HAL open science

Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires

Matti Suchier, Lucie Michel, Cécile Fournier

To cite this version:

Matti Suchier, Lucie Michel, Cécile Fournier. Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires. Questions d'économie de la santé, 2021, 263. hal-03770097

HAL Id: hal-03770097

https://hal.science/hal-03770097v1

Submitted on 3 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Questions d'économie de la Santé

n° 263 - Novembre 2021

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/263-tensions-entre-dynamiques-professionnelles-et-interprofessionnelles-travail-aides-a-domicile-aides-soignantes-infirmieres.pdf

Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires

Matti Suchier et Lucie Michel, avec la collaboration de Cécile Fournier (Irdes)

Alors que la crise sanitaire a rappelé avec acuité l'importance de la prise en charge à domicile de personnes atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie, cette enquête sociologique qualitative, réalisée en 2020, propose de plonger dans le quotidien de trois groupes professionnels (aides à domicile, aides-soignantes et infirmières) intervenant dans les soins à domicile, rarement mis sur le devant de la scène. Il s'agit d'abord de décrire le travail ordinaire des professionnelles étudiées, avant de saisir les rapports qu'elles entretiennent entre elles, dans différents contextes d'exercice.

Leur travail et leurs relations professionnelles apparaissent étroitement liés à la structuration de l'offre de soins à domicile, aux modes de financement de leur exercice et à des hiérarchies implicites entre les professionnelles, dressant de nombreux obstacles à la mise en place d'un exercice coordonné. Certaines organisations s'appliquent toutefois à favoriser l'émergence de dynamiques interprofessionnelles dont nous montrons les ressorts, même si elles restent entravées par la prééminence de dynamiques mono-professionnelles.

Dans un contexte de transformation des soins primaires où « les formes traditionnelles de l'exercice libéral attirent moins les jeunes générations et la pénibilité des conditions de travail est régulièrement dénoncée » (Schweyer, 2014), et où les regroupements pluriprofessionnels sont encouragés (Hassenteufel *et al,* 2020), les infirmières, les aides-soignantes et les organisations d'aide à domicile[1] conservent un rôle de première ligne avec les médecins généralistes. Le partage des tâches entre les acteurs de différentes professions évolue, avec un intérêt croissant en France pour de nouvelles formes de coopération et pour des « transferts de tâches et de compétences », notamment dans le secteur extra-hospitalier (Berland, 2003). Ces dernières années, plusieurs dispositifs de délégation d'actes ont été expérimentés en France, on peut citer : le dispositif Action de santé libérale en équipe (Asalée) et les protocoles de coopération dans les Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) relayés par l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en maison de santé pluriprofessionnelle (Fournier, 2019). L'extension des compétences infirmières et la création de nouveaux métiers ou de nouvelles spécialisations, tels qu'assistante médicale et Infirmière en pratique avancée (IPA), participent des transformations à l'œuvre. Les enjeux actuels auxquels le système de santé fait face invitent à étudier de manière approfondie les dynamiques des groupes professionnels médicaux et paramédicaux travaillant hors de l'hôpital.

[1] Dans cet article, le choix a été fait de féminiser les groupes professionnels très majoritairement féminins.

En effet, le vieillissement de la population, la chronicisation des pathologies, le virage ambulatoire amorcé, mais aussi les enjeux démographiques (la diminution du nombre de médecins généralistes et leur inégale répartition sur le territoire) sont autant de facteurs susceptibles de modifier les périmètres des missions des professionnel.le.s de santé dits « de ville » et, de ce fait, l'organisation de leur travail.

La littérature internationale recense de nombreux exemples de nouveaux partages de tâches dites « médicales » avec des professionnels « paramédicaux » (Michel et Or, 2020). Les frontières entre les activités des différents professionnels sont d'autant plus fluctuantes que les évolutions de l'organisation des systèmes de santé, des techniques médicales et des technologies de l'information et de la communication ne cessent de reconfigurer les pratiques (Esterle *et al.*, 2011). En outre, malgré les préconisations des pouvoirs publics à davantage de coordination interprofessionnelle, de nombreuses difficultés existent (Com-Ruelle *et al.*, 2002) et le travail ordinaire des professionnelles du soin et de l'aide à domicile reste souvent éloigné de leurs considérations. Cet article cherche à en rendre compte en étudiant conjointement les dynamiques professionnelles et l'organisation du travail en soins primaires entre les infirmières, les aides-soignantes et les aides à domicile.

L'exercice paramédical dans un contexte de soins primaires a été encore peu étudié par les sciences sociales. En effet, les groupes professionnels tels que ceux des infirmières ou des aides-soignantes ont principalement été analysés à travers le prisme hospitalier (Véga, 2000 ; Arborio, 2001 ; Acker, 2005). Florence Douguet et Alain Vilbrod (2018) viennent cependant combler ce manque en proposant une sociologie des infirmières libérales, tout comme Véronique Feyfant (2016), qui analyse les recompositions du métier d'infirmière dans le travail auprès de personnes dépendantes à domicile. Par ailleurs, sans avoir le statut de professionnelles paramédicales, les aides à domicile sont des actrices centrales de la prise en charge à domicile (Avril, 2012 et 2014). Si la prise en charge des soins à domicile est un champ très vaste impliquant de nombreux. ses professionnel.le.s, notre parti pris d'analyser ces trois groupes professionnels repose sur leur forte interaction, sur leur partage parfois complexe d'un ensemble de caractéristiques communes et sur leur faible prise en compte par les pouvoirs publics.

En s'intéressant donc à ces trois métiers des soins à domicile, nous décrivons d'abord les principales composantes du travail ordinaire de ces professionnelles, qui dépendent fortement de la structuration de l'offre de soins des paramédicaux et des services d'aide à domicile sur leur territoire d'intervention. Nous montrons ensuite que la réalité des interactions professionnelles et des modalités d'exercice ne permet que rarement à ces professionnelles de se coordonner. Même si l'analyse de quelques cas où cette coordination est organisée permet d'en étudier les ressorts et les conditions, notre étude montre que le mouvement de professionnalisation, tel qu'il s'opère, demeure un frein important au développement de dynamiques interprofessionnelles.

Sources et méthode

Cette enquête *ad hoc* réalisée entre les mois de mars et juillet 2020, en pleine épidémie de SARS-Cov-2, repose sur 30 entretiens semi-directifs, qui par conséquent ont été menés par téléphone ou en visio-conférence. Les enquêtées sont 7 aides-soignantes, 3 aides à domicile, 13 infirmières et 7 coordinatrices ou directrices de structures, exerçant dans une diversité d'organisations : 2 Centres de soins infirmiers (CSI), 3 Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), un Centre municipal de santé (CMS), 3 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et 3 associations d'aide à domicile, implantés dans 6 régions différentes de France hexagonale. Les prénoms, les noms des organisations et les espaces géographiques ont été anonymisés. En plus de ces entretiens, cet article s'appuie sur une revue de la littérature socio-historique sur les professionnelles étudiées, disponible dans le rapport délivré au Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) [Suchier, Michel, 2021].

Les personnels du soin et de l'aide à domicile

Les missions des trois groupes professionnels forment un spectre s'étendant des tâches relevant du rôle propre infirmier (dont certaines très techniques comme les dialyses, les pansements complexes ou les soins post-chirurgie), à des tâches de *nursing* (soins d'hygiène, toilettes) jusqu'à l'accompagnement au maintien à domicile (ménage, courses, préparation de repas, tâches administratives, etc.). Des glissements de tâches entre les professionnelles des différents groupes sont fréquemment observés pour celles relevant du centre du spectre, rendant ces tâches plus difficilement attribuables à un seul métier.

Repères

Ce projet de recherche commandité par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), étudie la division du travail entre trois groupes professionnels jouant un rôle dans la prise en charge des patients en soins primaires.

Au 1er janvier 2019, parmi les 722 572 infirmières recensées en France, 87 % sont des femmes. On compte 127 747 infirmières ayant un statut libéral ou mixte, soit 17,7 % de la profession et une croissance annuelle de 4 % depuis 2001. La profession connaît un vieillissement puisque la part des 50 ans et plus est passée de 23 % en 2001 à 36 % en 2015 (Drees, 2019). En 2016, on compte 416 000 aides-soignantes, dont 93 % de femmes. 78 000 (19 %) exercent en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Les aides-soignantes enquêtées sont salariées de Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), qui comptent 33 000 salariés (très majoritairement aides-soignantes, mais aussi coordinatrices, directrices, secrétaires médicales, infirmières, etc.). Finalement, peu d'aides-soignantes exercent en soins primaires comparativement aux infirmières. Il est plus difficile de dénombrer les aides à domicile. Le ministère de l'Economie, des Finances et de la Relance recense 42 147 organismes d'aide à domicile au 1er janvier 2019, soit 81 % d'entreprises (dont des micro-entrepreneurs), 15 % d'associations, et 4 % d'établissements publics. Au sein du secteur, 68 % des associations accompagnent d'abord des personnes âgées, et l'aide au ménage représentait 70 % de l'activité en 2014. Les activités d'aide à domicile reposaient sur 470 000 personnes en 2018, dont 97 % de femmes. Plus globalement, le secteur des services à la personne employait 1,4 million de personnes. Parmi les aides à domicile, il existe trois catégories (A, B et C). La première catégorie, A, correspond aux agents à domicile. Ces professionnelles non diplômées dans le secteur de l'aide à domicile ou d'autres secteurs compatibles ne peuvent réaliser que des tâches de ménage, n'étant pas qualifiées pour tout ce qui touche à l'aide à la personne. A l'inverse, les professionnelles de catégories B et C sont qualifiées et peuvent ainsi réaliser l'ensemble des tâches présentes dans leur référentiel de compétences. Les professionnelles de catégorie B ont les certifications nécessaires, souvent obtenues par de la formation continue au sein de l'organisation

ou par un diplôme compatible (CAP petite enfance, CAP service à la personne, etc.). Pour obtenir la catégorie C, il faut nécessairement avoir le Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES). Le DEAES, et donc l'obtention de la catégorie C, situe alors statutairement les professionnelles au même niveau que les aides-soignantes. De plus, les catégories C obtiennent une rémunération légèrement plus haute que celle des catégories B au sein des services d'aide à domicile.

Dans la plupart des cabinets d'infirmières libérales, la journée est divisée en trois temps. La première tournée commence souvent vers 7h du matin et se termine autour de 13h. Ensuite, les infirmières déjeunent généralement chez elles et s'occupent du travail administratif. Le troisième temps comprend la deuxième tournée de la journée, qui commence souvent vers 16h ou 17h et se termine vers 20h ou 21h.

De leur côté, les aides-soignantes travaillant en Ssiad ont des journées assez similaires en termes d'organisation des visites. Les journées sont également coupées en deux, les aides-soignantes commençant vers 7h du matin et finissant vers 12h ou 13h, avant de reprendre à 17h pour celles qui exercent à temps plein. Néanmoins, les Ssiad couvrent souvent des territoires beaucoup plus vastes que les cabinets infirmiers. De fait, les trajets sont souvent plus longs. Leurs matinées sont généralement composées de cinq toilettes, elles passent entre 30 minutes et 1 heure chez chaque patient selon son état de santé et les types de soins qu'il requiert. Elles n'ont pas de durées préalablement définies par patient ou types de soins, à l'inverse des aides à domicile.

Les aides à domicile, contrairement aux infirmières et aux aides-soignantes, n'ont pas de journées divisées en tournées distinctes. Elles sont également entrecoupées, mais rarement de manière systématique. Commençant généralement vers 8h, les aides à domicile peuvent terminer à 12h comme à 20h, avec des pauses de plusieurs heures. Les tâches qu'elles réalisent varient selon leur catégorie et sont classées selon leur durée. Les professionnelles interrogées, quelle que soit leur catégorie, font principalement du ménage, qui les occupe entre une heure et demie et trois heures chez un bénéficiaire. Néanmoins, celles en catégories B ou C commencent le matin par une ou deux toilettes et font de l'accompagnement : aide aux courses, préparation de repas ou accompagnement en promenade.

Si des similitudes existent dans les formes d'organisation des journées de ces trois groupes professionnels, les pratiques, les représentations, les rémunérations et le statut social diffèrent largement. Ceux-ci sont autant le résultat de l'histoire de ces groupes professionnels que des configurations des territoires sur lesquels ils exercent, et produisent des effets sur l'organisation des professionnelles et donc sur la coordination interprofessionnelle. En termes de catégories socio-professionnelles d'abord, les Infirmières diplômées d'Etat libérales (Idel) appartiennent aux professions intermédiaires selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et se distinguent à plusieurs égards de leurs homologues hospitalières. Leurs revenus moyens annuels correspondent davantage à ceux des cadres et des professions intellectuelles comprenant les professions libérales et assimilées (CSP 31), même si elles n'y sont pas assimilées en raison de leur niveau de diplôme et de leur position dans la division du travail médical. En 2017, les infirmières libérales percevaient un revenu disponible moyen annuel de 43 320 € (Insee). Salariées, les aides-soignantes et les aides à domicile sont généralement rémunérées au Smic. Néanmoins, à temps de travail identique, les aides-soignantes ont des revenus supérieurs. Les trajets des aides-soignantes, comptabilisés dans les heures de travail, en sont la raison principale, les aides à domicile n'étant pour leur part indemnisées qu'entre 0,29 € et 0,46 € par kilomètre parcouru et utilisant souvent leur propre voiture, ce qui représente un coût d'achat et d'entretien non négligeable. De plus, ces deux groupes professionnels travaillent majoritairement à temps partiel, ce qui réduit le montant de leurs revenus.

Une coordination interprofessionnelle qui dépend de la structuration de l'offre de soins et de la position des professionnelles dans la hiérarchie soignante

L'exercice collectif et coordonné en soins primaires dans le secteur libéral s'est principalement construit ces dernières années autour des médecins, avec le développement des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). En revanche, à l'exception de quelques organisations aux collectifs innovants, de nombreux freins à un exercice interprofessionnel et coordonné avec et entre professionnelles paramédicales et aides à domicile subsistent. Ils reposent tant sur des aspects matériels et financiers que sur des cultures professionnelles différentes. La structuration de l'offre de soins sur un territoire est aussi un élément central qui sous-tend les rapports entre professionnelles.

En premier lieu, les organisations de l'aide à domicile sont plus souvent en manque de personnels et font face à une forte demande. Néanmoins, lorsque ce n'est pas le cas, l'ouverture à la concurrence, notamment privée, conduit souvent à une recomposition de l'offre de soins et de services à domicile. De leur côté, les Ssiad ne couvrent pas l'ensemble du territoire français et fonctionnent dans le cadre d'une capacité en lits autorisée – comme l'hôpital – qui fait l'objet d'un arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS). Cette capacité limite le nombre de personnes susceptibles d'être prises en charge (DGCS, 2015). Dans les cas enquêtés, le nombre de lits des Ssiad est bien en deçà du nombre de demandes de prises en charge. L'un des Ssiad, situé en zone rurale où le vieillissement de la population a fait augmenter la demande, n'a pas vu son nombre de lits s'accroître depuis dix ans.

Par ailleurs, la concentration de cabinets infirmiers et les différentes conceptions que les professionnelles ont de leur métier ont des effets majeurs sur les formes de division du travail sur un territoire. Deux cas de figure existent : dans le premier, les infirmières libérales étant peu nombreuses sur un territoire, une partie de leur travail est délégué aux aides-soignantes et aides à domicile, qui intègrent alors de nouvelles compétences. La principale conséquence est la spécialisation des cabinets infirmiers dans la réalisation d'actes techniques. De fait, les infirmières se considèrent avant tout comme des professionnelles de santé dotées de compétences propres et dont le métier est divisé en deux catégories d'actes : les actes techniques qui sont « le cœur du métier » et le reste, les soins d'hygiène. Cette conception est intimement liée à une hiérarchie symbolique selon laquelle les actes techniques sont généralement plus valorisés. Elles soulignent alors la stimulation intellectuelle que représente la technicité d'un pansement, la mise en place d'un protocole et le suivi des nouvelles avancées scientifiques et technologiques en médecine. La satisfaction de faire son métier repose prioritairement sur le sentiment d'être utile en délivrant un service que nul autre ne peut rendre.

« - Je m'éclate à faire les pansements parce que je me sens vraiment utile quand je m'amuse à chercher le protocole qu'il faudrait pour que la plaie s'améliore. Chercher tel pansement, je me sens utile parce que je réfléchis et je mets en place mes connaissances. C'est ça qui m'excite.
- Et à l'inverse, la partie que vous aimez le moins ?
- Les toilettes.

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

Ces professionnelles insistent sur la nécessité de « rester à jour », de continuer à s'informer sur les nouveaux médicaments, protocoles et matériels afin, de « *rester compétitives vis-à-vis de leurs collègues* ». Des collègues qu'elles considèrent souvent comme moins compétentes et à qui elles délèguent aisément les soins d'hygiène, renforçant par là-même la hiérarchie symbolique entre ces tâches.

A l'inverse, lorsque les infirmières libérales prennent tous les soins (techniques et d'hygiène), en général sur un territoire où l'offre est importante, les rapports avec les autres professionnelles peuvent devenir compliqués car concurrentiels. Par exemple, sur le territoire d'un Ssiad enquêté dans le Grand Est, deux cabinets d'infirmières libérales couvrent un même territoire rural en plus du Ssiad. L'un d'eux, le plus ancien, s'est spécialisé dans les actes techniques, acquérant, à l'échelle de ce territoire rural, une forme de monopole et déléguant les toilettes au Ssiad. Le second, créé plus récemment, réalise davantage des soins d'hygiène en le justifiant par une approche sociale, globale et d'acceptation de tous les patients. Il entre alors parfois en concurrence directe avec le Ssiad qui offre les mêmes types d'actes. Néanmoins, les places du Ssiad étant limitées, ce cabinet peut maintenir une activité. Dans ce cas, la frontière entre le travail d'infirmière à domicile et celui d'aide-soignante au sein d'un Ssiad devient plus que poreuse et la division du travail se fait davantage en fonction de l'ancienneté de l'installation des infirmières.

L'offre de soins infirmiers et de Ssiad sur un territoire agit donc directement sur les relations que peuvent entretenir les professionnelles entre elles. Ainsi, dans le secteur du domicile, de nombreuses formes de concurrence existent. Les services d'aide à domicile sont présents de manière inégale sur le territoire national mais, surtout, sont exclus de la considération dont bénéficient les paramédicales. Les aides à domicile sont appréhendées comme des prestataires de service non seulement par les professionnelles, mais aussi par les patients.

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

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

Elles sont ainsi perçues par les bénéficiaires comme des exécutantes de tâches au service de personnes qui les emploient et non comme des aidantes dont le travail est aussi d'accompagner. Les aides-soignantes et les infirmières ont parfois la même approche. Ainsi, lorsque deux professionnelles interviennent au domicile, les infirmières ou les Ssiad demandent systématiquement aux services d'aide à domicile de s'adapter à leur emploi du temps.

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

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

De leur côté, les aides à domicile ont intériorisé cette attente des professionnelles paramédicales et adoptent des attitudes de prudence. Lorsqu'Hélène a besoin de contacter une infirmière pour un bénéficiaire, elle passe systématiquement par la cadre responsable du secteur.

« - Et vous faites un peu le relais entre les médecins, les infirmières ?
- Je ne fais pas tout ça. Après, s'il y'a besoin, je passe toujours par ma hiérarchie. Parce que je connais des infirmières, parfois depuis des années, et je pourrais les appeler, les recommander auprès de madame Untel… alors moi je demande, parce que je passe toujours par ma hiérarchie.

Hélène, 50 ans
Aide à domicile dans une ADMR
de la région parisienne

Un second élément constitutif de la distance pouvant exister entre ces trois types de professionnelles est la méconnaissance réciproque de leur travail. Par manque de formation ou d'intérêt, les Ssiad, malgré leur existence depuis 1970, sont parfois assimilés par les infirmières libérales à des services d'aide à domicile (Feyfant, 2016), et le sont souvent par les médecins. De plus, certaines professionnelles paramédicales n'ont aucune considération pour les aides à domicile, ce qui heurte parfois leurs collègues.

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

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

Un exercice coordonné interprofessionnel qui se heurte aux modes de financement existants

L'établissement de relations de coopération, de coordination, voire de bonne entente entre les professionnelles du soin et de l'aide à domicile, se heurte en outre à des modes de financements des soins dont les sources diffèrent, et à leurs effets sur le rapport que les professionnelles entretiennent à ces rémunérations.

Ainsi, les infirmières qui exercent dans des cabinets principalement axés sur les soins de *nursing* se voient difficilement être compétitives face aux Ssiad. Ces derniers sont, en effet, des organisations qui permettent aux professionnelles de passer davantage de temps auprès des patients, et qui les prennent en charge intégralement dès lors qu'ils comptent aussi des infirmières salariées parmi leur personnel. Les rapports entre Ssiad et infirmières libérales restent ainsi tendus d'autant que s'ajoutent parfois des réticences à travailler ensemble du fait de la structuration des modes de rémunération.

En substance, la majorité des infirmières libérales enquêtées n'apprécient pas de travailler avec les Ssiad car elles ont le sentiment, d'une part, que le Ssiad leur « *vole leur travail* », et d'autre part, qu'il est mauvais payeur. En effet, si une minorité de Ssiad salarient des infirmières « de terrain » (non coordinatrices), les autres passent une convention avec les infirmières libérales afin de fixer et d'homogénéiser les honoraires. Les infirmières libérales et les personnels des Ssiad rapportent que la convention n'est pas aussi avantageuse que si l'infirmière prenait le patient sans passer par le Ssiad (impossibilité de coter le diagnostic infirmier et la majoration de coordination, par exemple). Dans certains secteurs, les conventions passées avec l'Hospitalisation à domicile (HAD) sont

bien plus avantageuses et si les soins ne sont pas forcément les mêmes, cela rend les Ssiad moins attractifs pour les infirmières.

> « Il s'avère que l'HAD de notre secteur paie les soins infirmiers plein pot, c'est-à-dire que [...] dans la cotation infirmière [...], si c'est trois soins dans un domicile, actuellement, la nomenclature prévoit que le premier soin est à taux plein, le deuxième à demi-tarif et le troisième soin à zéro. Quand l'HAD intervient, ils payent tout à taux plein...
>
> **Sylvie, 51 ans**
> Directrice d'un Ssiad rural
> dans les Pays de la Loire

Pour les infirmières libérales, travailler avec le Ssiad est ainsi restrictif en termes de facturation. Travailler avec le Ssiad signifie renoncer à certaines cotations comme la majoration de coordination ou le diagnostic infirmier. Ainsi, les infirmières libérales bénéficient du système de paiement à l'acte, ce qui n'est pas le cas des Ssiad, dont les contraintes budgétaires et la convention les forcent à se plier à une lecture stricte de la nomenclature infirmière. Au-delà du cas particulier du Ssiad, financé par forfait, on peut déjà, en filigrane, s'apercevoir de logiques qui ne favorisent pas l'exercice collectif en libéral.

En effet, l'installation en libéral n'apparaît pas forcément comme la forme d'exercice la plus compatible avec le paradigme du *care* ou une approche « humaniste et holistique ». Dans ce cadre, le patient doit être pris en charge dans sa globalité. Il s'agit d'abord, pour les professionnelles se réclamant de cette approche, d'accepter tous les patients ayant une prescription, quel que soit le type de soin. Mais au-delà, il s'agit aussi de prendre en compte l'ensemble des éléments qui peuvent rentrer dans le processus de soins. La conception holistique mise en avant par ces professionnelles insiste sur l'importance de la sociabilité qu'implique leur métier. Ainsi, dans cette approche, les professionnelles deviennent responsables, par exemple, d'une partie des relations sociales de leurs patients qui sont majoritairement des personnes âgées dépendantes et parfois isolées. Cette dimension relationnelle nécessite bien souvent de passer davantage de temps que ne le font la plupart des infirmières libérales auprès des patients, et de réaliser des tâches parfois imprévues, et surtout qui ne rentrent pas dans le cadre de la rémunération. Par exemple, certaines professionnelles insistent sur la nécessité d'inclure les proches dans les soins, ce qui nécessite du temps.

> « Et c'est aussi établir une relation avec la famille car les familles ne sont pas nos ennemies, au contraire, les proches sont acteurs aussi du soin.
>
> **Dominique, 55 ans**
> Aide-soignante
> dans un Ssiad rural dans le Grand Est

Le libéral reste pourtant bien le mode d'exercice majoritaire des infirmières en soins primaires. Il implique chez certaines une approche entrepreneuriale du métier, où il s'agit d'œuvrer en gestionnaire de son cabinet en optimisant les prises en charge, les types d'actes, les emplois du temps et la facturation.

> « Il faut savoir gérer son temps, son argent, beaucoup de choses. Il faut vraiment être calme, investie, cheffe d'entreprise. Parce que vu qu'on gagne du brut, il faut se dire qu'il faut enlever 50 %.
>
> **Michelle, 55 ans**
> Infirmière libérale,
> en périphérie d'une grande ville
> du sud-est de la France

Il est nécessaire de comprendre les ressorts de cette volonté des infirmières d'exercer en libéral. Florence Douguet et Alain Vilbrod (2018) ont montré qu'il s'agissait, bien souvent, d'une réaction de rejet vis-à-vis de l'expérience hospitalière passée. L'arrivée dans le libéral est souvent la conséquence d'un refus de la pression bureaucratique et temporelle de l'hôpital, des conditions de travail, des manières de faire et de la stricte hiérarchie médicale (*Ibid.*). La volonté de ne plus subir cette dernière lors de l'arrivée en libéral, qui se traduit par une mise à distance des organisations pluriprofessionnelles et des médecins, renforce ici aussi la difficulté d'un exercice coordonné interprofessionnel incluant des médecins. Michelle, une des premières infirmières à avoir rejoint la MSP de son secteur à ses débuts, raconte la position initiale de ses homologues face aux propositions faites par des médecins lors d'une réunion.

> « - Ah bon, vous étiez la seule ? Comment ça se fait ?
> - Parce que mes collègues se sont rebiffées à cette réunion qu'on avait faite en 2008, c'était terrible ! Mais moi, je ne m'attendais pas à ce que mes collègues répondent ça. Ils nous avaient invitées au restaurant, nous disant : "*On aimerait bien faire ça, ça, ça...*" On avait donné la parole à chacun et tous mes collègues libéraux avaient dit : "*Allez-vous faire foutre ! On est en libéral, ce n'est pas pour être aux ordres des médecins*". J'avais été la seule à dire oui, ça m'intéressait énormément. D'ailleurs, ça a foutu en l'air mon dernier cabinet d'infirmiers.
>
> **Michelle, 55 ans**
> Infirmière libérale,
> membre d'une MSP en périphérie
> d'une grande ville du sud-est de la France

De manière générale, certaines infirmières dépeignent des rapports dégradés entre infirmières libérales qui sont aggravés par la concurrence entre cabinets.

> « La deuxième chose qui est super importante, c'est que les infirmières, elles se tirent la bourre, elles ne se parlent pas, elles ne s'aiment pas ! En règle générale, c'est comme ça les libéraux. (...) Non, mais c'est terrible, c'est la guerre ! Dans 80 % des cas, les cabinets se tirent la bourre parce que « *elle a plus de patients* », « *parce que le médecin na na na* » !
>
> **Catherine, 54 ans**
> Infirmière libérale, membre d'une MSP
> dans une petite ville de l'est de la France

De même, entre les organisations de services d'aide à domicile, la concurrence est particulièrement vive en milieu urbain où les organisations sont nombreuses, notamment les structures privées depuis la libéralisation du secteur en 2005 (Capuano, 2017). Ainsi, l'association enquêtée en région parisienne, assez récente, s'est imposée sur son territoire, ne cessant de s'agrandir, ce qui a participé à la fermeture d'une autre association.

Cet ensemble de difficultés à la fois matérielles, financières, organisationnelles et relationnelles peuvent néanmoins être dépassées dans certaines organisations et dans certaines configurations territoriales.

Lorsqu'il existe un exercice coordonné entre infirmières, aides-soignantes et aides à domicile

Malgré les contraintes réelles à des formes d'exercices coordonnés exposées précédemment, des organisations les développent, comme le montrent deux exemples observés dans notre étude. En partant du constat que la superposition de nombreuses organisations sur un territoire pouvait avoir des effets délétères, les organisations étudiées ont cherché à agréger différents services et, par conséquent, différents groupes professionnels. Ainsi, la première organisation étudiée ici est une fédération de services médico-sociaux à l'échelle d'un territoire urbain d'environ 40 000 personnes, centré sur deux villes mitoyennes d'Ile-de-France. Elle regroupe et coordonne un ensemble de services couvrant la quasi-totalité de l'offre médico-sociale. Cette fédération comprend près de 200 salariés répartis au sein d'un Service d'aide à la personne (Sap), d'un Ssiad, d'un Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (Spasad), d'une Équipe spécialisée Alzheimer (Esa), d'un service d'aide aux aidants, ainsi que d'un pôle

de coordination et de direction. Le deuxième cas étudié est celui d'un Centre de soins infirmiers (CSI) auquel est adossé un Ssiad, depuis quelques années, dans une commune en zone périurbaine comprenant environ 10 000 habitants. Ce CSI-Ssiad, né dans les années 1970 et prenant la suite d'un dispensaire sous l'égide de religieuses, s'inscrit dans une approche globale des patients et populationnelle à l'échelle du territoire de la commune. Par ailleurs, des partenariats se sont tissés avec les professionnels d'une MSP, récemment créée dans le village adjacent : des infirmiers du CSI participent aux réunions et montent des projets de soins communs.

Néanmoins articuler différents services nécessite davantage que de simplement les intégrer dans une seule organisation. La fédération a ainsi engagé, depuis sa création dans les années 1980, une réflexion sur la gouvernance, la coordination et le degré de centralisation des services.

> « On n'a pas mis d'un côté le service d'aide avec ses réflexions et le service de soins avec les siennes, la réflexion est partagée. A partir de là, il y a eu des procédures partagées, des outils partagés, une réflexion partagée. Et donc à partir du moment où les actions deviennent partagées, des questions se posent parce que c'est vrai que le service de soins ne s'était pas forcément interrogé sur les limites du travail des aides à domicile, par exemple.
>
> **Estelle, 38 ans**
> Déléguée générale de la fédération

Du côté du CSI-Ssiad, les infirmières coordinatrices articulent les prises en charge des patients suivis par les deux services. Ainsi, les aides-soignantes répondent directement aux infirmières du CSI, ce qui instaure une hiérarchie entre professionnelles – qui n'est pas sans rappeler la hiérarchie hospitalière – mais permet une coordination entre elles. Ce faisant, le Ssiad attenant au CSI permet de maîtriser l'ensemble du parcours de soins des patients maintenus à domicile. L'organisation est ainsi capable d'adapter les soins à l'évolution de l'état des patients.

> « - Comment articulez- vous les deux [*Ssiad et CSI*] en fait ?
> - C'est confortable pour moi parce que lorsque j'ai une demande de soins, ça me permet de voir si le patient peut aller vers le Ssiad ou vers le CSI. [...] Quand la personne revient de l'hôpital et n'est pas très stable, elle est suivie par le centre de soins pendant quelques temps, donc par des infirmières, et quand ça devient un peu plus chronique, on bascule vers le Ssiad. La seule difficulté, c'est qu'on est limité par le nombre de places au niveau du Ssiad.
>
> **Dounia, 48 ans**
> Infirmière directrice du CSI-Ssiad

Une culture commune qui dépasse la culture professionnelle et passe par une acculturation aux autres métiers et situations. Pour ce faire, les deux organisations étudiées mettent en place des groupes de travail avec les professionnels des maisons de santé environnantes. Ces groupes de travail portent sur des situations concrètes de patients dans la prise en charge desquels des difficultés sont survenues. Au-delà des thèmes abordés lors des séances, c'est aussi la composition des groupes eux-mêmes qui permet l'émergence de ressources, d'interconnaissances et, finalement, d'une culture commune. Les réticences que peuvent éprouver les coordinatrices des différents services à travailler les unes avec les autres en raison d'appartenances professionnelles diverses s'estompent quand la connaissance des différents métiers s'améliore.

De plus, le développement de la coordination, et, au-delà, de la coopération entre professionnelles, suppose, pour les organisations concernées, de créer « une culture commune » comme l'explique notamment la directrice de la fédération. En mettant en place des espaces et des temps qui mixent les appartenances professionnelles, la fédération cherche à favoriser le sentiment, pour des travailleurs sociaux, des soignants et des administratifs, d'appartenir à une même entité. Et au-delà des personnels cadres, les aides à domicile, les aides-soignantes et les infirmières se voient proposer des formations et des actions de prévention pluriprofessionnelles.

Du fait de leur implantation ancienne sur leurs territoires respectifs, la fédération comme le CSI-Ssiad semblent avoir mis en place une coordination effective de leurs services et une organisation ayant permis aux aides-soignantes, aux infirmières et aux aides à domicile de se forger une culture commune. Ces organisations atypiques illustrent certaines dynamiques en soins primaires, bien que celles-ci restent marginales. En effet, le développement de la coordination se heurte le plus souvent aux dynamiques professionnelles.

Des dynamiques monoprofessionnelles qui restent prééminentes

Pour les aides-soignantes, peu nombreuses en soins primaires et marginalement inclues dans des organisations pluriprofessionnelles, le Ssiad reste le seul mode possible d'exercice. Leurs revendications s'expriment d'abord dans le domaine de la (re)connaissance de leurs spécificités en soins primaires. D'ailleurs, pour nombre d'enquêtées, la crise sanitaire aura illustré le fait que leur rôle est considéré comme secondaire par les pouvoirs publics qui ont d'abord fourni du matériel de protection aux médecins généralistes, puis aux infirmières, et ensuite aux Ssiad. Encore peu reconnues et trop souvent confondues avec des services d'aide à domicile par certaines infirmières libérales et certains généralistes (Feyfant, 2016), les aides-soignantes n'ont pas de rôle précisément défini en soins primaires et se situent dans un entre-deux. Lorsqu'aucun Ssiad n'existe sur un territoire, leurs tâches sont alors récupérées par des infirmières ou des aides à domicile. Malgré cette position, elles se sentent particulièrement formées à la toilette, aux soins d'hygiène délégués par les infirmières, et revendiquent les qualités relationnelles comme spécificité professionnelle à l'instar de leurs homologues hospitalières (Arborio, 2001).

Les aides à domicile partagent un sentiment de solitude, accentué par la précarité du secteur regroupant plusieurs catégories de travailleuses du domicile. Entre les catégories A, non-diplômées, généralement en situation de précarité (Avril, 2016) et les catégories C, statutairement au même niveau que les aides-soignantes, les organisations de l'aide à domicile sont partagées entre la volonté de professionnaliser leur secteur tout en étant confrontées à un *turnover* important, une gestion budgétaire très serrée, une forte concurrence et une faible reconnaissance de ces emplois. De plus, le secteur est encore régulé par un « sous-droit du travail » (Laforge, 2005) dont les conventions collectives s'enracinent dans celles qui ont régulé les emplois de domestiques. Dans son enquête de 2016, Christelle Avril montre que pour une part non négligeable des aides à domicile, cela représente le seul accès possible à l'emploi sans qualification. Les organisations réalisent des entretiens d'embauche en continu afin de pallier les nombreux départs, arrêts maladie ou abandons de poste. Ce *turnover* est lié aux grandes difficultés liées à l'exercice de ce métier : un métier physiquement et moralement pénible (Avril, 2016), avec un nombre important d'heures de travail et de trajets, et une faible rémunération. Cette absence de reconnaissance se traduit également par le peu d'intérêt des pouvoirs publics pour cette question (Capuano, 2017).

La grande majorité des infirmières libérales échappe à la précarité qui caractérise les aides à domicile. Néanmoins, elles partagent le sentiment de solitude même si celui-ci est également la conséquence du parcours d'une grande partie d'entre elles qui ont délibérément fait le choix du libéral en réaction à l'hôpital.

Une professionnalisation au détriment de la coordination interprofessionnelle ?

Les dynamiques de professionnalisation des métiers étudiés ici ont en commun de se faire au détriment de la coordination interprofessionnelle. Trois dynamiques sont observées : une première concerne le secteur de l'aide à domicile qui se professionnalise à l'échelle des organisations elles-mêmes, par conséquent de manière hétérogène. Deux autres dynamiques correspondent aux évolutions du métier d'infirmière en soins primaires, entre montée en responsabilité et développement d'une approche populationnelle sans articulation avec les autres groupes professionnels.

Dans le cas des aides à domicile, l'enquête montre que ce sont les organisations elles-mêmes qui, cherchant à pérenniser leur activité, la structurent et visent à professionnaliser le secteur. Cette « professionnalisation du bureau », *via* le personnel administratif (Avril, 2016), se traduit notamment par la mise en place d'une « démarche qualité » qui doit fournir aux bénéficiaires-clients « des signes extérieurs de qualité ». La direction cherche à placer son organisation comme un acteur important sur le territoire et à affirmer son sérieux et sa légitimité par sa méthode et ses protocoles. Il s'agit aussi d'une forme de mise à distance des bénéficiaires, visant à se dégager d'un rapport de maître à domestique pour aller vers un rapport de client à professionnelle.

Par ailleurs, la professionnalisation passe aussi par la présence renforcée de formations des aides à domicile au sein des organisations. Cette volonté des directions d'avoir un personnel de plus en plus formé leur permet de diversifier leur activité et d'accroître leur légitimité sur un territoire. Parmi les freins à la professionnalisation, le statut associatif de la grande majorité des organisations du secteur pose aujourd'hui la question de leur gouvernance. Elles peinent très souvent à trouver des bénévoles compétents pour constituer le conseil d'administration.

La montée en compétence des aides à domicile participe ainsi pleinement du processus de professionnalisation qui s'inscrit dans un mouvement plus vaste du passage de « l'aide à domicile au service à la personne » (Capuano, 2017). Dans un contexte de lutte contre le chômage et de politiques moins coûteuses de l'emploi, le développement du secteur de l'aide à domicile a été encouragé. Les pouvoirs publics ont ainsi construit « une progressive libéralisation du marché, ce qui aboutit aujourd'hui à une situation confuse et concurrentielle » (Capuano, 2017, p. 28). Jamais inclus dans une approche globale de la prise en charge des personnes dépendantes, le secteur semble se développer sans forcément de cohérence avec le reste des groupes professionnels, sauf dans le cas d'expérimentations locales de pluriprofessionnalité. De fait, cette professionnalisation à l'échelle des organisations ne leur permet que rarement, et pas davantage aux professionnelles, de développer une approche plus globale et populationnelle à l'échelle d'un territoire.

Cette approche reste d'ailleurs inégalement appropriée par les autres métiers et professionnelles. On assiste, dans le cas de certaines infirmières en soins primaires, à une dynamique similaire à celle décrite par Isabelle Feroni et Anémone Kober-Smith, de professionnalisation par l'accès au statut de cadre (2005). En effet, des infirmières se tournent vers des rôles de coordinatrices et de directions d'organisations locales reproduisant alors les logiques hospitalières (Divay, 2012). Ce déplacement du métier semble correspondre à une montée en responsabilité de la profession, laquelle est liée à une plus grande acceptation de leur autonomie par certains médecins. De plus, accéder à ce type de poste est lié pour les infirmières à une certaine vision du rôle infirmier en soins primaires. Un rôle qui prend en compte l'existence d'autres professionnelles, qui conçoit une certaine division du travail et qui l'assume. Ces infirmières témoignent : pour l'une, c'est la possibilité de continuer à travailler en équipe comme à l'hôpital sans pour autant devoir subir les conditions de travail de cette organisation et en se situant à sa tête. Pour l'autre, c'est une vision de l'« infirmière pivot », responsable de la coordination des soins. Cette vision est renforcée par l'appartenance de certaines infirmières à un centre de santé ou de soins infirmiers, qui véhiculent une approche populationnelle mettant l'accent sur la prévention. Néanmoins, les infirmières soulignent bien que l'exercice infirmier dépend, d'une part, du type d'organisation et de la marge de manœuvre qui leur est donnée. Ce métier d'infirmière axé sur la coordination, l'organisation des parcours de soins, avec une place plus importante dans la division du travail, semble correspondre à une des directions que peut potentiellement prendre une partie des infirmières en soins primaires. Toutefois, l'orientation vers davantage de coordination interprofessionnelle dépend non seulement du type d'organisation mais aussi de l'approche portée par l'infirmière à sa tête.

Une deuxième dynamique infirmière porte moins sur l'aspect organisationnel ou de coordination, mais plutôt sur une implication auprès du patient sur l'ensemble des soins. Cette approche, moins médico-centrée, rejoint une conception holiste humaniste du métier. L'infirmière a ainsi une responsabilité sociale sur un territoire, et on retrouve cette conception parmi les infirmières enquêtées des CSI ou celles exerçant dans le dispositif Asalée en MSP. Développant une approche populationnelle, et ajoutant à leur travail quotidien des activités de prévention, d'accompagnement et d'éducation thérapeutique, ces infirmières se rapprochent du modèle anglo-saxon des infirmières en soins primaires. Néanmoins, elles tendent alors à réaliser les tâches incombant ailleurs aux aides-soignantes et une partie de celles incombant aux aides à domicile.

> « Pour prendre soin, faire chauffer un petit déjeuner, nous aussi, on a des gens Alzheimer… On ne va pas attendre que l'auxiliaire passe. Le matin si on ne le fait pas, ils ne déjeuneront pas, ces gens-là. Donc on fait chauffer de l'eau, on met un truc de thé dedans, deux petits suisses et puis une banane, c'est ce que je fais le matin.
>
> **Catherine, 54 ans**
> Infirmière libérale Asalée,
> membre d'une MSP
> dans une petite ville de l'est de la France

Ces chevauchements de tâches, qui dépendent des orientations prises par les organisations et les autres professionnelles, peuvent avoir lieu au détriment des aides-soignantes, renforçant leur position d'entre deux, alors qu'elles sont encore souvent confondues avec les aides à domicile. Les aides-soignantes, peu présentes sur l'ensemble du territoire national et dépourvues de rôle défini en soins primaires cherchent ainsi avant tout à faire reconnaître la spécificité de leur métier et de leurs tâches dans ce domaine de pratique. Certaines reven-

diquent notamment un rôle propre à l'instar des infirmières. De fait, une telle reconnaissance de la part des pouvoirs publics pose la question de la justification qu'une même tâche soit tantôt réalisée par une aide-soignante, dont c'est la spécificité en soins primaires, tantôt par une infirmière qui prend en charge les soins d'hygiène et tantôt par une aide à domicile de catégorie C formée à ces derniers.

* * *

Dans le contexte de transformation que traversent les soins primaires, les professionnelles du domicile sont rarement mises en valeur par les pouvoirs publics ni directement concernées par les expérimentations. Cette étude contribue à mettre en lumière l'organisation de leur travail, dont l'articulation se heurte à la fois à l'hétérogénéité de l'offre de soins sur les territoires, aux modes de financement actuels qui limitent l'exercice de certaines professionnelles ou entretiennent des concurrences, ainsi qu'aux dynamiques professionnelles caractérisées par des processus de professionnalisation qui se font au détriment du développement de la coordination.

Malgré ces difficultés souvent enchevêtrées, certaines professionnelles parviennent à se coordonner. Elles sont aidées en cela par un travail d'intégration des services dans lesquelles elles exercent, grâce à une gouvernance particulière et une approche populationnelle, mais aussi *via* des dispositifs contribuant à la construction d'une culture commune, comme les formations pluriprofessionnelles, les réunions plurisectorielles, ou l'intervention de professionnelles « passeuses » entre plusieurs mondes. Ces expériences concrètes étant portées par des acteurs engagés localement, il semble nécessaire de s'interroger sur la capacité des évolutions organisationnelles et réglementaires, en cours ou à venir, à faciliter le développement de ces coopérations à plus grande échelle. ♦

Pour en savoir plus

- Arborio A.-M. (2001). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Economica, Anthropos.
- Avril C. (2012). « Ressources et lignes de clivage parmi les aides à domicile ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, *n° 191-192*, 1, p. 86-105.
- Avril C. (2014). *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*. Paris : La Dispute.
- Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. (2010). « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 157.
- Berland Y. (2003). « Rapport "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences" ». *Observatoire national de la démographie des professions de santé*.
- Capuano C. (2017). « De l'aide à domicile aux services à la personne ». *Vie sociale*, n° 17, 1, p. 13-29.
- Cassou M., Mousquès J., Franc C. (2021). « Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 258.
- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Midy F. (2002). « L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile ». Credes-Irdes, Rapport n° 514 (biblio n° 1 390).
- Divay S. (2012). « Les carrières des infirmières, plus horizontales que verticales ». *Net. Doc*, n° 90.
- Douguet F., Vilbrod A. (2018). *Les infirmières libérales. Une profession face au défi des soins à domicile*. Paris : Seli Arslan.
- Drees (2019). « Les dépenses de santé en 2018, Résultats des comptes de la santé ». Panorama de la Drees Santé.
- Esterle L., Mathieu-Fritz A., Espinoza P. (2011). « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? ». *Revue française des affaires sociales*, 2-3, p. 63-79.
- Feroni I., Kober-Smith A. (2005). « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne ». *Revue francaise de sociologie*, Vol. 46, 3, p. 469-494.
- Feyfant V. (2016). *Ce que la dépendance fait au métier d'infirmière libérale : ethnographie d'une épreuve de professionnalité*. Thèse de doctorat, Toulouse 2.
- Fournier C. (2019). « Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelle ». *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 37, n° 1, p. 72-91.
- Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.X. (2020). « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées ». *Revue Française des affaires sociales*, n° 1, p. 11-32.
- Laforge G. (2005). « Professions sociales. Le statut d'emploi des intervenant(e)s à domicile dans le champ de l'aide et des services aux personnes : quelques réflexions sur une politique du gisement d'emplois ». *Revue de droit sanitaire et social*, 2, p. 290-303.
- Michel L., Or Z. (2020). « Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 248.
- Schweyer F.-X. (2014). « 14 - L'efficacité collective dans le travail », dans *L'intégration inégale*. Paris : Presses universitaires de France, p. 261-278.
- Suchier M., Michel L. (2021). « Pratiques paramédicales en soins primaires. Étude qualitative auprès d'infirmières, d'aides-soignantes et d'aides à domicile ». Rapport de l'Irdes n° 584.
- Véga A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital : l'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris: Éditions des archives contemporaines (Une pensée d'avance), 212 p.

IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé • 117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Denis Raynaud • **Éditrice :** Anne Evans • **Éditrice adjointe :** Anna Marek • **Relectrices :** Fanny Duchaine, Cécile Fournier • **Infographiste :** Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page :** Damien Le Torrec • **Imprimeur :** Addax (Montreuil, 93) • **Dépôt légal :** Novembre 2021 • **Diffusion :** Suzanne Chriqui • **ISSN :** 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).