastées selon les régions (Peneff, 2005).

18. D'où ce témoignage : « Je pense que ça serait plus simple (d'exercer en cabinet) : quand il y a un problème, vous faites hospitaliser et c'est tout » (hospitalière).

19. Le partage du même type de clientèle étant la principale cause des ruptures d'associations de médecins comme de kinésithérapeutes.

« Je suis stressé par les problèmes d'organisation du travail parce que je ne fais pas ce que je veux (développement de sous-expertise) » (hospitalier).

Et inversement, se manifestent des tendances « à rendre service aux gens », à « les rassurer » quand cela correspond à leurs centres d'intérêts.

CONCLUSION: LES PARADOXES DU « LIBÉRALISME MÉDICAL »

Chez les médecins enquêtés, plus que le fait d'être ou non salarié et d'exercer dans tel ou tel type de structures (privées ou publiques), être ou ne pas être « CHU » (qui représente aujourd'hui un idéal de prestige), avoir ou non des collaborateurs hospitaliers privilégiés et des gardes à répétition sont autant de facteurs favorisant ou limitant le stress au travail.

Plus précisément, au-delà des types et lieux d'exercices, bien vivre son travail impliquerait de pouvoir maîtriser des flux de clientèles choisies afin d'approfondir des expertises reconnues (limiter les risques d'erreurs de diagnostics tout en favorisant la captation de clientèle spécialisée). C'est-à-dire, *in fine*, accéder facilement à des techniques et à des experts médicaux hospitaliers pour partager des savoirs et des avis, mais aussi des patients et des responsabilités (ce qui représente un idéal d'assurance dans le travail). Ce serait même la capacité à imposer et à refuser des patients éloignés des (sous) spécialisations officielles ou officieuses des médecins et/ou à se reposer sur d'autres professionnels pour leurs accompagnements et celui de leurs proches, notamment en fin de vie, qui ferait idéologiquement la différence, toujours sur le modèle hospitalier. Ce constat met en lumière les limites de l'idéal « du service au client ». Et cela d'autant plus que des hantises communes traversent la profession. Ainsi, l'appréhension des nouveaux partages du pouvoir tant avec « l'Administration » qu'avec les usagers (fin des privilèges, « perte d'aura », peur des procès) pousseraient les enquêtés à se sentir victimes d'un système et/ou de mouvements de société « aberrants ». Ces ressentis étant exacerbés chez les praticiens directement confrontés aux manques de structures adaptées (et pourtant plébiscitées par les patients), notamment pour faire face aux conséquences de la médicalisation de la société et de l'allongement de la vie.

Dès lors, les médecins libéraux, et en particulier

les médecins généralistes, sont des enquêtés précieux. En effet, ils permettent d'avoir une vue d'ensemble sur l'impact des hiérarchies traditionnelles dans les ressentis au travail. Ainsi, à tous les niveaux, les démotivations médicales seraient également liées à des sentiments de déclassements professionnels (devoir gérer les patients des autres, voir venir à soi des clientèles non désirées). Ils seraient renforcés par des pénuries de personnels, particulièrement importantes dans les spécialités à orientation généraliste (urgences, psychiatrie, médecine générale), et dans les régions peu médicalisées. De plus, les témoignages des enquêtés libéraux permettent de nuancer les spécificités habituellement rapportées aux différents types d'exercices : les médecins « de ville » cherchant à reproduire des modes de fonctionnement hospitalier (territoire délimité et exclusif, travail en réseau pendant du travail en équipe hospitalière permettant de « s'appuyer », de « se décharger », voire « de se couvrir »). Autrement dit, les collaborations organisées entre salariés hospitaliers et reconstruites en exercice libéral sont des garanties de réassurance professionnelle (comme les sous spécialisations) permettant de réduire deux difficultés majeures : la dépendance à l'égard des patients et la question de la responsabilité médicale, particulièrement « lourde » pour les médecins amenés à l'engager quotidiennement sur des dimensions encore marginalisées en médecine (aspects relationnels, psychologiques et sociaux des soins).

Enfin, par leurs positions d'intermédiaires (établissements, médecine de ville, familles), l'ensemble des praticiens exerçant dans le privé (cabinet, clinique) expriment plus ouvertement des valeurs libérales fondamentales dans le travail, et habituellement passées sous silence dans les hôpitaux publics : des désirs d'autonomie réaffirmés dans le travail²⁰, souvent au dépend d'une vision globale de la santé.

En effet, tous les enquêtés légitiment le libre choix des lieux de résidence et d'activité, du type d'orientation et d'organisation de leur travail²¹ (y compris le choix des collaborateurs). Même si ces choix contribuent aux déséquilibres entre médecine privilégiée et « paria », aux déséquilibres régionaux des densités médicales (en augmentant les surcharges de travail chez ceux qui restent « malgré tout »), voire à nourrir des sentiments d'injustice entre médecins (« médecins de seconde zone » / « plus compétitifs ») et à créer de nouveaux besoins de santé. Les développements de (sous) spécialisations semble-

20. Considérée par les enquêtés comme un dû, compte tenu de la longueur de leurs études peu rémunérées (sacrifice des jeunes années), voire désormais comme une compensation à la perte d'aura médicale (rattrapage social).

21. Les résultats de la post enquête corroborent alors encore ceux de la DREES : aspiration à « une qualité de vie » (synonyme d'habitat à proximité de services urbains chez les jeunes générations), en évitant notamment les gardes. D'où finalement des désaffections à prévoir pour « les postes à gardes », les « spécialités à risque » (de procès) et dans les régions rurales désertifiées.

raient en effet fondés sur des logiques de partage de territoires entre praticiens, relativement indépendantes des réels besoins locaux des populations (d'où les accusations, traditionnelles en médecine, de détournement de clientèle libérale vers les hôpitaux publics, de pratiques d'exclusivités, etc) ²².

Reste que les identités professionnelles sont des processus pluriels, en recomposition permanente (Dubar, 2001), résultant de constructions et de stratégies tant collectives qu'individuelles. Ainsi, outre les notions de « hasard », « d'opportunités » et « de carrière », de nombreux facteurs semblent avoir conduit les enquêtés à exercer assez indifféremment en cabinet et/ou à l'hôpital et/ou en clinique, simultanément et/ou successivement: les

trajectoires professionnelles varient selon les sexes, les âges, les types d'environnements médicaux locaux, mais aussi selon les centres d'intérêts, voire « les choix de vie » de chacun des post-enquêtés :

« *Le travail, ça dépend du médecin, de chaque bonhomme - moi par exemple, je ne fais pas de chimio -; ça dépend aussi de la localisation, de l'environnement médical... ça dépend de pleins de facteurs* » précise un médecin ayant un double exercice en clinique et en cabinet.

« *C'est un choix de vie, c'est une histoire personnelle: mon père est mort à 53 ans, donc il avait bossé toute sa vie et il ne s'était pas occupé de nous* » confie un médecin libéral. ■

ENCADRÉ MÉTHODOLOGIQUE

Dans le cadre d'une convention passée entre le ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, et l'École des hautes études en sciences sociales, l'étude vise à approfondir l'enquête sur les conditions et l'organisation du travail en établissements de santé, en s'intéressant plus particulièrement aux réponses des médecins, et parmi eux, des libéraux (en vue d'arbitrer sur leur maintien ou leur exclusion à venir dans la réédition de l'Enquête nationale). Notre méthodologie s'est alors construite autour de la nécessité de procéder à une analyse comparative, inductive et compréhensive grâce un échantillon ciblé d'enquêtés médecins (approche qualitative).

Nous avons choisi six médecins libéraux et dix salariés (six en établissements publics, quatre en établissements privés lucratifs et non lucratifs) parmi une centaine de post-enquêtés fournis par le bureau des professions de santé, à l'exclusion de la chirurgie (objet d'une autre post-enquête).

Outre la diversité des libellés des strates professionnelles, les critères de sélection ont été les suivants :

- lieux d'exercice contrastés (compte-tenu de l'incidence de l'offre de soins sur le travail quotidien) ;
- enquêtés de tous âges (de 34 à 62 ans) et des deux sexes ;
- ayant en majorité une activité d'orientation dite généraliste (à dominante relationnelle).

En effet, il s'agissait de construire un « groupe social témoin » (De Sardan, 1995), c'est-à-dire de sélectionner un nombre d'enquêtés limité, mais permettant de faire apparaître des problématiques structurelles dans les rapports soignants-soignés et entre professionnels (ayant des incidences directes dans les perceptions du travail).

Au cours des années 2003-2004, nous avons donc mené dix entretiens semi-dirigés d'une demi-heure à une journée (lorsque nous avons eu l'autorisation d'observer le travail) avec des médecins exerçant en médecine, aux urgences et en gériatrie: a priori en position de pivot (entre les services, les réseaux hôpital/ville), au centre des relations avec les usagers de la santé, et en lien avec des clientèles vulnérables et peu médicalisables. Ce recueil de données a été complété par cinq autres entretiens de médecins issus de spécialités perçues comme plus « prestigieuses » (cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie), rencontrés également sur leurs lieux de travail afin d'enrichir les recueils de données. Par ailleurs, nous avons bénéficié des résultats de notre précédent terrain, portant sur le travail de médecins généralistes exerçant en région semi-rurale PACA (observations du travail d'une dizaine d'entre eux et entretiens avec leurs collaborateurs: médecins spécialistes libéraux et hospitaliers, para-médicaux, etc.). Ces données nous ont été très précieuses, en particulier pour bien comprendre les problèmes rencontrés effectivement dans le travail quotidien.

22. Peneff J., op. cit

Au moyen d'une grille d'entretiens centrés sur les parcours professionnels (anonymisés et intégralement retranscrits), nous avons cherché à appréhender l'ensemble des facteurs participant à la construction des identités médicales :

- les atouts et problèmes du travail libéral/salarié (degrés d'autonomies et de contraintes rapportés aux différents types d'exercices), en vue de cerner les difficultés communes et spécifiques rencontrées en cours d'exercice(s) : avec les mêmes diplômes, qu'est-ce qui conduit des médecins à exercer en libéral (médecine de « ville »), en milieu institutionnel, et plutôt en public ou en privé ? À se spécialiser ?
- les relations des enquêtés avec leurs confrères et leurs patients. Qu'est-ce qui facilite ou entrave les échanges professionnels ? Quels sont les ressentis concernant les nouvelles orientations du travail ? Avec quel type de patients sont rencontrées le plus de difficultés et pourquoi ?
- les données recueillies en fonction des lieux et types d'exercice, de la spécialité et de la position de chaque enquêté dans le système de soin, afin de montrer l'intérêt mais aussi les limites de la comparaison des conditions de travail entre médecins salariés et libéraux.
- une liste de doléances médicales (portant notamment sur les difficultés de prise en charge du 4^e âge), et au vu de notre document de travail, suggère des ajustements, voire de nouvelles questions pour la prochaine réédition de l'enquête nationale.

Lieu d'exercice	Type d'exercice (principal)	Âge	Sexe	Libellé strate	Spécialités avérées
Ile-de-France	CHU	49	2	Salariée public	Gériatrie
Picardie	Polyclinique	48	1	Libéral	Gastro-entérologie
Rhône-Alpes	Clinique	44	2	Libéral	Cardiologie
Pays-de-la-Loire	Hôpital général	37	1	Salarié public	Pneumologie
Rhône-Alpes	Centre hospitalier	37	1	Salarié pri nl	Urgences
Auvergne	Centre hospitalier	34	2	Salariée pri nl	Gériatrie
Pays-de-la-Loire	Cabinet	52	1	Libéral	Gastro-entérologie
PACA	Clinique et cabinet	44	1	Libéral	Gastro-entérologie
Midi-Pyrénées	Centre hospitalier	42	2	Salariée privé	MG, Urgences
Ile-de-France	Hôpital de jour	62	1	Salarié public	Psychiatrie
PACA	Centre hospitalier	48	1	Libéral	Urgences
Picardie	Centre hospitalier	35	1	Salarié public	SAMU-SMUR
Alsace	Centre Hospitalier	48	1	Salarié public	Gastro-entérologie
Auvergne	Hôpital	43	1	Salarié pri nl	Psychiatrie
Rhône-Alpes	Cabinet	50	1	Libéral	Psychiatrie
PACA	Hôpitaux AP		1	Salarié public	Médecine du travail

BIBLIOGRAPHIE

- Good B., 1998, Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu, *Le Plessis-Robinson, SynthéLabo*.
- Froment A., 2001, Pour une rencontre soignante, *Paris, Éd. des archives contemporaines*.
- Jaisson M., 2002, L'honneur perdu du généraliste, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 143.
- Le Grand-Sébille et Vega, 2005, Pour une autre mémoire de la canicule, *Paris, Vuibert*,
- Peneff J., 2005, La France malade de ses médecins, *Paris, Les empêcheurs de penser en rond*.
- Olivier De Sardan J.-P., 1995, « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, 1.
- Vega A., 2005, « Rapport professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés », Document de travail, *DREES, juin*.
- Vega A., 2000, Une ethnologie à l'hôpital, *Paris, Éd. des archives contemporaines*.
- Wiseman F., 1989, *Near the death (documentaire)*.

LES INFIRMIÈRES LIBÉRALES ET LES AUTRES PROFESSIONNELS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL : une coopération jamais acquise, toujours à construire et à reconstruire

Alain VILBROD* et Florence DOUGUET**

* Université de Bretagne occidentale

** Université de Bretagne sud

Les infirmières libérales entretiennent des relations régulières avec les multiples autres professionnels (libéraux ou salariés) qu'elles côtoient dans leur exercice quotidien. Avec les médecins généralistes, la communication est parfois difficile c'est pourquoi ces dernières sont souvent passées maître dans le fait de résister à leur domination, sans heurts et sans confrontations directes, pour parvenir à leurs fins. Leur bonne connaissance de la vie des patients et de leurs besoins représente un atout quand il y a divergence de point de vue. Avec les pharmaciens, on observe des jeux d'alliance et d'entente implicite assez surprenants. Avec les personnels en charge des soins et des aides à domicile, se dessinent des enjeux de défense de leur périmètre professionnel (avec des sujets très sensibles, comme les soins d'hygiène par exemple). Cela les amène tantôt à des collaborations effectives, tantôt à des relations tendues et marquées par la méfiance. Leurs interventions dans les établissements pour personnes âgées ont évolué tout récemment, du fait d'une nouvelle réglementation de la dispensation de soins. Le plus souvent, elles ressentent une éviction là où on louait il y a peu leur réactivité.

Étonnamment, le métier d'infirmière libérale a suscité peu d'études, notamment sociologiques. Pourtant, les quelques 55 000 professionnelles¹ en exercice en France occupent une place particulière dans les interventions médicales à domicile. En effet, l'activité des infirmières libérales, dans son contenu comme dans son organisation, est relativement spécifique : la nature des soins produits, ou encore les aides apportées aux malades, diffèrent quelque peu du travail réalisé en milieu hospitalier. En dépit des contraintes inhérentes à l'exercice non salarié, les infirmières libérales retirent une certaine satisfaction de ce travail. Pour autant, la construction d'une identité commune aux infirmières libérales reste difficile en raison de l'hétérogénéité des valeurs professionnelles mobilisées et de la diversité des images sociales associées à leur métier².

Il s'agit ici d'étudier plus spécifiquement les rapports que les infirmières libérales entretiennent avec les multiples acteurs qu'elles côtoient au quotidien (autres professionnels libéraux ou salariés d'établissements et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux). Tous ces intervenants contribuent, par leurs actions respectives, au maintien à domicile de personnes à la santé fragile (personnes âgées dépendantes, personnes de tous âges handicapées et/ou atteintes de pathologies chroniques, etc.).

À cet égard, on peut considérer que le système de soins constitue un espace de rencontre « obligé » entre des acteurs et des institutions aux objectifs et aux moyens divers (Cresson *et al.*, 2003). Les politiques de santé récentes incitent fortement ces partenaires à travailler ensemble, par exemple dans le cadre de fonctionnement en réseaux. La production

1. CNAMTS, 2005. Les femmes représentent environ 86 % de ces 55 000 professionnels libéraux. Si nous optons ici pour l'utilisation générique du féminin, nous veillerons cependant à effectuer des distinctions entre infirmières et infirmiers quand cela sera nécessaire.

2. Pour une monographie complète du métier d'infirmière libérale, voir Vilbrod, Douguet, 2006.

de soins, *a fortiori* lorsqu'ils sont dispensés dans l'univers privé des personnes soignées, nécessite la coordination des différents professionnels de la santé et la collaboration des professionnels et des malades. Or, dans les faits, le consensus n'est pas toujours de mise et la coopération, loin d'être évidente, s'accompagne bien souvent de tensions et de conflits.

ENCADRÉ 1 ●

PRÉCISIONS
SUR LA MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

La méthodologie retenue pour cette étude allie différentes techniques d'investigation quantitatives et qualitatives. En 1999-2000, un questionnaire a été diffusé dans l'ensemble de l'hexagone auprès d'un millier d'infirmières libérales. Durant la même période, des étudiants en sociologie de l'Université de Bretagne occidentale ont réalisé des entretiens exploratoires auprès de 120 infirmières libérales de l'Ouest de la France. Environ 80 d'entre eux ont été retenus pour l'analyse de contenu. En parallèle, l'un d'entre nous a effectué une série de tournées avec des infirmières libérales au domicile de leurs patients. En 2004, 50 entretiens approfondis ont été effectués auprès de professionnelles exerçant dans l'ensemble des régions françaises, en veillant à solliciter des infirmières œuvrant dans des contextes différents (seules ou en cabinet de groupe, travaillant en campagne ou en zone urbaine, etc.).

LES RELATIONS
AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le statut paramédical des infirmières, dans le secteur hospitalier comme dans le secteur libéral, est directement issu de la division du travail médical, elle-même organisée par la profession dominante. Ainsi, d'après Eliot Freidson (1984), « le terme "paramédical" s'applique aux métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent finalement sous le contrôle du médecin ». Pourtant la définition même du métier d'infirmière paraît laisser entrouverte la possibilité d'une certaine autonomie, via le dit « rôle propre » : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription médicale ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu »³. Dans les faits, il semble bien que cette autonomie soit très relative, et sur le terrain des soins, on observe que les infirmières sont souvent soumises à des injonc-

tions contradictoires. Certes, elles possèdent officiellement un champ de compétences et de responsabilités propres, toutefois celui-ci reste fortement dépendant de la prescription médicale.

Rien n'est figé cependant et la question du partage des tâches et des compétences dans le domaine de la santé, en particulier dans le secteur extra hospitalier, suscite un intérêt croissant en France (Berland, 2003). En effet, la diminution attendue du nombre de médecins et leur inégale répartition sur le territoire conduisent à s'interroger sur ce partage entre les différentes catégories de professionnels de santé. L'extension des compétences, la création de nouvelles qualifications voire de nouveaux métiers, sont autant de pistes débattues et explorées dans ce contexte. De nombreux travaux portant sur ces aspects ont récemment été réalisés par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)⁴ ou par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Ces études montrent, au moyen d'exemples probants pris à l'étranger, que des actes médicaux ont déjà été confiés à des professions autres que médicales, dans le cadre de pratiques de substitution ou de délégation. Ces transferts de compétences concernent la promotion de la santé, le suivi de pathologies chroniques stabilisées ainsi que les soins dits « de première ligne » ou « primaires »⁵.

Les frontières entre le travail des infirmières et celui des médecins font donc toujours l'objet de débats, voire déjà, ici et là, de négociations. Les transformations qui affectent peu à peu l'organisation du travail de soins conduisent à s'interroger sur les relations que les infirmières libérales entretiennent avec la profession médicale, et tout particulièrement avec les médecins généralistes qu'elles côtoient dans le cadre de leurs activités quotidiennes.

Près de la moitié des infirmières libérales interrogées par questionnaire déclarent entretenir de « bonnes » relations avec les médecins généralistes⁶ (46 % de citations). Assez loin derrière ce premier item, les relations sont situées sur le plan de la « collaboration » (12 %) et caractérisées de « cordiales » (10 %). Ces relations ne semblent cependant pas aller au-delà de la bonne collaboration professionnelle : les items « entraide » et « compréhensives » ayant en effet été très peu retenus (1 % chacun). Moins massivement, les professionnelles interrogées qualifient négativement ces relations. Quand elles le sont, cela tient essentiellement à leur caractè-

3. Article L.473 du Code de la santé publique.

4. Midy, 2003 et Bourgueil *et al.*, 2006.

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

6. La question suivante était posée aux enquêtées : « Spontanément, comment qualifiez-vous vos relations avec les médecins généralistes ? »

re « confidentiel et lointain » (10 %) et « superficiel » (7 %). Pour autant, les rapports avec les praticiens sont très rarement qualifiés de « conflictuels » (1 %). Entre ces deux tendances, une petite proportion d'enquêtées inscrit ces relations dans le registre de la neutralité : elles sont « correctes » (6 %) ou encore « normales » (3 %).

Au cours des entretiens, les infirmières libérales ont été amenées à préciser la nature des relations entretenues avec les médecins généralistes. Façons de se positionner, de marquer leurs différences, de caractériser les situations rapportées signalent aussi la façon dont elles cherchent à se soustraire aux effets de la domination de la profession médicale.

CONNAÎTRE AUSSI BIEN QUE LE MÉDECIN ET SAVOIR LE CONSEILLER

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

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

Françoise

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

« Oui, on est souvent obligé de faire la liste, de leur dire "voilà on est à ce stade là, ce serait mieux de mettre ceci ou cela et de faire ça !" Donc tout ce qui est ordonnance aussi, vu que la sécu nous réclame les ordonnances, on est obligé de leur faire des petits papiers pour leur donner après, pour qu'ils sachent exactement quoi écrire. »

Ankita

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

Élisabeth

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

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

Léa

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

« Il ne faut pas qu'il soit surpris, il ne faut pas le prendre à une heure où il est surchargé. Il y a des stratégies, il y a des heures où on peut les avoir facilement, souvent les heures de midi, mais il faut faire attention à ce qu'on fait pour pouvoir être écouté et échanger, les ménager. Et il ne faut pas les ennuyer sur les mêmes petites choses, les ordonnances, valoriser en fait l'échange. (...) Alors là c'est de la stratégie, il faut de la stratégie quand on voit que c'est franchement inadapté. »

Irène

UNE COMMUNICATION PARFOIS DIFFICILE ET PRESQUE TOUJOURS À SENS UNIQUE

Certes, au cours des entretiens, nous avons entendu parler à plusieurs reprises de « confiance mutuelle ». Mais à côté de ces propos, nous avons aussi relevé les signes d'une coopération sous tension. Ainsi, il apparaît clairement que les échanges entre infirmières libérales et médecins généralistes constituent pour le moins une communication compliquée et le plus souvent à sens unique. En outre, à leurs dires, ce sont presque toujours les infirmières qui joignent les médecins par téléphone, qui viennent à leur rencontre à leur cabinet (lorsque celui-ci se situe à proximité du leur) ou qui s'arrangent pour les rencontrer chez le patient. La démarche inverse est plus rare. Ces sollicitations, que l'on dira unilatérales, visent à faire état de l'évo-

lution du patient (dégradation) ou de la présence de douleur ou de symptômes inquiétants, à décrire une plaie, à demander des précisions en matière de posologie ou encore à ajuster un traitement jugé inadapté :

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

Ankita

Par ailleurs, la communication entre infirmières libérales et médecins généralistes reste fortement médiatisée : par l'intermédiaire de la secrétaire du cabinet médical (avec laquelle il peut être utile de sympathiser), du patient (« vous direz au médecin... ») ou encore du « cahier de liaison »⁷ (même si l'écriture du médecin est « illisible au possible »...) :

« On les rencontre, on peut même s'arranger pour les voir chez les gens aussi. Quand il y a un pansement à voir, on leur demande quand ils passent, que nous soyons là aussi, on s'arrange pour être là... Il y a un cabinet où ils sont deux, et deux dans un autre, et on connaît les secrétaires dans les deux cabinets, donc on peut s'arranger pour avoir des contacts avec eux. Sinon ceux qui sont plus loin et qui ont des patients ici aussi, on se téléphone. »

Françoise

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

« Il écoute, mais il ne pense pas à demander à l'infirmière ce qu'elle pense, donc il donne un traitement et nous on arrive le lendemain et on voit qu'il a changé de traitement et on dit "il est complètement fou". Alors on va le trouver, on lui téléphone et on lui dit "il fallait nous téléphoner, on vous aurait dit", mais il n'y pense pas ! (...) Des choses comme ça, ça peut être plus grave, ça peut être moins grave, mais bon, peut-être un peu plus de collaboration dans les deux sens ce serait mieux. »

Ankita

S'OCTROYER UNE MARGE DE MANŒUVRE

À les entendre, et constats faits aussi en les accompagnant dans leurs tournées, il apparaît que les infir-

mères libérales ne s'en tiennent pas, la plupart du temps, à la seule réalisation des consignes données. Elles interprètent, elles adaptent, elles corrigent quelquefois les traitements. Assurément elles disposent d'une certaine marge d'autonomie en la matière, qu'au besoin elles s'octroient d'elles-mêmes :

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

Françoise

« Bah, on est obligé, parce que les diabétiques, là si on se mettait toutes les 5 minutes à les appeler pour modifier les doses d'insuline. (...) Les gens qui ont des sondes urinaires, c'est nous qui gérons ça, on fait le nécessaire pour changer les soins. »

Jacqueline

SE POSER EN DÉFENSEUR DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

« On essaye de prendre des soins d'hygiène chez des personnes qui en ont réellement besoin, chez qui il y a des choses lourdes à faire et pas des personnes qui n'en ont pas besoin. Mais ça les gens ne comprennent pas, le médecin a dit que c'était une infirmière qui devait le faire, bah, oui mais bon ! Mais les patients demandent au médecin et

7. En secteur libéral, les soignantes privilégient la transmission orale. Nombreuses sont celles qui préféreraient avoir affaire directement au médecin plutôt que de lui transmettre les informations par écrit. L'écrit n'est donc pas ici un « refuge » mais plutôt un pis aller.

le médecin fait l'ordonnance, ils sont gentils, mais bon on ne peut pas suivre en tout cas pas pour tout le monde, sinon on se retrouve comme l'hôpital. (...) Il y a des malades qui sont bien portants et pour qui je trouve que ce qu'on fait nous n'est pas du tout indispensable, que ce soit une infirmière qui fasse ce geste surtout quand on les voit après aller faire leurs courses, c'est vrai que pour ces personnes là, je trouve inadmissible que le médecin prescrive un acte infirmier pour des gens qu'on retrouve chez le coiffeur ou à droite et à gauche. »

Ankita

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

UNE RELATION SOCIALE ORDINAIRE ?

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

Les soignantes qui se sont directement installées en libéral sont les plus critiques vis-à-vis des médecins. Celles qui le sont le moins ont la plus large part de leur activité dans les soins d'hygiène⁸. Ces propos, croisés avec l'âge, dégagent ici le profil de femmes, anciennes dans la carrière, travaillant beaucoup, en ville essentiellement, mettant en avant des valeurs humanistes plus que la technicité pour caractériser leur métier. En contrepoint, les infirmières qui effectuent le plus d'actes techniques, qui dans le même temps peinent à maîtriser leurs horaires et qui totalisent aussi le plus d'actes, sont celles qui expriment le plus vivement leur insatisfaction vis-à-vis des médecins. Quand leur installation est récente, les reproches sont exacerbés. On perçoit bien ici les difficultés d'une position en forte tension. Ce qu'elles considèrent comme leur métier prend une part de plus en plus congrue, et ce pour bien des raisons (évolution de la posologie, développement des soins ambulatoires...). Elles adressent alors aux médecins

généralistes des reproches renvoyant à une insatisfaction très marquée de leur situation actuelle, insatisfaction qui se manifeste d'ailleurs sur bien d'autres versants : militance syndicale forte, dénonciation de la baisse régulière de leurs revenus, annonce de l'arrêt à plus ou moins brève échéance de leur carrière en tant que libérale, etc.

Par ailleurs, l'ancienneté et l'âge du médecin lui-même peuvent être déterminants. Les soignantes expérimentées constatent qu'au fil des années, les rapports entre infirmières et médecins sont devenus moins autoritaires et hiérarchiques. La distance séparant les deux catégories professionnelles se serait quelque peu réduite :

« Il y a eu de grands progrès par rapport à il y a 20 ans. Il y avait un ou deux médecins avec qui on pouvait parler, mais maintenant presque tous. (...) Dans l'ensemble, ils ont une opinion correcte de notre profession. (...) Tout dépend des médecins, tout dépend des patients, de plus en plus, avec les jeunes médecins, on peut avoir une relation médecin infirmière facile, par rapport à une prise en charge, par rapport aux anciens médecins, il vaut mieux passer par le patient pour aller voir le médecin, pour dire voilà il faudrait que vous demandiez à votre médecin telle et telle chose. »

Irène

Mentionnons enfin que les infirmiers et les infirmières n'entretiennent pas le même genre de rapport avec la profession médicale. Les interactions avec les médecins sont dans l'ensemble qualifiées très positivement par les infirmiers. Ils paraissent plus facilement que les femmes échapper à la domination médicale du fait de leur proximité de genre avec ses représentants. Ils peuvent même aller jusqu'à faire état d'une relation d'égal à égal et à considérer les praticiens comme des pairs, des confrères... comme si la proximité de genre contribuait à effacer la distance sociale :

« Quand on a besoin d'une prescription parce qu'un pansement n'est pas fini et c'était pour 15 jours, on appelle : "est-ce que tu peux me faire la prescription ?" Oui, on s'appelle par nos prénoms, et ils nous font confiance, ils ne vont pas aller faire une visite pour voir si le pansement est fini ou pas, ils nous demandent des fois "tiens ! Qu'est-ce qu'on peut mettre sur le pansement, la personne a un pansement qu'est-ce qu'on peut mettre ?" Parce que ils sont généralistes et ils n'ont pas l'habitude. (...) C'est très bien que ça se passe comme ça, quand je suis arrivé j'étais même

8. L'ensemble des soins infirmiers se distingue en deux groupes : les actes infirmiers de soins (AIS) ou soins de *nursing*, qui regroupent les soins d'hygiène (préventions d'escarres par exemple), et les actes médico-infirmiers (AMI), qui regroupent les actes techniques (injections, chimiothérapies, pose de perfusion, etc.) associés à la profession infirmière.

un peu surpris, car ce n'est pas le même rapport à l'hôpital. C'est interactif voilà ! On n'est pas leur exécutant ! »

Fabrice

LES PHARMACIENS : DES PARTENAIRES ESSENTIELS

Les rencontres entre les infirmières libérales et les pharmaciens peuvent être quotidiennes et même pluri-quotidiennes et dans l'ensemble, elles entretiennent de bons rapports avec les pharmaciens⁹. Elles expriment certaines attentes vis-à-vis des pharmaciens, et de la satisfaction de ces attentes dépend la bonne entente avec ces professionnels.

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

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

Irène

Par ailleurs, il est primordial pour les infirmières de ne pas être traitées comme des clientes ordinaires dans les officines. Dans cet espace, elles veulent être considérées comme des professionnelles de la santé à part entière (« blouse blanche ») et signifier ainsi leur proximité avec la profession de pharmacien. Dans la pratique, il va s'agir de négociier pour « passer par derrière » et atteindre sans attendre le monde professionnel situé à l'arrière du comptoir.

Souvent, de fait, infirmières libérales et pharmaciens coopèrent étroitement pour interpréter, lire en duo, en pestant contre la mauvaise écriture des médecins, lire aussi entre les lignes, compléter, adapter, joindre ensemble au téléphone un médecin et être complices à demi mots de petits (ou de grands ?) écarts entre l'ordonnance et ce qui est délivré effectivement. C'est aussi bien entendu une des facettes de la résistance à la domination que de pouvoir se prévaloir d'une telle marge de manœuvre, voire d'une certaine liberté de jugement, sans oublier la capacité à nouer des alliances en se ressentant alter ego. Dans tous les cas, ce qui ressort sur ce registre, c'est le travail d'interprétation et d'adaptation des consignes (ordonnances, directives lors des visites, etc.), et dans le même temps, la « clandestinité » pour ainsi dire, de ce travail à la fois discursif et agissant que les infirmières libérales effectuent.

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

Anne-Marie

LES KINÉSITHÉRAPEUTES : PEU D'ÉCHANGES, MAIS UNE CONCURRENCE D'ORDRE SYMBOLIQUE

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

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

Françoise

⁹ Les pharmaciens constituent également de précieux partenaires quant il s'agit de se constituer une nouvelle clientèle. Au moment de leur installation, bon nombre d'infirmières rendent ainsi « visite » aux pharmaciens du secteur.

Toutefois, même si « on se voit peu », on peut observer une espèce de concurrence entre infirmières libérales et kinésithérapeutes. Celle-ci ne porte pas sur le contenu de l'activité, mais sur les conditions d'exercice et sur la reconnaissance sociale de la profession. Le regard que les infirmières portent sur les kinésithérapeutes est dans l'ensemble plutôt défavorable. Cette animosité tient à la morgue supposée des kinésithérapeutes :

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

Élisabeth

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

« La seule chose que je leur reproche c'est qu'ils ne font pas attention. Alors, je ne sais pas si c'est moi qui ai mauvais esprit. Ils ont leur heure de passage. Disons que nous on soigne des patients, et ils ne demandent pas à quelle heure passe l'infirmière la plupart du temps. Eux, ils ont un carnet de rendez-vous et ils disent nous, on passera à telle heure. Si une infirmière avait prévu de passer à cette heure, alors que nous on passe toujours aux mêmes heures, ce n'est pas à eux de changer, c'était à nous ».

Élisabeth

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

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

Jacqueline

DES RELATIONS RARES ET PLUTÔT TENDUES AVEC LES ASSISTANTES SOCIALES

Dans le cadre de leur pratique quotidienne, les infirmières libérales ont assez peu affaire avec les intervenantes des services sociaux : « on n'en voit jamais ». En dépit de la rareté des contacts avec ces professionnelles, ceux-ci sont quasi systématiquement évoqués dans des termes défavorables. On reproche aux assistantes sociales de ne pas intervenir

lorsqu'on leur fait appel ou bien encore de ne rien entreprendre pour tenter de remédier aux difficultés des patients :

« On trouvait qu'elle n'avait pas à manger. Donc on voulait que cette dame-là aille dans une maison d'accueil, soit foyer logement, et on a demandé au maire de faire intervenir une assistante sociale et personne ne bougeait. Et on a demandé à la DDASS, ils sont venus voir, mais personne n'a rien fait ».

Françoise

Au sujet des assistantes sociales mandatées par les conseils généraux pour l'attribution de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), les infirmières libérales soulignent leur méconnaissance des situations des patients âgés ainsi que leur incapacité à évaluer précisément leurs besoins. A cet égard, certaines infirmières regrettent de ne pas être associées à ces démarches d'évaluation. Il est également fait référence à l'inadaptation des réponses apportées par les services sociaux. Les plans d'aides mis en œuvre sont jugés excessifs ou à l'inverse très insuffisants. Enfin, les infirmières expriment quelquefois le sentiment d'une occultation et d'une dévalorisation de leurs pratiques de soins par les intervenantes du secteur social :

« Quand l'assistante sociale passe, quelqu'un qui marche comme vous et moi, on essaye de mettre en place un tas de choses qui affolent les gens, alors que ces gens-là n'en ont pas besoin. Je crois qu'il ne faut pas non plus les médicaliser outre mesure. Je ne dis pas qu'ils n'ont pas besoin d'une aide, mais une aide auxiliaire, mais pas forcément une aide médicalisée. (...) Moi je ne suis pas là pour aller sortir quelqu'un, pour aller lui faire faire le tour du jardin ».

Élisabeth

LES SSIAD : ENTRE CONCURRENCE DÉLOYALE ET PARTENARIAT

Les SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile) ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant ou en différant l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Gérés par des organismes publics ou privés, ces services emploient des aides-soignantes -toujours salariées- qui assurent les soins d'hygiène et des infirmières -salariées ou libérales- qui dispensent les soins techniques. Les infirmières libérales interviennent dans le cadre de conventions passées avec les SSIAD, lesquels les rémunèrent alors directement.

Dans un tel contexte, l'articulation entre les compétences infirmières et les compétences des aides-soignantes suscite de nombreux débats. En effet, les aides-soignantes ne sont pas autorisées, dans l'état actuel de la législation, à exécuter des actes infirmiers, même par délégation. Leurs compétences demeurent limitées aux seuls soins de *nursing*. Or, un certain nombre de SSIAD semblent reconnaître que leurs aides-soignantes sont amenées, pour des raisons économiques, pratiques ou encore organisationnelles, à réaliser des soins relevant en principe du rôle propre infirmier (des distributions médicamenteuses et des soins infirmiers d'hygiène par exemple). Craignant pour la qualité des soins et la crédibilité de la profession, des syndicats infirmiers ont déposé plusieurs plaintes contre des SSIAD pour « exercice illégal de la profession » par des aides-soignantes (Fucks, 1999). Des articles parus dans la presse professionnelle rapportent également que l'installation des SSIAD pourrait être à l'origine de la fermeture de cabinets infirmiers.

Ceci étant, les résultats de notre enquête par questionnaire indiquent que près des trois quarts des infirmières libérales ne ressentent pas la concurrence des SSIAD. Celles qui ressentent cette concurrence, minoritaires donc, l'attribuent au fait que ces services recrutent directement leurs patients dans les hôpitaux, ou par le biais des aides ménagères ou encore grâce à « la publicité » (laquelle est interdite pour les infirmières libérales). En outre, les SSIAD sont perçus comme assurant une mission sociale plutôt que strictement sanitaire. La presse professionnelle expose ses arguments à ce sujet : « Lorsque l'on analyse la répartition budgétaire des SSIAD, il n'est pas rare de trouver des budgets dont seulement 3 % ou 5 % sont consacrés aux soins infirmiers ! » (Fucks, 1999, p.13). De fait, il n'est guère étonnant de constater que les professionnelles qui perçoivent le plus cette concurrence sont celles qui réalisent une forte proportion d'actes d'hygiène.

En réalité, les situations des infirmières libérales au regard des SSIAD sont pour le moins très contrastées. Certaines professionnelles n'ont aucun rapport avec ces services dans la mesure où ceux-ci ne sont pas implantés sur leur secteur d'activité, alors que d'autres ont signé une, voire plusieurs conventions avec ceux-ci. Le nombre de personnes soignées dans le cadre de ce dispositif est également variable, quoique semble-t-il toujours limité à quelques malades.

Pour le reste, quelques problèmes inhérents à la collaboration avec les SSIAD sont signalés. Il s'agit des délais de rémunération (jusqu'à deux mois entre la réalisation des soins et leur paiement), des difficultés de coordination entre les différents personnels

et des problèmes d'organisation qui nuisent au confort des malades et à la continuité des soins. Pour autant ces difficultés paraissent mineures car, dans l'ensemble, les relations entretenues avec les SSIAD sont qualifiées positivement :

« On a signé des conventions de manière à pouvoir travailler avec eux. Il y a des problèmes là aussi avec eux, il peut y avoir des problèmes quand les gens arrivent en fin de vie. C'est beaucoup de gens qui passent et pour faire des choses presque similaires, leur donner à boire et à manger en même temps qu'on les change et en même temps qu'on fait les pansements, toutes ces choses-là, c'est difficile de tout coordonner, mais en général on entretient de bonnes relations avec eux ».

Irène

TRAVAILLER AVEC, À CÔTÉ OU SANS LES AIDES-SOIGNANTES...

Les relations, qu'elles soient concurrentielles ou partenariales, entre cabinets infirmiers et SSIAD sont une chose, celles qui s'établissent entre les infirmières libérales et les aides-soignantes sur le terrain des soins en sont une autre. De nombreuses infirmières libérales décrivent des situations dans lesquelles les aides-soignantes ne respectent pas leurs attributions. Celles-ci par exemple distribuent les médicaments ou encore réalisent des pansements. Ces empiètements sur le « rôle propre » infirmier sont vécus très diversement. Certaines infirmières, parmi les plus alarmistes, y voient une mise en danger de leur profession : « les infirmières libérales n'ont plus qu'à mettre la clef sous la porte ». Un second point de vue met l'accent sur la complémentarité entre les deux catégories professionnelles à la condition, bien entendu, que chacune s'en tienne à ses prérogatives : « elles font la toilette et nous on fait les soins en plus, soins d'escarre, soins de sonde urinaire ». Ces modes de coopération ne sont pas sans rappeler le travail en binôme infirmière/aide-soignante très courant à l'hôpital. Plus rarement, des situations d'entraide inter-catégorielle ont pu être rapportées, notamment pour la manipulation des malades :

« Si elles sont toutes seules à travailler, on leur donne un coup de main ; et au contraire, si on a besoin de quelque chose, elles nous aident aussi, avec toutes ça se passe bien. (...) Je me rappelle donner un coup de main à des aides-soignantes qui étaient toutes seules à laver un vieillard, les soulever, parce qu'elles sont souvent à deux, pour les gros cas, donc c'est vrai que quand j'arrive, qu'elle se trouve toute seule, et bien je l'aide aussi ».

Françoise

Mais de telles coopérations restent peu fréquentes puisque, d'une manière générale, les infirmières et les aides-soignantes interviennent à tour de rôle auprès d'un même patient. Enfin, quelques infirmières libérales plaident en faveur d'un transfert encadré de certains actes infirmiers vers les aides-soignantes (en l'occurrence, les toilettes et la distribution des médicaments) :

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

Françoise

Ces différents points de vue n'en demeurent pas moins très dépendants du niveau d'activité globale des infirmières libérales. Les infirmières ayant un niveau d'activité élevé considèrent qu'il est légitime de confier les actes de *nursing* les moins prestigieux aux aides-soignantes, voire aux aides à domicile. En contrepartie, cette délégation leur permet de se consacrer essentiellement aux soins techniques qu'elles considèrent comme les actes infirmiers par excellence. À l'inverse, les infirmières qui affichent un niveau d'activité plus faible et qui réalisent une part importante de soins d'hygiène estiment que de telles tâches relèvent pleinement du rôle infirmier. Ainsi, le caractère stigmatisant de ces soins en milieu hospitalier peut être renversé en libéral, ce au nom du rôle propre de l'infirmière et de la prise en charge dite « globale » du malade. Le recours à l'idéologie et à la rhétorique professionnelles autour de ce type de prise en charge sert à moduler cette division morale du travail soignant : un même acte pouvant être qualifié de « sale boulot » ou de « boulot respectable » (Hughes, 1984) selon les contextes.

LES AIDES À DOMICILE : COLLABORATRICES OU RIVALES ?

« Infirmières et auxiliaires de vie : qui fait quoi ? » : ce titre d'article relevé dans la presse professionnelle fait écho aux tensions qui peuvent surgir entre les infirmières libérales et les autres professionnels de l'aide à domicile. D'une manière plus générale, de telles difficultés posent la question (récurrente) de l'articulation entre le sanitaire et le social dans le cadre du maintien à domicile.

ENCADRÉ 2 ●

LA DÉMARCHÉ DE SOINS INFIRMIERS (DSI)

Créée le 15 février 2002 dans le cadre du protocole d'accord signé entre la CNAMTS et la confédération syndicale Convergence infirmière, la Démarche de soins infirmiers (DSI) est envisagée comme un moyen d'assurer une meilleure coordination entre les différents professionnels de la santé et du social œuvrant autour de la personne dépendante. Dans ce dispositif, l'infirmière libérale est plus particulièrement chargée de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée pour épauler le patient dans ses actes quotidiens. C'est elle qui accompagne, en lien avec les services sociaux de la Sécurité sociale et des collectivités locales, la recherche de solutions convenant à la personne en fonction de ses besoins et de son environnement.

Les infirmières libérales ont majoritairement utilisé les termes « aides ménagères » et « aides à domicile » pour désigner ces intervenantes. L'appellation auxiliaire de vie sociale (AVS) n'est quant à elle quasiment jamais utilisée¹⁰. Ces constats rejoignent les résultats d'une enquête qui souligne que les infirmières libérales ont une connaissance plutôt imprécise des intervenantes du secteur de l'aide à domicile et de leurs attributions respectives : 57 % connaissent partiellement les différentes intervenantes, 32 % les connaissent parfaitement et 11 % ne les connaissent pas (Com-Ruelle *et al.*, 2002).

Sur le terrain, les infirmières libérales et les aides à domicile se côtoient assez peu. En général, elles coordonnent leurs interventions respectives de manière à ne pas se trouver ensemble auprès du même patient. De fait, les contacts entre ces deux professionnelles demeurent le plus souvent limités et indirects. Le cahier de liaison est le principal support de ces échanges. Les infirmières libérales y notent leurs « consignes », les aides à domicile y font, quant à elles, figurer des données relatives à l'état du patient : « un changement d'humeur », « une chute », « la dégradation de l'état de santé de la personne », etc. Ceci étant, les infirmières déplorent que les aides à domicile ne recourent pas davantage à cet outil de communication. Les kinésithérapeutes et les aides-soignantes ont, semble-t-il, plus investi l'usage de ce document de liaison. Situées en bas de la hiérarchie des intervenantes à domicile, les auxiliaires de vie ne possèdent pas cette culture de l'écrit professionnel qui prend modèle sur les pratiques hospitalières (rituel des transmissions entre équipes soignantes). Dans la continuité de ces propos, quelques infirmières libérales observent l'absence d'échanges écrits ou oraux entre les différentes aides ménagères intervenant auprès d'une même personne :

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

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

Irène

Malgré la faiblesse des contacts entre ces deux catégories professionnelles, les infirmières libérales caractérisent très diversement leurs relations aux aides à domicile. De tels rapports s'inscrivent dans trois logiques quasi opposées les unes aux autres.

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

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

Ankita

Dans certains contextes, on peut relever des formes de coopération entre les deux catégories d'intervenantes. Le cas le plus fréquemment cité est celui où l'auxiliaire de vie assiste l'infirmière dans la réalisation de la toilette d'un patient lourdement dépendant (aide à la manipulation). Les situations où les infirmières épaulent les aides à domicile paraissent, par contre, moins courantes.

La seconde logique de concurrence met l'accent sur la menace que les aides à domicile font peser sur la profession infirmière. À terme, on craint effectivement que celles-ci « récupèrent » les soins de *nursing* assurés par les infirmières libérales et en particulier les toilettes, que l'on considère ici comme une composante essentielle du rôle propre infirmier. Comme le montre l'étude du CREDES : « la toilette est bien le point d'achoppement entre le sanitaire et le social : l'hygiène relève-t-elle de la compétence exclusive de l'infirmier ? Sinon, quand peut-on considérer que l'on est dans le domaine du soin infirmier d'hygiène et quand peut-on considérer que l'on est dans l'aide à la toilette » ? (Com-Ruelle *et al.*, 2002, p.53). En toute logique, ce danger est plus vivement ressenti chez les professionnelles qui réalisent une forte proportion de soins d'hygiène : « Je ne vois pas ça d'un bon œil, puisque c'est mon boulot qui part ». Les infirmières

libérales estiment que les intervenantes de l'aide à domicile ne possèdent pas les qualifications requises pour effectuer de tels actes. Alors que la formation de ces personnels constitue une menace au sein de la première logique, dans cette seconde logique, on pointe du doigt l'absence de formation (Ennuyer, 2003). Les unes et les autres tentent aussi de relever les causes de ces empiètements : le besoin de se « valoriser » par la réalisation de tâches spécifiquement infirmières ou encore la méconnaissance de la réglementation sont alors les raisons les plus souvent invoquées :

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

Léa

Dans ces conditions, les aides à domicile tendraient à délaissier les tâches d'entretien relevant pourtant de leur fonction : « Elles ne videront pas le Montauban ». Lorsqu'elles constatent de tels chevauchements sur leurs prérogatives, les infirmières n'hésitent pas à faire part de leur réprobation, laquelle ne serait que rarement prise en considération par les intéressées :

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

Charles

Au besoin, les infirmières libérales signalent de tels manquements aux services qui emploient ces professionnelles : « Il a fallu taper du poing sur la table ». De telles difficultés sont parfois imputées aux services dirigés par des bénévoles - c'est le cas pour les associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) - qui sont, d'après elles, peu au fait des modes de gestion des personnels et des compétences. Ici et là, les infirmières libérales ont aussi fait part de critiques vis-à-vis d'organismes précis qui, à leurs yeux, ne parviennent pas à encadrer leurs personnels et à enrayer leur absentéisme voire qui « embauchent n'importe qui »... À quoi renvoie ce « n'importe qui » ? Plus ou moins explicitement, quelques infirmières ont évoqué des « situations sociales », des « jeunes mères vivant seules avec leurs enfants, ayant des difficultés financières et acceptant le premier job venu... », etc. De tels constats rejoignent les réflexions de Brigitte Croff et Micheline Mauduit au sujet des modalités de recrutement de ces personnels : « Les critères de sélection annoncés sont souvent très élevés et exigeants, ne prenant pas en compte la réalité des personnes qui postulent spontanément ou sont orientées vers ces métiers.

Dans la réalité, les structures d'employeurs ne trouvent pas les personnes répondant aux critères et elles puisent de fait dans le vivier des personnes dites en difficultés, sans pour autant mettre en face les dispositifs d'accompagnement nécessaires qui permettent de retrouver l'estime de soi et une utilité sociale. » (Croff, Mauduit, 2003).

Dans la troisième logique de décloisonnement, les infirmières tolèrent quelques débordements pour ce qui concerne les actes de *nursing* que l'on pourrait qualifier de « légers » : « toilettes aux lavabos », « bains de pieds », « premiers soins d'urgence lorsque la personne se blesse »... « on ne dit rien ». Dans certains cas, des infirmières libérales estiment même que l'aide à domicile pourrait - ou peut déjà - assurer la distribution des médicaments :

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

Élisabeth

La mise en œuvre de ces délégations implique la formation des aides à domicile, que ce processus soit informel (sur le terrain, en binôme avec l'infirmière) ou formel. C'est en effet dans cette troisième logique que l'on accorde le plus d'importance à la formation et par extension à la professionnalisation des aides à domicile¹¹ :

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

Élisabeth

Les infirmières qui adoptent cette position sont souvent d'ardentes défenseuses de la DSI (démarche des soins infirmiers). L'infirmière libérale est perçue comme celle qui orchestre les interventions des dif-

férentes professionnelles de l'aide et du soin à domicile (et pas uniquement celles des auxiliaires de vie). Cette fonction de coordination est alors supposée participer pleinement au décloisonnement du sanitaire et du social :

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

Élisabeth

En revanche, ces mêmes infirmières insistent sur les limites, qui à leurs yeux, ne doivent pas être franchies. Par exemple, l'aide à domicile ne devrait pas contacter de son propre chef le médecin généraliste, ni se procurer des médicaments auprès du pharmacien :

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

Jacqueline

LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES : ENTRE ÉVICTION ET SOUS-TRAITANCE

Les infirmières libérales dispensent la majeure partie de leurs soins au domicile des patients. Néanmoins, une part de leur activité peut également être menée au sein d'établissements médico-sociaux. Il s'agit parfois d'institutions accueillant des enfants ou des adultes handicapés, mais le plus souvent il s'agit d'équipements pour personnes âgées. Ainsi, au fil des entretiens, les soignantes ont évoqué leur travail dans les maisons de retraite, les maisons d'accueil pour personnes âgées (MAPA) et maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD)¹², les foyers-logements¹³ ou encore les résidences pour personnes âgées¹⁴.

11. L'enquête réalisée par la DREES confirme « le faible niveau de qualification des 194 000 aides à domicile travaillant au sein des services d'aide aux personnes à domicile (SAPAD). Parmi elles, seules 18 % ont un diplôme professionnel : 9 % sont titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), diplôme qui sanctionnait à l'époque la compétence correspondante (remplacé depuis le mois de mars 2002 par le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), environ 5 % possèdent un autre diplôme du secteur sanitaire et social, et 4 % sont titulaires d'un autre diplôme professionnel, mais sans lien avec le secteur de l'aide à domicile. Près de la moitié d'entre elles (48 %) n'ont aucun diplôme professionnel et n'ont bénéficié d'aucune formation à l'exercice de leur « métier ». Voir Bressé, 2004.

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

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

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

Au fil des entretiens exploratoires recueillis en 1999 et 2000, bon nombre d'infirmières libérales exprimaient leur inquiétude quant à la possibilité de pouvoir continuer à intervenir dans ces équipements. Ce danger pouvant parfois être ressenti comme une véritable « interdiction » d'exercer en ces lieux. Pour bien saisir ces enjeux, il importe de les resituer dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées. Si cette réforme est rarement signalée comme telle par les infirmières, c'est pourtant celle-ci qui est à l'origine de la menace pesant sur l'exercice infirmier en établissement (encadré 3).

ENCADRÉ 3 ●

LA RÉFORME DE LA TARIFICATION
DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES

Initiée par la loi du 24 janvier 1997 qui a créé la prestation spécifique dépendance¹⁵ (PSD), la réforme de la tarification a pour principal objectif l'adaptation et la médicalisation des établissements en vue d'améliorer la prise en charge des résidents. Cette tarification se traduit par la mise en place, dans chaque établissement, de trois tarifs distincts : hébergement (le « gîte et le couvert »), dépendance (aides à la personne) et soins. Dans les établissements médicalisés, les soins sont désormais dispensés par des personnels paramédicaux salariés. Seuls les établissements non médicalisés (sans budget soins) continuent de faire appel au secteur libéral (infirmières et médecins généralistes).

Ces nouvelles dispositions légales ont entraîné une réduction, voire un arrêt du recours aux services des infirmières libérales. Ceci n'est pas sans susciter de remous du côté des syndicats, lesquels accusent les pouvoirs publics de vouloir évincer les infirmières libérales des établissements : « Ce dossier est un véritable « borbier » car il semble que l'administration, malgré une volonté ministérielle, d'aboutir dans ce dossier de la part du Ministre, a décidé de médicaliser les maisons de retraite comme les établissements hospitaliers. Ainsi, les infirmières continuent à être « virées » et sont remplacées par du personnel non qualifié (...) »¹⁶.

Les entretiens approfondis recueillis en 2004 montrent que les menaces ressenties cinq années auparavant se sont, en grande partie, concrétisées. Ainsi, de nombreuses professionnelles ont cessé d'intervenir dans les établissements pour personnes âgées dans la mesure où les soins y sont maintenant assurés par des infirmières et des aides-soignantes salariées. Ces situations varient en fonction du statut des établissements

concernés : des infirmières libérales continuent à travailler avec certains établissements et ne collaborent plus avec d'autres.

Dans la pratique, plusieurs cas de figure peuvent être relevés au regard de cette activité en institution. En premier lieu - et ceci indépendamment de la réforme de la tarification -, plusieurs professionnelles ne sont jamais intervenues dans de tels établissements. Trois explications à cela. La première tient à l'absence d'offre potentielle : aucune structure de ce type n'étant implantée sur le secteur d'exercice de ces infirmières. La seconde raison invoquée tient à la concurrence entre cabinets : des infirmières disent ne pas être sollicitées par ces structures parce que celles-ci coopèrent déjà avec un « cabinet attiré ». À ce sujet, quelques-unes ont pu sous-entendre que les cabinets retenus avaient « monnayé » cette collaboration : « il faut payer un droit d'entrée ». La troisième raison renvoie au désintérêt pour les tâches proposées par ces établissements. Il s'agit essentiellement d'actes d'hygiène (toilettes), voire d'entretien (« faire un lit ») qu'elles estiment ne pas relever des « compétences » d'une infirmière¹⁷. Le refus de ces prestations se justifie d'autant plus que « l'on a déjà assez de travail comme ça » :

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

Françoise

Cependant, à l'instar des soins d'hygiène réalisés à domicile, les soins proposés par les établissements peuvent être mobilisés comme « variable d'ajustement » (CNAMTS, 2002) de l'activité globale. Ainsi, les professionnelles qui spontanément annoncent refuser ces actes, finissent par poser quelques exceptions à ce principe : « On accepte quelquefois, quand on a de la place ».

En second lieu, d'autres infirmières qui, à une période donnée de leur carrière, ont collaboré avec les établissements, ont été amenées à réduire, voire à abandonner complètement ces pratiques. Là encore, trois motifs peuvent être relevés pour expliquer ces changements. Tout d'abord, la nouvelle réglementation peut effectivement avoir mis un coup de frein à ces prestations. Ensuite, les infirmières peuvent avoir d'elles-mêmes limité le volume de cette activité. En effet, au moment de leur installation, certaines d'entre elles ont pu démarrer leur activité grâce aux soins

15. La PSD a été remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en janvier 2002.

16. Article du 14 décembre 2005 en ligne : <http://www.convergence-infirmiere.fr>

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

réalisés auprès des résidents des maisons de retraite et au fil des années ont réduit progressivement cette part de leur activité pour la recentrer sur les soins à domicile. Enfin, l'abandon de ces activités peut être lié à un retrait volontaire, quelques infirmières libérales supportant difficilement le décalage entre leurs pratiques et celles des personnels salariés de ces structures :

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

Irène

En troisième lieu, parmi les infirmières libérales interrogées en 2004, quelques-unes continuent à travailler auprès des résidents d'établissements. Néanmoins, ces soins ne représentent souvent qu'une portion congrue de l'ensemble de leur activité (quelques patients tout au plus sur l'ensemble de leur clientèle).

Dans ces nouvelles conditions d'exercice, le statut de l'infirmière tend à se rapprocher de celui d'une prestataire de services ou d'une sous-traitante. De fait, elle perd une part de l'autonomie liée à son statut libéral : elle ne peut pas sélectionner les patients qu'elle soigne et ces derniers ne peuvent pas non plus la choisir librement. De plus, c'est l'établissement qui l'emploie qui la rémunère, et non plus l'Assurance maladie :

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

Jacqueline

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

« On ne connaît pas leurs habitudes, on ne les voit pas, et donc on peut faire des choses qui sont mal

perçues. Les problèmes qu'on a eus, souvent ça venait de là, donc du coup, on refuse ».

Françoise

En revanche, les infirmières libérales expriment leur satisfaction à prodiguer des soins aux malades « connus », en l'occurrence celles et ceux qu'elles suivaient déjà à leur domicile. Cette continuité des soins peut être assurée plus particulièrement au sein des accueils de jour ou temporaires qui sont parfois proposés par les établissements.

En définitive, les infirmières libérales sont amenées à collaborer quotidiennement avec nombre d'autres professionnels du soin mais aussi de l'intervention sociale et de l'aide à domicile. Ici elles jouent des coudes, là elles ont appris à faire front, là encore elles déploient des stratégies de contournement et dans tous les cas, elles mettent bel et bien en œuvre un savoir-faire, fruit de l'expérience engrangée au fil des années. Elles paraissent généralement connaître les mille et une manières de résister à la domination médicale, de louvoyer pour parvenir à leurs fins, de nouer des alliances avec les pharmaciens, de se positionner d'égal à égal avec des kinésithérapeutes prompts à les toiser. Par ailleurs, leurs relations avec les différentes intervenantes de l'aide à domicile sont loin d'être univoques. Parfois elles campent sur leur pré-carré et sont extrêmement sourcilleuses dès qu'elles perçoivent quelque risque d'empiètement de leur domaine réservé, dans d'autres cas leurs positions sont bien moins arrêtées, en ce qui concerne les soins dits de *nursing* par exemple.

Les infirmières libérales sont donc loin d'être à l'unisson sur l'attitude à adopter qui avec des assistantes sociales pas assez réactives à leurs yeux, qui avec des aides-soignantes employées par des services de soins infirmiers qui interpellent leurs prérogatives, etc. Bien des configurations coexistent. Ici, il s'est agi de souligner quelques variables susceptibles d'éclairer cette diversité. L'âge et l'ancienneté des unes et des autres semblent jouer à plein mais d'autres facteurs interviennent aussi, tel que le volume et le contenu de leur activité, le fait de travailler seule ou en cabinet, etc. L'effet genre est également à prendre en compte : les hommes semblent déployer des interactions bien spécifiques avec les autres professionnels qu'ils côtoient et la liste, ce faisant, est loin d'être close. ■

BIBLIOGRAPHIE

- *Berland Y., 2003, Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, Rapport de la mission « Transfert compétences ».*
- *Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., 2006, La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec, rapport n°1624, mars, IRDES.*
- *Bressé S., 2004, « Le personnel des services d'aide à domicile en 1999 », Études et Résultats, n° 297, DREES, p. 3.*
- *CNAMTS, 2005, « Le secteur libéral des professions de santé en 2003 », Carnets statistiques, n°111, p. 104.*
- *CNAMTS, 2002, « L'activité des infirmières libérales », Dossier études et statistiques, n° 52, pp. 7-9.*
- *Com-Ruelle L., Dourgnon P., Midy F., 2002, L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile, CREDES, p. 44.*
- *Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.-X., 2003, Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé, Rennes, ENSP.*
- *Croff B. et Mauduit M., 2003, « Travailler auprès des personnes âgées : une chance pour repartir dans la bonne direction », Gérontologie et société, n°104, mars, p. 236.*
- *Ennuyer B., 2003, « Les aides à domicile : une profession qui bouge », Gérontologie et société, n°104, pp. 135-148.*
- *Freidson E., 1984, La profession médicale, Paris, Payot, p. 54.*
- *Fucks M., 1999, « Exercice illégal de la profession d'infirmière : la FNI s'explique », L'infirmière libérale magazine, n°141, pp. 12-13.*
- *Hughes E. C., 1984, « Social Role and the Division of Labor », The sociological Eye. Selected Papers, Transaction Books, pp. 304-310.*
- *Midy F., 2003, Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Revue de la littérature 1970-2002, Document de travail, CREDES.*
- *Vilbrod A., Douguet F., avec la collaboration de Lefeuvre S. et Le Minoux N., 2006, « Le métier d'infirmière libérale », Document de travail, série Études, n°58, DREES. Le présent article est basé sur l'une des parties de cette monographie.*