THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

En Science Politique

École doctorale Droit et Science politique ED461

Unité de recherche CEPEL UMR 5112

Le travail de l'infirmière libérale au prisme du smartphone

Présentée par Magali AUBAC CAMELIO

Le 12 décembre 2024

Sous la direction de Laurent VISIER

Devant le jury composé de

Mme AURORE MARGAT, Présidente du jury, Professeur des universités
Mme GENEVIEVE ZOÏA, Membre du jury, Professeur des universités
M. OLIVIER COUSIN, Rapporteur, Professeur des universités
M. LAURENT VISIER, Directeur de thèse, Professeur des universités

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à l'aboutissement de cette thèse. Chacune de vos attentions, de près ou de loin, a été grandement appréciée.

Tout d'abord, je remercie sincèrement les membres de mon jury pour leur temps, leurs précieuses critiques et leurs conseils éclairés.

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de thèse, Laurent Visier, son soutien indéfectible et ses encouragements tout au long de ce parcours. Son expertise et sa bienveillance ont été des atouts inestimables pour mener à bien cette recherche.

Un grand merci à Gilles, mon directeur de mémoire de Master, pour ses lectures, ses conseils et les discussions philosophiques qui m'ont permis d'approfondir mes analyses.

À tous mes collègues du département de SHS et notamment à Jean-Michel, mon binôme, et Sophie. Je vous remercie de m'avoir parrainée dans le monde de la recherche infirmière.

Je témoigne ma profonde reconnaissance aux infirmières libérales qui ont accepté de me faire découvrir leur métier. Votre collaboration a été essentielle à la réalisation de ce projet. Sans vous, cette thèse n'aurait pas été possible. Votre accueil, votre disponibilité et votre engagement ont grandement facilité mon travail.

Au Dr Meroueh, Mme Requena, Mme Pradeilles et Mme Susbielles, qui m'ont permis de poursuivre ce travail de thèse lors de mon changement d'affectation, je vous remercie du fond du cœur. Votre soutien a été indispensable à la finalisation de cette aventure.

À l'école doctorale et notamment à Sophie Segui, pour son humanité et ses conseils avisés.

Aux étudiantes infirmières qui m'ont toujours soutenue dans cette aventure, je ne pourrai pas tous vous inviter à ma soutenance, mais le cœur y est et ce travail vous est dédié.

Je désire exprimer ma gratitude à mon mari, Hugues, qui m'a accompagnée et soutenue sans relâche pendant toutes ces années. Ta compréhension, ta patience et ton amour m'ont donné la force de persévérer et de mener ce projet à terme.

Merci à Claudine pour ses relectures attentives. Ta rigueur et ton dévouement ont grandement amélioré la qualité de ce travail.

Merci à Maman pour son amour et son aide quotidienne, indispensables pour me libérer du temps d'écriture.

À ma sœur, Virginie, merci pour ton soutien et ton amour inconditionnels. Ta présence à mes côtés a été une source de réconfort et d'inspiration.

Je dédie également cette thèse à mes filles, Emma et Stella, qui sont mes plus grandes fans. Vous me comblez de fierté chaque jour, votre enthousiasme et votre amour m'ont toujours motivée à aller de l'avant.

Enfin, je souhaite remercier mes amis, Vince, Armelle, Juliette, Adeline, Daniel et les Mamacops, pour leur amitié et leur soutien indéfectible. Vos encouragements, resto-thérapies et sessions de surf ont été une véritable source de motivation tout au long de ce parcours.

Merci à tous du fond du cœur.

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

BSI : Bilan de Soins Infirmiers

COVID : COrona VIrus Disease

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMP : Dossier Médical Partagé

DROM COM : Départements ou Régions français d'Outre-Mer et Collectivités D'Outre-Mer

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

HAD : Hospitalisation A Domicile

IDEL : Infirmier Diplômé d'État Libéral

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

MeSH : Medical Subject Headings

MMS : Multimedia Messaging Service

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ONI : Ordre National Infirmier

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SMS : Short Message System

SNCF : Société Nationale des Chemins de Fer français

URSAAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Table des matières

Introduction 8
Partie 1. Infirmière libérale : un métier invisible ? 11
1.1 Définition, statut et conditions d'exercice 11
1.2 Démographie et caractéristiques de la population 13
Les infirmières libérales au sein des professionnels de santé 14
Honoraires 16
Origines sociales 17
Formation initiale 18
En résumé 19
1. 3 Une exception française ? 20
Les infirmières intervenant au domicile au Québec 21
Les infirmières intervenant au domicile aux États-Unis 21
Les infirmières intervenant au domicile en Europe 22
En résumé 24
1.4 Histoire des infirmières à domicile : la petite histoire dans la grande 25
L'héritage chrétien : la « femme consacrée » et les ordres qui exercent au domicile 26
Industrialisation, laïcité et contrôle social 28
La Première Guerre Mondiale et le temps des infirmières visiteuses 29
Division du travail et scission du sanitaire et du social 33
De la Seconde Guerre Mondiale à l'avènement de l'infirmière libérale 35
Hospitalocentrisme et hospitalisation à domicile 37
Le rôle propre infirmier 39
Grèves et prémices d'autonomie de la profession infirmière 40
Le XXIe siècle : Démarche de soins infirmiers, Ordre infirmier et avènement universitaire 42
En résumé 44
1.5 Représentation des infirmières libérales sur la scène politique 45
Représentations syndicales et instances professionnelles 45
Lobbying et perspectives pour l'exercice libéral infirmier 46
En résumé 48
1.6 La journée type d'une infirmière libérale 48
Partie 2. Rendre visible le travail à partir du smartphone 52
2.1 Définition d'un objet 52
Histoire d'un objet connecté 53
Principales fonctions du smartphone et traces numériques 53

Simple objet ou dispositif ? 55
Smartphone et numérique, un fait social ? 57
En résumé 60
2.2 Méthode 61
Choix et présentation du cadre méthodologique 61
Echantillonnage et recrutement 63
Collecte des données 68
Analyse des données 70
Considérations éthiques 74
Partie 3. Les infirmières libérales et le smartphone 76
3.1 L de Libéral 76
Infirmière libérale, une cheffe d'entreprise connectée 77
Choisir sa patientèle, le pouvoir du libéral 81
En résumé 86
3.2 Du premier contact patient aux ajustements du quotidien 87
Les débuts de la relation de soin et le « SMS impoli » 87
SMS et présentation de soi 93
Les messages oraux asynchrones 99
Être « amis » et communiquer sur les réseaux sociaux 101
En résumé 103
3.3 Interactions et travail de coordination 104
Les médecins généralistes 104
L'hôpital 115
Les pharmaciens 118
Les laboratoires d'analyses médicales 120
Les auxiliaires de vie 121
En résumé 122
3.4 Le public et le privé 123
Tactique fonctionnaliste 127
Division des rôles et du temps de travail : public et privé 129
Une division du travail invisible : mode vocationnel ou auto exploitation ? 138
En résumé 142
3.5 Transmissions entre pairs 143
Fonctions des transmissions infirmières : une revue de littérature 147
Du processus de socialisation au rite des transmissions 151
Les différentes formes de relève des infirmières libérales 153

Transmissions sur WhatsApp 159
Messages vocaux : l'oralité en question 163
En résumé 165
3.6 La recherche de savoir infirmier sur smartphone 165
Public et usages de YouTube 168
Qu'est-ce qu'un « tuto » ? 170
Les infirmières libérales et YouTube 171
Les chaînes françaises en soins infirmiers et de vulgarisation médicale 174
Algorithme et popularité des vidéos YouTube 177
Après le COVID : évolution des contenus en santé sur YouTube 181
En résumé 183
Conclusion 185
Bibliographie 189
Table des illustrations 206
Annexe 1 : Evolution des effectifs des infirmières libérales de 2012 à 2022 207
Annexe 2 : Pyramides des âges des infirmières libérales en 2013 et 2021 207
Annexe 3 : Tableau des entretiens 208
Annexe 4 : Trame d'observation 209
Annexe 5 : Trame d'entretien 210
Annexe 6 : Formulaire de consentement 211
Annexe 7 : Tarifs conventionnels applicables à l'activité des infirmières libérales 212
Annexe 8 : Baromètre du numérique 214
Annexe 9 : Revue de littérature sur les transmissions infirmières période 2013-2021 215
Annexe 10 : Modèles d'évaluation des sources de crédibilité existants aux États-Unis 216
Annexe 11 : Principes fondamentaux et attributs des sources d'informations en santé crédibles aux États-Unis 217
Résumé 218
Abstract 220

Introduction

Nous avons tous un smartphone à la main, peut-être est-il posé près de vous pendant la lecture de cette thèse. En 20 ans, cet outil technologique est devenu indissociable de notre vie quotidienne. Le « téléphone intelligent » rend la fonction téléphone presque anecdotique face à l'éventail de possibilités qu'il offre. Véritable couteau suisse des temps modernes, c'est un micro-ordinateur qui donne accès au réseau Internet et à de multiples moyens de communication comme les SMS, les e-mails mais aussi les réseaux sociaux. Au fur et à mesure des évolutions, le téléphone portable a intégré les fonctionnalités d'autres appareils préexistants comme le réveil, le carnet d'adresse, le répondeur, le GPS (Global Positioning System), l'appareil photo… Le nombre d'applications disponibles semble infinie, tout comme le temps passé sur cet appareil devient un enjeu de société (Citton & Crary, 2014)**.** Le smartphone a envahi notre quotidien personnel mais qu'en est-il de notre temps de travail ?

Infirmière de profession, je me suis intéressée, dès 2016, à la relation de soin en télémédecine. Au cours de mon mémoire de Master, j'ai réalisé des observations ethnologiques auprès de patients ayant recours à la téléconsultation en plaies et cicatrisation. Le smartphone des infirmières a rapidement remplacé les tablettes initialement prévues pour cet usage. Les professionnelles préféraient utiliser un outil, souvent personnel, qu'elles manipulaient quotidiennement et dont elles maîtrisaient les fonctions. Les infirmières libérales semblaient avoir une utilisation privée et professionnelle du smartphone. Les photos de plaies des patients côtoyaient les photos familiales dans leur téléphone. Utilisaient-elles leur smartphone pour d'autres usages professionnels ?

De plus, l'activité des infirmières au domicile fût une véritable découverte pour moi. Mon expérience hospitalière se confrontait à une autre façon d'exercer le métier d'infirmier. L'hôpital est organisé selon une division du travail très élaborée, véritable institution où les soins sont dispensés à des patients extraits temporairement de leur environnement de vie. Le domicile n'est pas un temple aseptisé dédié aux soins et à la médecine. Il est le lieu de vie du patient, son environnement, où peu de professionnels pénètrent. Dans le courant structuro-fonctionnaliste, Talcott Parsons posait la maladie comme une déviance sociale à isoler afin de la réparer puis la réinsérer dans la société (Parsons, 1968) (Herzlich & Moscovici, 2019)**.**

A l'hôpital, le patient endosse son rôle de malade et se conforme au rythme et règles imposés par l'institution, qui est le lieu de travail des professionnels. Au domicile, l'infirmière libérale est invitée à réaliser des soins dans l'environnement du patient. Mais, lorsque l'infirmière emmène son smartphone chez le patient, elle ouvre la possibilité d'être sollicitée par son propre environnement social qu'il soit professionnel ou personnel. Dans une approche interactionniste, j'ai souhaité étudier la rencontre de ces mondes sociaux au domicile du patient.

Le contexte actuel est favorable à l'augmentation des soins de ville. Les politiques publiques s'engagent, depuis une dizaine d'années, dans un « virage domiciliaire » consistant au maintien au domicile des patients. Le virage n'est qu'amorcé pour la Cour des comptes (Béatrice, 2022) mais il existe plusieurs facteurs en faveur de cette hypothèse. D'une part le vieillissement de la population française, conjugué à l'augmentation de la médicalisation et de l'espérance de vie, vont contribuer à une hausse des besoins en soins (INSEE, 2024). En 2021, plus de 1 270 000 personnes, âgées de 60 ans ou plus, sont en perte d'autonomie à leur domicile (Carrère et al., 2023). Cette estimation devrait croître pendant encore 20 ans, car selon les projections de l'INSEE, les plus de 60 ans devraient atteindre les 22,2 millions en 2040 (Algava E, Blanpain N, 2021). D'autre part, le désir de « vieillir à domicile » est affirmé par près de 80% des Français (ODOXA, 2021). La notion de qualité de vie et de « Bien vieillir » devient un enjeu individuel, social et politique (Nowik & Thalineau, 2014). Les infirmières et les médecins libéraux sont des acteurs de premier plan dans le maintien au domicile des personnes âgées. En 2022, 76 % des assurés, âgés de 75 à 84 ans, ont bénéficié d'au moins un acte infirmier dans l'année (sécurité sociale, 2023). Cependant, la baisse du nombre de médecins et les évolutions en cours du métier infirmier (IGAS, 2022) laissent présager un élargissement du rôle des infirmières au domicile. Les personnes âgées ne sont pas les seuls patients à nécessiter des soins de ville. L'augmentation des maladies chroniques et la diminution des temps d'hospitalisation contribuent à l'évolution de la patientèle des soignants libéraux. En 2022, 64% des actes chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire (sécurité sociale, 2023).

Pourtant, les infirmières libérales sont peu étudiées par les chercheurs en Sciences Humaines et leur travail reste invisible. Deux sociologues avaient réalisé une enquête sur les infirmières libérales pour la DRESS en 2006 (Vilbrod & Douguet, 2006).

Dans leur bibliographie seulement 40 références sur 274 traitaient des infirmières libérales et du domicile soit quasiment autant que les références hospitalières (37 références). Dix ans plus tard, deux infirmières ont choisi de réaliser leur thèse sur les infirmières libérales. Feyfant s'est intéressée au lien entre la dépendance du patient et le travail de l'infirmier libéral, tandis qu'Eyland a permis d'approfondir les savoirs professionnels liés au care (Feyfant, 2016) (Eyland, 2017).

Dans cette thèse, nous contribuerons à l'étude de la population d'infirmières libérales en décrivant ses caractéristiques et ce qui les différencie des infirmières hospitalières. Nous n'explorerons pas le travail de soins direct des infirmières libérales mais nous utiliserons le filtre du smartphone pour l'étudier. Le téléphone portable révèle-t-il une part invisible du travail des infirmières libérales ? Quels sont leurs principaux usages quotidiens ? Quelle place cet appareil prend-t-il dans leur pratique et dans leur espace professionnel ? Comment les infirmières utilisent-elles le smartphone dans leurs interactions avec les patients et les autres soignants ?

Afin de cerner notre objet d'étude et construire notre problématique nous étudierons dans un premier temps, la population des infirmières libérales, puis nous réaliserons un focus sur le smartphone et ses utilisations professionnelles. Nous détaillerons la méthode de l'enquête ethnologique, des entretiens sociologiques et des sondages qui nous ont permis d'entrer dans la pratique et les usages des infirmières libérales et de valider ou d'infirmer les hypothèses posées au cours de ce travail. Dans une approche interactionniste, nous étudierons les résultats des interactions médiatisées par le smartphone avec les patients et les autres soignants. Nous analyserons et discuterons certains points comme l'évolution des codes sociaux par SMS, la division des rôles de l'infirmière libérale, la socialisation secondaire au cours des transmissions et la recherche des savoirs sur YouTube.

Nous souhaitons attirer l'attention du lecteur sur le fait que la forme féminine du mot « infirmière » sera privilégiée dans cette thèse. En effet, la profession est majoritairement exercée par des femmes, comme nous allons le voir dans la première partie de ce travail.

Partie 1. Infirmière libérale : un métier invisible ?

Avant d'étudier le métier d'infirmière libérale, sous le prisme du smartphone, nous allons essayer de dresser un panorama des infirmières libérales en France. Combien sont-elles ? Quelle est la différence entre infirmière et infirmière libérale, quelle est leur histoire, leur formation, leur rémunération ? Et surtout en quoi consiste leur activité réelle, leurs préoccupations et leur participation aux grands rendez-vous de la profession.

1.1 Définition, statut et conditions d'exercice

Les infirmières qui exercent au domicile des patients sont caractérisées, soit par un mode de rémunération « infirmier libéral », soit par un lieu d'exercice « infirmier à domicile » (Daydé 2007). Infirmière libérale n'est pas une spécialisation mais un choix de mode d'exercice libéral pour une Infirmière Diplômée d'État. Seules des conditions d'expérience et des modalités d'installation sont définies en sus du diplôme d'infirmier. L'infirmière qui souhaite s'installer, en exercice libéral, doit être titulaire d'un diplôme infirmier français, suisse ou européen et justifier de 24 mois d'expérience (3 200h) au sein d'une structure de soins généraux au cours des six années précédant la demande d'installation sous convention. Soit six mois (ou 800 h ou 109 jours) d'expérience en tant que remplaçante d'une infirmière conventionnée ainsi que de 18 mois (ou 2 400 heures) d'expérience déjà justifiées dans une structure de soins généraux dans les six années précédant la date de demande de remplacement en libéral (Assurance Maladie, 2022). Pour exercer, toute infirmière doit être inscrite à l'Ordre National des Infirmiers. Les infirmières ont l'obligation de continuité des soins mais n'ont pas le droit de salarier leurs consœurs. Afin d'assurer les soins des patients toute l'année, weekends et jours fériés compris, les infirmières libérales peuvent s'associer en cabinet. Il y a plusieurs statuts pour exercer en tant qu'infirmière libérale : être titulaire, collaboratrice ou remplaçante.

L'infirmière titulaire a créé le cabinet ou l'a racheté à une autre titulaire. Elle choisit un mode d'exercice juridique comme le cabinet individuel, l'exercice en commun ou sous forme de société. Elle est propriétaire du cabinet et d'une patientèle associée à son exercice.

La titulaire a un agrément relatif à son installation dans un lieu géographique déterminé, que les infirmières libérales appellent « poser sa plaque ».

L'infirmière collaboratrice signe un contrat stipulant le pourcentage à reverser à la titulaire pour participer aux frais de fonctionnement du cabinet. En échange, elle peut disposer du local et d'une partie de la patientèle. Elle facture ses soins directement à la sécurité sociale avec des feuilles de soins en son nom propre. Elle peut développer sa propre clientèle mais n'est pas titulaire du cabinet.

L'infirmière remplaçante a une autorisation, délivrée par la sécurité sociale, de remplacer les absences de la collaboratrice ou de la titulaire. Elle utilise les feuilles de soins de la titulaire et de la collaboratrice et reçoit une rétrocession d'honoraires suite à l'encaissement des soins par l'infirmière remplacée. La facturation est réalisée par la titulaire ou la collaboratrice ce qui allège les tâches administratives. Elle n'est pas salariée, elle cotise auprès des organismes de retraite, de Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSAFF) et doit souscrire, individuellement, à une assurance de responsabilité professionnelle.

Les modalités d'installation sont régulées par l'état et dépendent de la situation démographique de la zone géographique. Une infirmière peut s'installer dans une zone « sur dotée » uniquement si elle achète un droit de présentation de la patientèle à un confrère ou lors du départ à la retraite d'une autre infirmière titulaire. Le statut de remplaçante est plus flexible, elle « doit être titulaire d'une autorisation de remplacement délivrée par le préfet du département de son domicile et dont la durée maximale est d'un an, renouvelable » (Article R.4312-44 du code de la santé publique). L'infirmière peut également se faire remplacer par une autre infirmière libérale.

Les infirmières libérales réalisent des soins infirmiers sur prescription médicale au domicile du patient ou en cabinet. Elles ont l'obligation d'avoir un local respectant les normes d'accueil de patients, elles ne peuvent pas domicilier leur activité sans ce local. L'exercice d'infirmière libérale est règlementé, ainsi que les autres professions de santé, par le code de la santé publique et notamment par la section 2 du Chapitre II : Règles professionnelles (Articles R4312-33 à R4312-48). La nomenclature des actes professionnels (NGAP) détermine les actes professionnels dénommés « soins infirmiers » réalisables par les infirmières au titre d'auxiliaires médicaux.

Le rôle de la nomenclature est de fixer les conditions de remboursement des actes professionnels au titre des assurances sociales. La liste d'actes est revue à chaque convention nationale puis approuvée par arrêté. La dernière convention nationale des infirmiers a été conclue le 22 juin 2007, elle a été enrichie de 10 avenants depuis. Outre la modification des actes autorisés et rémunérés, pour l'infirmière, la convention vise à : « reconnaître la place de l'infirmière libérale dans le système de soins ; optimiser les compétences de l'infirmière libérale et développer de nouveaux rôles ; préserver et améliorer l'accès aux soins sur le territoire ; valoriser la profession des infirmières libérales ; améliorer et moderniser les relations entre les infirmières libérales et les caisses d'assurance maladie ; rénover la vie conventionnelle ; favoriser la qualité des soins» (Assurance Maladie, 2023b).

1.2 Démographie et caractéristiques de la population

Depuis 2021, les données chiffrées de la population infirmière globale en France et celles exerçant en libéral sont en cours d'évaluation. Les différents systèmes de comptage ont longtemps surévalué la population infirmière. Le calcul de la démographie infirmière était basé sur un référencement gratuit au répertoire ADELI (Automatisation des listes) mais au vu des écarts importants constatés pendant la crise du COVID 19, il a été revu. L'effectif infirmier des plus de 62 ans a été multiplié par quatre entre 2012 et 2021, les infirmières oubliant de déclarer leur cessation d'activité. En 2023, le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) a remplacé définitivement le référentiel ADELI pour tous les professionnels de santé. Cependant, le système n'est pas encore opérationnel car le numéro RPPS est délivré par l'ordre National infirmier (ONI). On estime que 130 000 infirmières ne sont pas inscrites à l'ONI, donc non comptabilisés en 2023. Par contre les infirmières libérales sont majoritairement inscrites à l'ordre (96% en 2020). La délivrance de la carte professionnelle de santé CPS est liée à leur numéro RPPS, cette carte est indispensable à la facturation de leurs soins. Afin de pouvoir comparer la population des infirmières libérales à celle de la profession générale, la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS) proposait de se baser sur les statistiques de 2021 en sélectionnant les infirmières de moins de 62 ans en exercice.

Au 1er janvier 2021 le répertoire ADELI-DRESS recensait 637 644 infirmières de moins de 62 ans dont 19% exerceraient en libéral ou activité mixte (DREES, 2021). En Juin 2024, un nouveau rapport de la DRESS a revu ces estimations à la baisse en croisant toutes les sources de données disponibles sur la profession. Une nouvelle source, comme le système national des données de santé, comptabilise par exemple, les infirmières libérales qui ont « facturé un soin remboursé par l'Assurance maladie durant l'année considérée » (DREES, 2024). Le rapport estime que la population infirmière, en 2021, est de 598900 infirmières dont 16,5% (98600) exerçant en libéral ou mixte (DREES, 2024) (cf. Annexe 1). Les données de 2022 et 2023 n'ont pas été publiées.

Le métier d'infirmier est majoritairement féminin. L'exercice libéral est, à 82 %, exercé par des femmes, la proportion d'hommes y est relativement plus élevée (18 %) que dans l'ensemble de la profession infirmière (13 %) (DREES, 2024). Cette dominance du genre féminin n'est pas une spécificité française, elle marque l'histoire de la profession et se révèle dans tous les pays. En 2021, la majorité des infirmières en activité libérale sont des femmes âgées de 40 à 44 ans. Les infirmières libérales sont plus âgées que les infirmières salariées (DREES, 2024) (cf. Annexe 2).

Les infirmières libérales au sein des professionnels de santé

- ### Comparaison et répartition par spécialité

Le groupe professionnel infirmier est plus de deux fois et demi plus important que les médecins (227 946 médecins en 2021). Il représente, en effectif, la première profession de santé en France. Le groupe professionnel est composé d'infirmières diplômées d'État qui exercent selon différents mode d'exercice libéral ou salarié. Seules 5% d'entre-elles se sont formées à la suite de leur diplôme d'État à trois différentes spécialités qui sont infirmière de bloc opératoire, puéricultrice et infirmière anesthésiste. L'évolution de carrière peut également être dans l'enseignement ou le management en devenant cadre de santé. La formation IPA permet, depuis 2019, une évolution à un grade master et un élargissement des compétences.
Les infirmières libérales sont deux fois plus nombreuses que l'ensemble des infirmières spécialisées réunies.

Pourtant, elles sont bien moins présentes sur la scène publique que les infirmières anesthésistes qui par exemple sont 100 fois moins nombreuses (11756). Il est à noter que la proportion d'infirmières libérales spécialisées est faible (cf. figure 1).

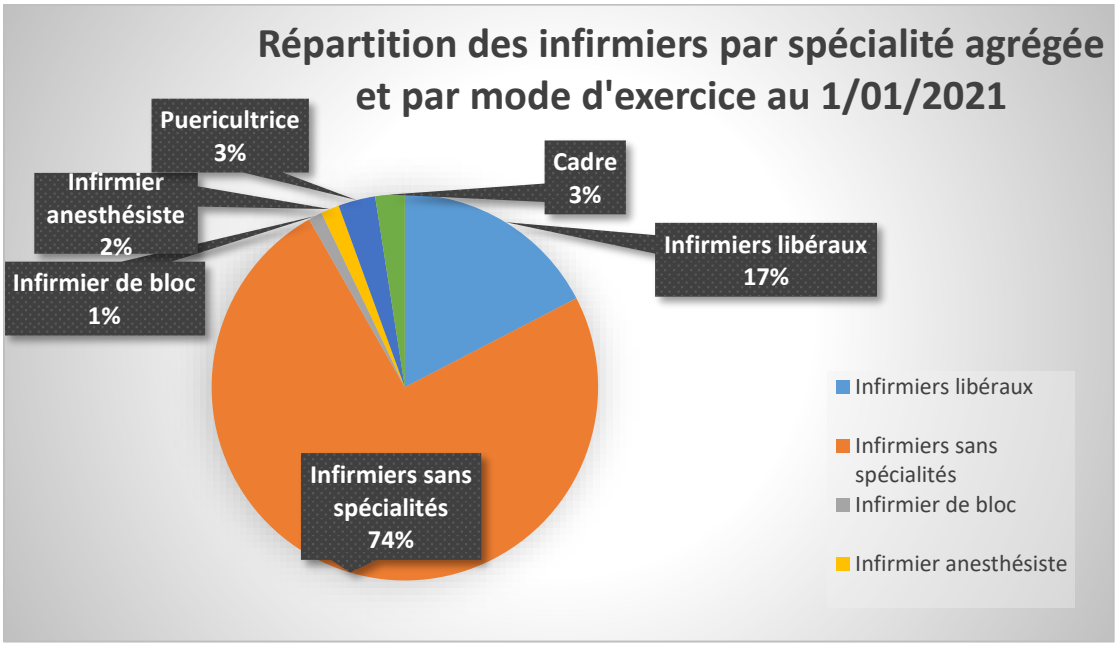


Figure 1 : Répartition des infirmiers par spécialité agrégée et par mode d'exercice. Répertoire ADELI- DRESS (données au 1/01/21)

- Répartition des infirmières sur le territoire

Sur le territoire français, la répartition de la population d'infirmières libérales n'est pas homogène. Certaines régions, comme l'Occitanie, ont un effectif plus important mais celui-ci est relatif à une population plus âgée, avec des besoins paramédicaux plus importants. La carte, par densités régionales standardisées d'infirmières libérales, permet de visualiser la répartition des professionnels proportionnellement à la charge en soin prévisible (cf. figure 2). Dans un contexte de pénurie médicale, il est intéressant de noter que la carte des infirmières libérales n'est pas entièrement superposable à celle des médecins généralistes même si certaines zones sont sous dotées dans les deux spécialisations (DRESS, 2021) (DREES, 2024).

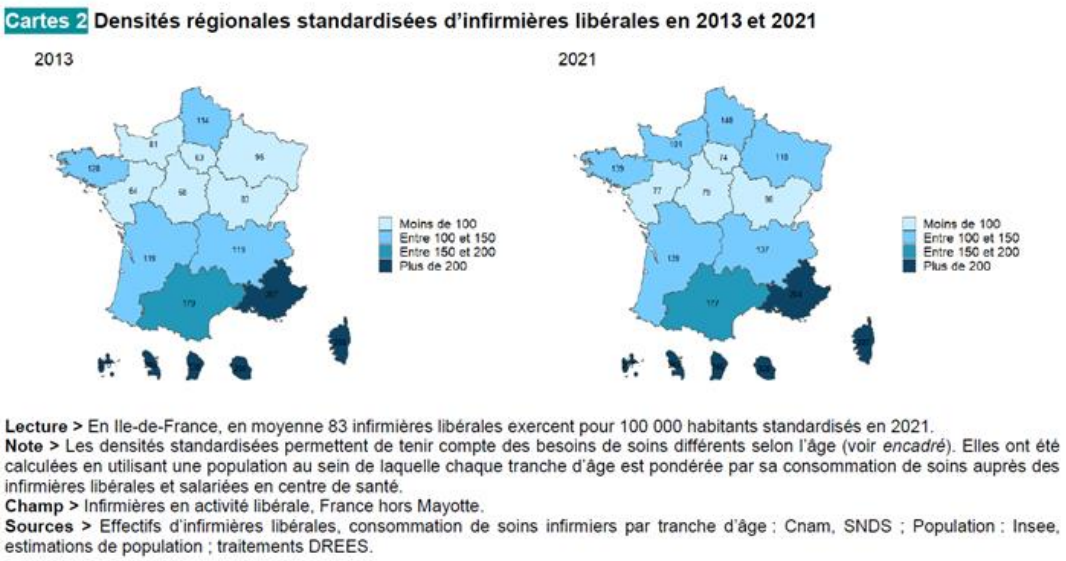


Figure 2: Densités régionales standardisées d'infirmières libérales en 2013 et 2021(DREES, 2024)

Honoraires

Une infirmière libérale peut fixer librement ses honoraires « avec tact et mesure »(Assurance Maladie, 2023b) (Article R4312-40 du Code de la santé publique) ou choisir de signer la convention nationale des infirmiers et appliquer son tarif des actes infirmiers. La grande majorité des infirmières choisissent le conventionnement qui leur garantit le remboursement des actes par la sécurité sociale. Les infirmières libérales non conventionnées sont peu nombreuses en France et leur proportion a peu évoluée. Elles étaient 18 infirmières libérales non conventionnées en 1998 (DHOS, 2004) et 11 en avril 2018 sur la France entière (Caisse nationale de l'assurance maladie, 2021). Les sources de l'assurance maladie sont donc fiables pour estimer les honoraires des infirmières libérales. En 2019, elles ont perçu en moyenne 88 666 euros/an en France Métropolitaine et 125 835 euros/an en DROM COM (Assurance Maladie, 2019)[1]. Ces honoraires totaux sont composés des honoraires sans dépassement, des dépassements d'honoraires ainsi que des frais de déplacement perçus par les professionnels de santé libéraux. Ces honoraires ne sont pas le salaire perçu par les infirmières car ils sont soumis à de nombreuses fiscalités. Ils ne

[1] « Un professionnel de santé est dit actif à part entière lorsqu'il est âgé de moins de 65 ans et qu'il exerce son activité du 1er janvier au 31 décembre de l'année considérée dans un cadre conventionné avec l'Assurance Maladie »

comptabilisent pas les différents frais engagés (matériel, gestion, assurance…) nécessaires à l'exercice.

En comparaison, les médecins généralistes en 2019 ont perçu, en moyenne, 170 314 euros/an d'honoraires en France Métropolitaine et 238 499 euros/an en moyenne en DROM COM soit presque le double des honoraires moyens des infirmières libérales. Afin de comparer ces revenus à ceux des salariés, il peut être intéressant de prendre en compte les bénéfices pour tenir compte de la fiscalité importante sur les revenus des professionnels libéraux. Le cabinet Fiducial, qui édite chaque année un observatoire des infirmiers libéraux (Fiducial, 2021), estime les bénéfices moyens des infirmières à 48 313 euros annuels. En 2019, Les infirmières hospitalières français percevaient une rémunération inférieure au salaire moyen de l'ensemble de la population contrairement à la majorité des autres pays de l'OCDE (OCDE, 2021). Le Ségur de la santé a rectifié en partie ce phénomène mais l'écart de revenu entre les infirmières salariées et ceux libérales reste du simple au double. En effet le salaire annuel, en début de carrière, d'une infirmière, salariée en soins généraux est de 24 312 euros /an. Il est de 26 484 euros/an après cinq ans de carrière (ServicePublic, 2021). Ce calcul ne tient pas compte du nombre d'heures de travail par semaine car la législation des salariés n'est pas comparable à un exercice libéral.

Origines sociales

En France, l'ouvrage de Vilbrod et Douguet en 2006 est le premier à s'intéresser sociologiquement aux infirmières libérales, il n'y a pas eu d'enquêtes de cette ampleur depuis. Seules les enquêtes annuelles, sur les étudiants entrants en institut de formation en soins infirmiers, peuvent nous permettre d'observer une évolution sur l'origine sociale des futures infirmières libérales**.** En 2006, les chercheurs constataient une hétérogénéité des Catégories Socio-Professionnelles des pères et mères des 1000 infirmières libérales enquêtées et un faible endorecrutement. Une étude qualitative plus précise, sur une centaine d'infirmières bretonnes, leur ont permis d'identifier une transmission familiale « du goût de l'indépendance » et « un rapport particulier au temps et à l'espace » qui permet une certaine liberté mais qui exige, en contrepartie, une grande organisation de son temps personnel et professionnel. Plus de deux quarts des pères travaillaient à leur compte et un quart était salarié mais

exerçant des métiers nécessitant mobilité et horaires de travail atypiques. Contrairement aux idées reçues, de femmes à la « vocation sans voile », les infirmières libérales n'étaient pas majoritairement célibataires.

Par contre leurs conjoints exerçaient principalement en libéral ou dans le privé ce qui corrobore un goût pour l'indépendance.

La dernière enquête de la DRESS, sur les étudiants infirmiers, a été réalisée avant l'instauration du recrutement via Parcoursup. Par rapport aux autres étudiants en santé, les étudiants infirmiers étaient « deux fois moins nombreux à avoir des parents cadres ou de professions intellectuelles supérieures. Par ailleurs, parmi les 94 % de nouveaux inscrits ayant le baccalauréat, seul un tiers a obtenu un baccalauréat général scientifique, contre plus de 80 % dans les autres filières. Ils sont aussi en moyenne plus âgés, car ils ont plus fréquemment déjà travaillé avant de suivre cette formation » (DREES, 2014). En 2019, les modalités d'entrée en IFSI ont été modifiées, la sélection sur dossier Parcoursup a remplacé le concourt écrit et l'entretien oral. Une enquête est en cours, depuis 2022, pour évaluer les répercussions de cette sélection sur le profil des étudiants. Le rapport n'est pas publié mais certaines données sont déjà connues, comme le rajeunissement des étudiants infirmiers et le recrutement de 50% d'entre eux issus de milieux ouvriers (IGAS, 2022). En 2006, Vilbrod et Dauguet ne trouvaient pas de différence entre le parcours scolaire des infirmières et celles se destinant à l'exercice libéral. Il y avait une grande hétérogénéité des parcours des infirmières enquêtées, même si le bac le plus représenté était celui scientifique option biologie. Très peu d'étudiantes infirmières avaient un diplôme de cycle universitaire avant leur entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

Formation initiale

Les études des infirmières libérales réalisent leurs études comme tous les infirmières en IFSI. La durée de la formation est de trois ans, soit 4 200 heures divisées à part égale entre formation théorique et clinique. Le référentiel d'activités et de compétences infirmier pose la définition de la profession infirmière. Il détaille les dix compétences du métier ainsi que le programme de formation et les modalités de sélection.

La définition du métier d'infirmier est commune à tous les modes d'exercice pourtant la notion de domicile et de travail autonome et en collaboration y est explicite : « Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements.

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluri professionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration. » (Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'infirmier, 2009). Une seule compétence sur dix fait mention de l'exercice libéral, c'est un des items de la compétence 9 concernant l'organisation et la coordination des interventions soignantes : « Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral ». Cependant, plusieurs descriptifs du contenu des unités d'enseignement mentionnent l'activité à domicile, que ce soit pour ses règles spécifiques (2.10S1 « Infectiologie, hygiène » et 4.8S6 « Qualité des soins, évaluation des pratiques ») ou pour son organisation et la coordination des soins (3.3S5 « rôles infirmiers organisation du travail et interprofessionalité », 5.5S5 « mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins », 4.6S3 « Soins éducatifs et préventifs », 3.3S5 « rôles infirmiers organisation du travail et interprofessionnalité »). Dans l'unité d'enseignement 1.2S3 « Santé publique et économie de la santé », les règles de financement des soins infirmiers dans les structures et en secteur libéral, sont abordées selon une approche macroéconomique. Les modalités de cotation des actes et de gestion d'un cabinet ne sont pas au programme. Les stages représentent la moitié de la formation. Une seule typologie de stage peut se réaliser chez une infirmière libérale.

En résumé

La population infirmière est la plus importante des métiers de soin, elle est majoritairement féminine, l'exercice libéral concerne 16,5% de la population infirmière. Le libéral est un mode d'exercice de la profession. Les infirmières libérales diffèrent

peu de la population d'infirmière salariée en termes d'âge et de sexe, cependant, il y a un écart important de revenus.

La répartition des infirmières libérales, sur le territoire, n'est pas homogène et ne correspond pas exactement à la répartition médicale. Les infirmières sont issues à 50% de milieux ouvriers. Il n'y a pas de différence de parcours, de formation ou d'origine sociale avec les autres infirmières.

Le mode d'exercice libéral figure dans le référentiel et dans la définition du métier mais sa place, dans l'enseignement, dépend des choix pédagogiques des instituts ou du choix des étudiants dans le cadre des unités d'enseignement et des stages optionnels. Seul le « goût de l'indépendance et un rapport particulier à l'espace-temps professionnel et personnel » semble caractériser les infirmières libérales des autres infirmières. Comment les soins à domicile sont-ils organisés dans les autres pays européens, au Québec et aux États-Unis ? Le mode d'exercice libéral est-il la norme ?

1. 3 Une exception française ?

La dispensation de soins à domicile existe dans quasiment tous les pays. Cependant, les soins réalisés, les modes d'organisation et le statut des professionnels sont très variés, ils dépendent des choix politiques de santé nationaux. Dans tous les pays étudiés, l'état définit la politique de santé et souvent un panier de soins puis répartit les financements issus de l'impôt. L'organisation et la dispensation des soins est gérée au niveau régional. Une ordonnance médicale conditionne toujours l'accès aux soins infirmiers à domicile. Certains pays privilégient la coordination de ces soins par le secteur public (Québec, Angleterre, Italie) ou prévoient des dispensaires à proximité des lieux de vie des patients (Espagne). Les infirmières sont salariées du service public et ont des missions au domicile du patient. D'autres pays (Allemagne, Islande) ont un système mixte avec des conventionnements similaires à la France permettant de rémunérer des infirmières libérales, elles exercent uniquement au domicile du patient ou dans leur cabinet. Dans la littérature, le terme « libéral » n'existe qu'en Français, on retrouvera plutôt les appellations infirmiers travailleurs autonomes ou indépendants.

Les infirmières intervenant au domicile au Québec

Le secteur public assure entre autres les soins à domicile. Les infirmières exerçant au domicile sont salariées d'un Centre Local de Services Communautaires (CLSC) dont les missions sont « *d'offrir, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.*

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à *l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure que ces personnes soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide »* (Ministère de la santé et des services sociaux., 2017). Cependant, face au manque de personnel, une partie des prestations publiques est sous traitée auprès d'agences de placement. Le recours au secteur privé est en augmentation, il était de 3.4% en 2015-2016 et atteint 8,7%, pour les soins infirmiers à domicile, en 2020-2021(Lacoursière, 2021). Dans son ouvrage, « Le capitalisme, c'est mauvais pour la santé : une histoire critique des CLSC et du système socio sanitaire québécois », Anne Plourde dénonce les effets des réformes néo libérales sur les CLSC pendant 40 ans (Plourde, 2021).

Au Québec, seules 3% des infirmières exercent en tant que travailleurs autonomes, c'est-à-dire qu'elles se font facturer les prestations directement auprès des patients. Il n'y a pas de notion de conventionnement, ce chiffre est proche des infirmières libérales non conventionnées en France. Ces infirmières travailleuses autonomes proposent des soins spécialisés, à des patients aux pathologies déterminées, on ne peut pas comparer cet exercice à celui des infirmières françaises libérales mais plus à des infirmières cliniciennes.

Les infirmières intervenant au domicile aux États-Unis

Plusieurs formations permettent d'exercer en tant qu'infirmière à domicile aux États-Unis mais la condition sine qua none est la réussite de l'examen de licence du Conseil national (NCLEX-PN), ce qui peut être comparé à notre diplôme d'État infirmier.

Les trois voies d'accès à cet examen sont le Bachelor of Science in Nursing (BSN) qui est l'équivalent d'une licence universitaire européenne, l'Associate Degree in Nursing (ADN) qui ressemble aux études en IFSI en France et le « diplôme » d'une formation interne à un hôpital. Les infirmières peuvent poursuivre leurs études universitaires pour se spécialiser en maîtrise en Sciences Infirmières afin de pouvoir devenir infirmière clinicienne spécialisée ou infirmière en pratique avancée, dans un établissement de soins à domicile, par exemple.

Afin d'exercer, les infirmières autorisées doivent avoir une licence d'infirmière délivrée par l'État dans lequel elles travaillent. Des certificats nationaux permettent également de se spécialiser. Ils sont obligatoires dans certains états, un certificat permet d'exercer en soins à domicile (Western Governors University, 2022).

La rémunération en tant qu'infirmière à domicile varie en fonction des missions et du niveau de formation. Le Bureau of Labor Statistics (BLS) rapporte, que le salaire annuel médian en mai 2021, est de 77 600 $ par an, pour les Infirmiers autorisés. 18% des infirmières autorisées travaillent en soins ambulatoires c'est-à-dire dans « des cabinets de médecins, des soins à domicile et des centres de soins ambulatoires » (US. Bureau of Labor Statistics, 2022a). Les infirmiers peuvent travailler, à leur compte, pour un ou plusieurs patients ou être employés par des agences de soins à domicile et de soins palliatifs, des institutions publiques et privées ou des compagnies d'assurances (US. Bureau of Labor Statistics, 2022b).

Les infirmières intervenant au domicile en Europe

- #### En Italie

Le Servizio Sanitario Nazionale élabore les objectifs nationaux en santé, conçoit la composition du « panier de soins » et repartit les ressources, entre les régions. L'organisation de l'offre de soins est réalisée au niveau régional, avec une grande disparité selon les régions. Chaque autorité sanitaire locale est divisée en district, ce dernier régule directement les services de santé publique et de soins primaires. « Les

services de santé communaux comprennent les soins médicaux et infirmiers primaires, les soins à domicile ou en établissement pour personnes âgées et handicapées et les soins palliatifs» (CLEISS, 2022d). Ces services sont accessibles, au patient, après prescription du médecin coordinateur et d'un plan de soins personnel pour les soins de longue durée. Ils peuvent comprendre des soins médicaux, infirmiers, une aide au repas ou une aide-ménagère.

- Au Royaume uni

Les services publics du National Health Service (NHS) coordonnent les soins au Royaume Uni.

L'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord reçoivent un budget et décident de leur propre organisation de santé. Au niveau local, les agences locales du NHS (Clinical Commissioning Groups) sont responsables de la mise en service des soins de santé dont ceux à domicile (CLEISS, 2022a). Les infirmiers de soins primaires peuvent exercer dans des cabinets médicaux pluri professionnels ou fournir des soins au domicile des patients. Il existe également des services d'hospitalisation à domicile. Les soins de longue durée, à domicile, ont un financement mixte associant NHS, autorités locales, associations caritatives et patient lui-même. Ils sont considérés comme de l'aide sociale. Les « registered nurses » ont un statut équivalent aux infirmières en France, les « advanced nurses » ressemblent aux actuels IPA. La souplesse des lois, sur la délégation des actes et le contexte historique des dispositifs de soins de proximité coordonnées médecins-infirmiers, octroient aux « advanced nurses » un champ de compétence très élargi (DREES, 2005).

- En Espagne

Un budget global de santé est décidé nationalement puis la gouvernance, est totalement régionale. Les soins primaires sont assurés par les centres de santé au niveau local. Ils doivent être accessibles, dans un délai de 15 minutes, à partir de n'importe quel lieu de résidence. Ils peuvent être dispensés au domicile si l'état du patient le nécessite. Les infirmières, qui exercent au domicile, sont salariées et rattachées à un centre de santé (CLEISS, 2022b). Elles exercent en équipe de soins

et ont un champ de compétences élargi. Depuis 2015, une loi leur octroie un droit de prescription après avoir passé une accréditation.

- En Islande

Les services de santé sont nationaux, un service universel est proposé aux usagers. Les autorités locales ouvrent les droits à l'assurance maladie (Sjukratryggingar Islands). Les soins sont dispensés par le secteur public et le privé via un conventionnement. Les soins infirmiers à domicile peuvent être réalisés par des infirmières exerçant dans un centre de santé ou par des prestataires de soins libéraux dont les services sont remboursés sous réserve de conventionnement (CLEISS, 2022c).

- En Allemagne

Il est essentiellement coordonné au niveau régional (Länder). Comme en France, il existe des cabinets libéraux et des centres de soins pluridisciplinaires. Un système de conventionnement avec les professionnels de santé libéraux permet aux usagers d'être remboursé (L. Michel & Or, 2020).

En résumé

La comparaison dans la littérature internationale, sur le thème des soins à domicile, est difficile car la définition n'est pas commune à tous. Selon les pays, les soins infirmiers sont regroupés avec d'autres prestations à domicile comme l'aide au repas, le ménage, ils ne sont pas comptabilisés ou nommés individuellement (Genet & European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). La présence d'infirmiers intervenants à domicile est retrouvée internationalement mais la possibilité d'exercice libéral dépend du modèle de protection sociale national Bismarckien ou Beveridgien. D'autres facteurs peuvent également intervenir comme la proportion de médecins libéraux par rapport à la population générale. Dans les pays à forte densité médicale il y a peu d'infirmières libérales car les médecins réalisent ces actes. De plus, dans les pays où la coordination entre professionnels de santé et l'exercice en « unité de base » de soins primaires sont la norme, le champ de compétences des infirmiers est élargi au profit du travail en équipe et de la réalisation de missions auprès des

patients. Un point historique est nécessaire pour comprendre l'organisation des soins de ville en France et le statut libéral atypique des infirmiers français.

1.4 Histoire des infirmières à domicile : la petite histoire dans la grande

La littérature, sur l'histoire de la médecine, est abondante, celle sur l'hôpital également, mais pourtant aucun ouvrage ne s'intéresse particulièrement à l'histoire des soins au domicile et encore moins aux femmes soignantes. Les infirmiers et les médecins sont des métiers actuellement enseignés à l'hôpital par des enseignants hospitaliers. Les futurs professionnels de santé, qui se destinent à exercer au domicile, ont tous eu une formation voire une carrière hospitalière.

Dans la littérature la majorité des auteurs se sont penché sur l'histoire de la médecine hospitalière, les registres hospitaliers servant de support aux recherches historiques. Cependant, extraire un patient de son milieu de vie pour le soigner dans une institution n'a pas toujours été une évidence. On n'a pas toujours soigné dans un hôpital. L'histoire des soins à domicile se lit donc entre les lignes de l'histoire hospitalière. De plus, la profession médicale a établi ses lettres de noblesse depuis le moyen âge. Au fur à mesure, les médecins ont éclipsé les guérisseuses, sorcières, rebouteux et autres soignants traditionnels dont les transmissions étaient orales et non écrites. Les médecins ont écrit de nombreux ouvrages sur l'histoire de la médecine mais celle des infirmières, certes plus récente, est beaucoup moins documentée. Les supports historiques relatant les soins infirmiers sont rares selon les périodes historiques, les transmissions orales laissant peu de traces pour la postérité. Certains infirmiers comme Marie Françoise Colliere, Yvonne Knibiehler, Michel Poisson et René Magnon entre autres, ont cherché les traces historiques dans les annales hospitalières, les biographies, les textes de lois et recueillis des témoignages. Je m'appuierais sur leurs ouvrages pour retracer l'histoire des soins infirmiers à domicile.

La profession infirmière n'a été reconnue officiellement que récemment en France. Les premières écoles et ébauches de la profession datent du 19^{e} siècle mais la régulation de l'exercice par un diplôme d'État pour toutes les infirmières ne sera effective que 100 ans après. Il faudra attendre la sortie de la seconde guerre mondiale et la nomenclature des actes professionnels (NGAP) pour que l'exercice libéral tel que nous

le connaissons actuellement voit le jour. L'histoire des femmes soignantes au domicile est bien plus ancienne. Marie France Collière fait remonter l'histoire des soins et de l'alimentation aux débuts de l'humanité au travers d'une lecture axée sur la division sexuelle du travail (Collière, 1982). Les soins seraient dédiés aux femmes et la chasse aux hommes. La femme qui avait enfanté connaissait la vie et s'occupait des femmes enceintes, des malades et des mourants. Les femmes se transmettaient oralement la connaissance des plantes et celle des rites jusqu'à la préemption de ce savoir par l'église. Les soins étaient prodigués au domicile par des femmes appartenant à la communauté du patient. Ces hypothèses sont cependant à relativiser, Certains archéologues, étudiant la question de la division sexuelle du travail au sein des communautés préhistoriques concluent que les données exploitables, issues d'étude de squelettes ou de sépultures, ne sont probantes qu'à partir du paléolithique supérieur et ne concernent essentiellement qu'une division sexuelle de l'utilisation des armes. En tenant compte «de la difficulté de reconstituer des structures sociales en archéologie » (Pétillon & Darmangeat, 2018) les usages soignants à cette époque restent donc des hypothèses difficiles à vérifier. Nous allons débuter notre étude des soins au domicile à une période plus documentée, celle du moyen âge.

L'héritage chrétien : la « femme consacrée » et les ordres qui exercent au domicile

En ville, les personnes ayant des revenus, étaient soignées par leurs domestiques, puis plus tard par des gardes malades. L'appellation de garde-malade représente un début de professionnalisation de la future fonction d'infirmier. Les indigents devaient s'en remettre à la charité, aux « femmes consacrées » comme les nomme Marie France Collière. Ces femmes sont des religieuses, mariées à Dieu qui n'ont pas besoin d'avoir enfanté pour soigner. Les religieuses se concentrent sur les corps souffrants qui sont « dignes d'attention à l'image du corps souffrant du Christ » (Collière, 1982). A l'époque peu de thérapeutiques sont disponibles, les soins de l'âme priment sur ceux du corps, la douleur fait partie de l'épreuve imposée par Dieu. Le travail des sœurs est gratuit, la charité chrétienne assure la subsistance, ce sont des pauvres qui soignent des pauvres par vocation. A la campagne, c'est la solidarité familiale et celle entre voisins qui prime, le recours aux soins païens coexistent avec ceux religieux pendant plusieurs siècles. L'activité des religieuses au domicile des patients va être freinée par la décrétale Le Periculoso proclamée en 1298 qui contraint les moniales à la clôture

perpétuelle. Les activités soignantes seront regroupées dans l'enceinte des Maisons Dieu ou Hôtel Dieu mais la fonction hospitalière ne sera qu'« une activité annexe par rapport à la vie conventuelle » (Perouas L, 1978). Certaines congrégations ont tenté de contourner le problème et de soigner le patient, sur son lieu de vie, comme la congrégation religieuse des Visitandines fondée en 1610 par François de Sales ou celle, non religieuse, de Vincent de Paul qui sélectionnera des filles non religieuses prononcant des vœux simples, privés et annuels (Perouas L, 1978). Plusieurs ordres se succèderont pour assurer les soins au domicile des plus nécessiteux. Les sœurs ont des fonctions soignantes mais elles ouvriront aussi, dans les quartiers pauvres, des dispensaires-école-ouvroir. Elles deviendront, dans le milieu rural, une figure locale de référence. Ces sœurs, issues du peuple qu'elles soignent, parviennent à concilier la doctrine religieuse avec les pratiques populaires.

Elles sont très implantées dans les milieux populaires dont elles connaissent les codes, ce qui leur permettra de conserver un réseau d'influence. Lors de la révolution l'exercice médical devient libre, les corporations sont abolies, dès 1793 des officiers de santé deviennent « responsables d'un bassin de population » et vont « visiter à domicile et gratuitement tous les individus secourus par la nation » (Tabuteau, 2018). Une médecine à deux vitesses perdurera jusqu'à la loi du 30 novembre 1892 qui instaurera le monopole médical « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de Docteur en médecine". Après avoir été chassées voire guillotinées, pendant la révolution française, les religieuses reprendront leur activité soignante faute de personnel qualifié (Brejon de Lavergnée & Julia, 2011). Les communes commenceront à s'investir dans la prise en soin, tant à domicile qu'à l'hôpital, elles assureront la charge des hôpitaux à partir du 7 août 1851. La fin du 18e siècle est une période de transition, le processus de laïcisation et de nationalisation est lancé. Foucault dira d'ailleurs « La période révolutionnaire lègue au XIXe siècle le droit à l'assistance sur lequel aucun gouvernement n'osera revenir officiellement, un cadre administratif (les bureaux de bienfaisance) et des projets consacrant le triomphe des soins à domicile sur l'hôpital » (Foucault 1979).

L'héritage de cette période historique, pour les infirmières, est marqué par le dévouement et la pauvreté des sœurs soignantes ainsi que leurs transmissions essentiellement orales. Les notions de vocation et de gratuité des soins pèseront

longtemps sur la profession notamment sur la question de la rémunération des infirmières laïques (Collière, 1982; Coutant, 2018).

De plus le « schisme professionnel » des officiers de santé laissera des traces dans la profession médicale et pourrait expliquer le positionnement protectionniste de certains médecins sur la question du monopole médical qui restreint le développement des autres professions de santé.

Industrialisation, laïcité et contrôle social

Dispenser des soins au domicile des patients a aussi une portée politique. Au 19e siècle l'histoire des soins est intimement liée à celle du travail social. Les débuts de l'industrialisation et le besoin d'une main-d'œuvre abondante pousse les habitants ruraux à quitter les campagnes.Ils viennent s'entasser dans des logements exigus à proximité des usines.

L'hygiène est quasi inexistante, leurs conditions de vie se précarisent et la migration urbaine rompt les liens traditionnels de solidarité. Alors que tous les facteurs de risque épidémiologique sont présents, la pauvreté du prolétariat devient « le fruit du progrès de l'industrie » (Pascal, 2014). Les besoins en prévention et en traitements curatifs sont croissants mais les infrastructures et les réseaux de soins sont encore en construction. L'hôpital reste réservé aux indigents, la population évite d'y avoir recours craignant d'être assimilée à cette catégorie de population ou d'attraper d'autres maladies. Cependant, les hôpitaux des grandes villes se métamorphosent, les médecins revenant des campagnes napoléoniennes s'engagent politiquement et promeuvent l'utilisation des dernières découvertes scientifiques et de la méthode expérimentale. Le besoin en personnel qualifié se fait ressentir mais seules les sœurs possédaient des qualités morales et l'expérience pour cette tâche. Elles demandent peu de rémunération mais sont plus dévouées à l'église qu'à la médecine. Le docteur Désiré Bourneville, député et conseiller municipal de Paris, décide de remédier à cette situation et former du personnel laïc. Il va ouvrir des cours du soir gratuitement et crée la première école d'infirmières publique et laïque à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière en 1878. Parallèlement à cette initiative républicaine, la société bourgeoise laïque, catholique et protestante mène des actions philanthropiques, souvent précédées d'enquêtes sociales. Les bénévoles sont peu formés, ces initiatives visent à combattre la misère et à améliorer les conditions de vie des ouvriers tout en contribuant au

contrôle social de la classe prolétaire. De leur côté, les ouvriers commencent à s'organiser en syndicats et en mutuelles pour créer des nouvelles formes de solidarité. Plusieurs courants idéologiques s'intéressent à l'Hôpital et aux soins en ce 19e siècle. Au niveau politique, les avis divergent entre soigner à domicile et en institution ce qui révèle des visions différentes sur le peuple et sur ses besoins (Faure, 1984). Privilégier l'hospitalisation permet de contrôler certains facteurs environnementaux mais crée une dépendance, une institutionnalisation et un coût pour la société. Intervenir au domicile est plus économique mais peut éveiller la crainte ou le souhait d'exercer un contrôle social sur certaines classes de la société. Ce paradoxe de l'intervention à domicile comme salutaire, mais également comme contrôle, est mis en évidence par plusieurs auteurs (Djaoui, 2014), (Singly, 1991). En luttant contre le péril vénérien, la mortalité infantile et en promouvant « le soutien idéologique et matériel aux familles nombreuses, « saines » et légitimes et l'aide aux mères seules », le pouvoir médical vise à une société bien ordonnée (Singly, 1991).

Il s'adjoint aux pouvoirs politique et juridique pour contrôler les familles jusque dans leur lieu de vie. Au domicile, les sœurs vont continuer à assurer les soins malgré quelques initiatives des communes comme Angers ou Montpellier où la fonction hospitalière va se déplacer chez les patients. Les religieuses quadrillent les quartiers pauvres et les campagnes, elles réalisent les préparations officinales et introduisent la médecine et la pharmacie pour les plus démunis. Il n'y a pas d'équivalent pour la classe moyenne émergente, ce qui fera écrire à Marie France Collière que « leur visée religieuse traditionnelle entrave le développement d'un service de soins à domicile intéressant toutes les classes sociales » (Collière, 1982). La première guerre mondiale et la révolution pasteurienne vont poursuivre l'établissement de l'hôpital comme lieu de recours principal pour les soins.

La Première Guerre Mondiale et le temps des infirmières visiteuses

La fin du 19e siècle et le début du 20e sont des périodes intenses pour la future profession infirmière. Les avancées et découvertes scientifiques sont importantes, les médecins ont besoin d'auxiliaires médicaux formés qui ne propagent plus de doctrine religieuse. Cependant, les infirmières doivent rester cantonnées dans leurs fonctions d'exécutantes et d'aides.

Elles sont « une véritable bénédiction pour ces docteurs sollicités de partout ; ils ont enfin à leur disposition une main-d'œuvre médicale qui ne s'intéresse ni à la pratique elle-même, ni aux idées de la médecine, et qui semble n'avoir dans la vie qu'une seule vocation : celle de servir » (Ehrenreich & English, 2005). Le Dr Désiré Bourneville ouvre une école d'infirmières publique et laïque pour former son personnel, puis publie le « Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière » (Bourneville, 1888). Les termes d'infirmiers et de garde-malades coexistent. L'accès au savoir des infirmières n'est pas apprécié par tous, le Manuel et la formation font polémique. L'expérience douloureuse des officiers de santé est encore récente. Certains médecins y voient « une prime à l'exercice illégal de la médecine, comme un obstacle nouveau à l'exercice de la médecine » et préféraient que la garde-malade reste « une servante docile même ignorante du médecin » (Feyfant, 2016). La formation devient obligatoire en 1902, avec la circulaire n° 7083 du 28 octobre, elle pose les bases d'une définition de l'infirmière disciplinée, dévouée au médecin, intelligente et au caractère philanthropique : « L'infirmière telle qu'on doit la concevoir est absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage…. Elle est réservée aux soins directs des malades ; c'est la collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien ; en dehors de sa dignité personnelle qu'il est essentiel de sauvegarder, elle doit éprouver une légitime fierté d'un état que relèvent à la fois son caractère philanthropique et son caractère scientifique ». Les élites véhiculent un discours distinguant, pour chaque genre, des professions « moralement acceptables ». Les qualités de l'infirmière et du prendre soin sont associés aux qualités naturelles des femmes. Le recrutement initialement mixte va devenir essentiellement féminin dans le secteur public (Collectif, 2018) car la faible rémunération de cet emploi ne permettrait pas à un homme de subvenir aux besoins de sa famille (Christman, 1988). Plusieurs écoles vont ouvrir, il y a une grande diversité de qualité et de durée de l'offre de formation qui oscillent entre huit mois, pour les cours municipaux, et jusqu'à deux ans dans les écoles privées (Wenner, 1999). Certaines écoles comme celle de garde-malade de la Maison de Santé Protestante de Bordeaux dirigée par le Dr Hamilton vont développer des modules destinés aux garde-malades soignantes à domicile en plus de leur formation hospitalière (Fondation MPB, 2022) (Magnon, 2001). Une école d'infirmières vouée aux soins à domicile sera créée le 29 janvier 1900 par Madame Alphen-Salvador, femme de la haute bourgeoisie et Présidente de l'Association pour le développement de l'assistance aux malades. Cette école formera

des infirmières visiteuses, puis des assistantes de service social. La formation est laïque et essentiellement technique, les cours sont dispensés par certains intervenants célèbres « le philosophe Henri Bergson et André Siegfried » (Fondation ITSRS, 2022).

Plusieurs visions de l'infirmière coexistent, elles seront déterminantes dans la conception de l'identité infirmière hospitalière et à domicile. Le courant anticlérical et républicain porté par le Dr Bourneville définit l'infirmière comme une auxiliaire entièrement dévouée au médecin. Cette infirmière, issue du peuple, recevra une formation contrôlée et dispensée par le corps médical. Le courant protestant, féministe porté par Anna Hamilton et inspirée par Florence Nightingale prône une conception plus élitiste de la profession infirmière qu'elle préfère nommer garde-malade. La garde-malade est éduquée et issue de la bourgeoisie, elle reçoit une formation rigoureuse visant une approche globale du patient et de son environnement. Elle a un statut égal et complémentaire à celui du médecin.

Le courant catholique modéré, porté par Léonie Chaptal, recrute également des femmes de la bonne société qui seront formées à l'hygiène et l'éducation dans sa maison école d'infirmières privées dès 1905. La formation dispensée est moins ambitieuse que celle du Dr Hamilton mais reflète les normes sociales de l'époque en France. Parallèlement à ces avancées, pour la profession, les bénévoles de la bourgeoisie poursuivent leurs actions philanthropiques et les sœurs continuent d'assurer un personnel dévoué, gratuit, mais religieux. Au-delà des divergences de courants de pensée ce sont des visions, de la place de la femme dans la société, qui s'affrontent. Certains auteurs y verront une lutte des classes entre femmes issues de milieux professionnels variés (Wenner, 1999), une lutte de pouvoir genré pour un exercice reconnu et légiféré ou encore, par analogie avec l'histoire des infirmières au Canada, un conflit entre des idéologies chrétiennes et protestantes du soin (Cohen, 2008).

La Première Guerre Mondiale interrompt les avancées légales de la profession d'infirmière pour faire face à trois fléaux qui déciment la population française. La lutte contre la tuberculose, la syphilis et l'alcoolisme deviennent une priorité pour la nation (Naour, 2002). Des dispensaires spécialisés, dans la lutte contre la tuberculose et la mortalité infantile, voient le jour. Sur le modèle des infirmières anglo-saxonnes, un nouveau type d'infirmières voit le jour : les infirmières visiteuses. Dès 1912-1913, elles seront les soldats de l'hygiène en se rendant au domicile des patients. Au cours de

ces visites, elles constatent les conditions de vie et d'insalubrité des logements, elles soignent, conseillent et réalisent des enquêtes sociales. C'est un véritable engagement militant, politique, une façon de s'impliquer dans l'effort de guerre pour ces femmes mais également un travail rémunéré ou encore la perpétuation du modèle de charité (Knibiehler & Hess, 2011). Les conditions de travail des infirmières visiteuses sont très dures. Il n'y a pas de règlementation du temps de travail, elles réalisent leurs tournées à vélo et sont confrontés à la misère (Henry, 2009). A la sortie de la guerre les financements américains de la Fondation Rockefeller et de la croix rouge américaine (Murard & Zylberman, 2002) vont permettre de transformer la lutte sanitaire et ouvrir des écoles spécialisées, des dispensaires, offrir des bourses pour former des infirmières visiteuses tout en imposant le modèle américain d'organisation des soins (Knibiehler, 1979).

Cette période martiale est l'apogée du « triomphe de l'hygiène sociale » (Knibiehler, 1981), les découvertes de Pasteur permettent de lutter contre l'ennemi microbe. Cette intervention des pouvoirs publics, au domicile, est acceptée par la population dans un contexte d'après-guerre où l'intérêt général passe avant l'intérêt particulier. Pourtant cette intervention médicosociale marque « la mise en surveillance sanitaire de tout le corps social, y compris des bien-portants » (Djaoui, 2014). A la sortie de la Première Guerre Mondiale, les infirmières sont devenues indispensables. Cependant, les conditions sanitaires et sociales se sont encore dégradées, aux trois fléaux s'ajoutent la mortalité infantile et la grippe espagnole. Les conditions d'hygiène, la crise démographique et les répercussions de la guerre sur la situation financière des habitants aggravent la situation. C'est une période déterminante pour les soins infirmiers. La France qui souhaite compter parmi les grandes puissances se doit de posséder un service de santé efficace (Knibiehler, 1984). En Angleterre c'est le courant de Florence Nightingale qui façonne la profession infirmière, en France ce sera Léonie Chaptal. Mme Chaptal a un réseau politique influent, elle vient de la bourgeoisie catholique mais elle a des propos laïcs et modérés qui font écho aux visions de l'élite française sur la place des femmes dans les soins. Le décret de 1922, règlementant la formation dispensée dans les écoles d'infirmières et le brevet de capacité professionnelle portera la marque de son influence. La profession infirmière obtient donc une légitimité par ce nouveau décret. Cependant, selon les préceptes de Leonie Chaptal, les infirmières recevront une formation mais resteront « un personnel

secondaire des hôpitaux » (Diebolt, 2012), le médecin garde la science de la maladie, l'infirmière peut avoir celle du malade. Au domicile les infirmières visiteuses poursuivent leur travail tout en étant rattachées à un dispensaire.

Division du travail et scission du sanitaire et du social

Le brevet de capacité professionnelle, qui permet de porter le titre d'Infirmier Diplômé d'État, sera une avancée légale importante pour la profession mais marquera aussi une division du travail entre l'hôpital et le domicile. Les infirmières visiteuses réaliseront des soins préventifs et les visites au domicile du patient, les infirmières hospitalières se destineront uniquement aux soins plus techniques et à l'aide médicale. Il est à noter que la reconnaissance officielle de la profession ne passe pas par une loi mais, comme souvent dans l'histoire de la profession, par un décret qui permet d'éviter un débat au parlement.

Les infirmières visiteuses peuvent être considérées comme les précurseurs des infirmières à domicile mais les assistantes sociales se réclament aussi de cet héritage. Les décrets du 25 février 1923 et du 18 juillet 1924 précisent le rôle des infirmières visiteuses. Elles réalisent les soins aux malades, l'enseignement des règles d'hygiène, rédigent des rapports précis sur leurs activités et établissement des règles de déontologie. Ces décrets vont permettent de « rattraper le retard pris, malgré certaines initiatives privées par rapport à l'Angleterre et aux États-Unis, dans les soins extrahospitaliers » (Knibiehler, 1981). Lors des visites dans les foyers des patients, les infirmières visiteuses découvrent des milieux défavorisés, elles prennent conscience de l'influence de l'environnement sur l'état sanitaire des patients et développent une action plus globale. Certaines municipalités engagent des infirmières visiteuses. A Suresnes le maire institue « la polyvalence des secteurs » (Knibiehler, 1980), l'infirmière visiteuse prenait en charge tous les problèmes de la famille mais son rôle devenait de plus en plus social, les soins étant redirigés vers les dispensaires et l'hôpital. Pour René Magnon, les compétences sociales ne correspondaient pas avec l'image de la société d'une infirmière technicienne et hospitalière (Magnon, 1991). De plus les infirmières visiteuses étaient parfois limitées dans leur champ d'action par leur genre et leur statut d'auxiliaire dans une société conservatrice et patriarcale.

D'ailleurs, de nombreuses infirmières visiteuses choisiront de réaliser une année supplémentaire pour obtenir le diplôme d'assistant du service social afin de pouvoir

agir sur les situations sociales de leurs patients (Décret du 12 janvier 1932 instituant un brevet de Capacité Professionnelle permettant de porter le titre d'assistant et d'assistante de service social de l'État français). En 1938, c'est la scission du sanitaire et du social, le diplôme d'infirmière visiteuse laisse place à deux métiers différents, l'assistante sociale et l'infirmière hospitalière. Jusqu'en 1961, ces métiers conserveront une année commune de formation. La profession d'assistante sociale se développera notamment sous le régime de Vichy qui la « renforce par des auxiliaires sociales ayant déjà exercé comme bénévoles » (Pascal, 2012). Les infirmières voient leur exercice réduit à l'exécution de prescriptions ou aux conseils, elles retrouvent leur rôle d'auxiliaires dévouées des médecins par la loi du 15 juillet 1943. L'exercice au domicile se voit restreint, les infirmières seront hospitalières et accessoirement travailleront dans les consultations et dispensaires de soins (Magnon 2001).

En cette période d'après-guerre, les infirmières françaises sont revenues sous la tutelle des médecins hospitaliers, contrairement à leurs homologues anglo-saxonnes. Yvonne Knibiehler qualifiera d'ailleurs cette période de « rendez-vous manqué de l'hygiène sociale (Knibiehler, 1984) mais, c'est surtout, avec la dimension sociale et l'environnement du patient que le rendez-vous est manqué. En se coupant du domicile et en réservant leur exercice à l'hôpital, les infirmières s'éloignent du modèle global anglo-saxon et se retrouvent dans une position subordonnée, cantonnée aux actes délégués par les médecins. La découverte de l'environnement du patient à domicile avait poussé les infirmières visiteuses à envisager ces situations complexes plus globalement voire de remettre en question certains dogmes médicaux. Yvonne Knibiehler émet l'hypothèse qu'une partie de la profession médicale craignait que les infirmières visiteuses ne les supplantent auprès des familles. Les médecins ont contrôlé les enseignements et demandé des rapports détaillés des activités de leurs auxiliaires dévouées. Les infirmières visiteuses devaient être dépourvues d'initiative et d'ambition, d'ailleurs les salaires initiés par les Américains ont été revu à la baisse après-guerre car seul le dévouement de ce personnel pouvait être valorisé**.** Enfin les médecins français de cette époque étaient convertis au taylorisme et à la division du travail et se dirigeaient vers une spécialisation par organe, ils souhaitaient que leurs auxiliaires fassent de même (Knibiehler, 1981). C'est le début d'une division dichotomique pour la profession en spécialisation tant technique qu'en lieu d'exercice.

De la Seconde Guerre Mondiale à l'avènement de l'infirmière libérale

Les femmes françaises se sont massivement engagées dans l'effort de guerre en tant qu'infirmières ou ambulancières notamment via la croix rouge. La structuration et l'organisation des soins des infirmières américaines et anglaises, qui accompagnaient les troupes alliées, ont été un modèle pour les françaises. Au niveau politique, le régime de Vichy crée le conseil de l'ordre des médecins en 1940, les infirmières obtiendront le diplôme d'État infirmier tant attendu par décret (Décret du 10 août, 1942). L'Ordre National des Infirmiers ne sera créé que 60 ans plus tard. A la sortie de la Seconde Guerre Mondiale les droits des femmes évoluent, les Françaises obtiennent le droit de vote, 30 ans après leurs homologues anglaises. Le métier d'infirmière devient honorable pour les femmes qui souhaitent travailler mais difficilement compatible avec une vie de famille.

Depuis l'épisode des officiers de santé jusqu'à la naissance de la sécurité sociale, l'état « a implicitement délégué au corps médical l'organisation du système de santé », hors situation d'épidémies (Tabuteau, 2023). Le « libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin » vont constituer les bases de l'organisation et ses « principes déontologiques fondamentaux » (Loi n° 71-525 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux, 1971). Les infirmières libérales vont s'insérer dans cette organisation médicale mais leur rémunération est faible et dépendante des revenus des patients. Le ministère de la santé publique consent à une rémunération pour l'infirmière à domicile à la journée ou à l'acte (Daydé, 2007) cependant le travail à domicile reste encore basé sur le dévouement et le troc jusqu'à la mise en place de la sécurité sociale. Une infirmière citée par Yvonne Knibielhler dit : « les gens me payaient quand ils pouvaient. Souvent ils me donnaient des produits de la ferme » (Knibiehler 1984). Dans « Cornettes et blouses blanches » de Yvonne Knibiehler, seul ouvrage à consacrer quatre pages aux soins à domicile, l'autrice retrace la disparition des garde-malades et des femmes consacrées au profit des infirmières.

En 1945, la naissance de la sécurité sociale va permettre l'accès aux soins et le remboursement pour une grande majorité de la population. Les patients deviennent solvables, l'activité libérale médicale et infirmière peut se développer. En devenant les

principaux financeurs, les pouvoirs publics mettent en place un système inspiré du modèle Beveridgien mais vont accroître leur autorité et leur contrôle au fur et à mesure de l'histoire (de Pouvourville, 2011). L'activité à domicile reste entièrement prescrite par le médecin, les infirmières réalisent des « soins actes dont elles estiment la valeur d'après les outils utilisés (seringues, matériel à pansement) et la technique appliquée » (Collière, 1982). Une première liste d'actes médicaux, pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, est établie par l'arrêté du 31 décembre 1947, elle sera les prémices de la future Nomenclature des actes professionnels (NGAP). Les actes sont classés selon la possibilité de les réaliser avec ou sans présence du médecin mais toujours sous sa responsabilité. La délégation d'actes à domicile est balisée par les médecins,« la nomenclature garantit leur domaine de l'empiètement infirmier » (Caronne & Bordieu, 2014). Les soins à domicile occupent encore une place importante dans le paysage sanitaire français.

La définition de l'infirmière, dans l'article 4 de la loi du 8 avril 1946, énonce même l'activité à domicile avant celle hospitalière : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui donne habituellement soit à domicile soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, les soins prescrits ou conseillés par un médecin ». La demande de soins à domicile va s'intensifier avec la découverte de l'antibiothérapie injectable. Le témoignage d'une infirmière décrit l'activité intense liée à cette nouvelle thérapie, « les injections se faisaient toutes les trois heures, jour et nuit. Il m'est arrivé d'en faire ainsi pendant une quinzaine de jours consécutifs et souvent plusieurs séries en même temps » (Knibiehler, 1984). Au domicile une autre activité se développe également dans les années 1950, c'est la prévention et l'éducation pour la santé. Elle vise à enseigner aux patients de familles rurales des gestes utiles pour améliorer le confort du malade comme « faire une toilette complète, à changer des draps, à lever ou déplacer en souplesse un malade très handicapé… ». La Croix Rouge, la SNCF et la Mutualité Agricole encouragent les infirmières à domicile à devenir monitrices et à éduquer les patients. Cependant, cet ambitieux projet sera rapidement limité à des informations sur l'hygiène et la prévention pour répondre aux inquiétudes de « certains médecins redoutant la vulgarisation médicale mal comprise » (Knibiehler 1984).

La liste d'actes médicaux délégués aux infirmiers va pourtant s'étoffer. L'histoire actuelle des infirmières libérales est fortement liée à celle de la Nomenclature des

actes professionnels. Les lettres clés et les coefficients qui codifient les actes infirmiers apparaissent en 1951 avec l'arrêté du 11 septembre. Les actes réalisés, par une infirmière, sont codifiés AMI et une valeur est attribuée à chaque lettre clé et coefficient, ce qui permet de transmettre les informations aux organismes d'Assurance tout en respectant le secret professionnel. A chaque nouvel arrêté (1953,1955,1956) la liste d'actes se transforme, elle suit les besoins en santé des populations et les avancées technologiques. Certains soins disparaissent comme le bain sinapsé, l'enveloppement, les lavements médicamenteux, la frotte et l'épouillage au profit de soins plus actuels. Le remboursement des actes infirmiers est soumis à l'envoi au contrôle médical par le patient d'un bulletin signé par le praticien réalisant les actes. L'arrêté du 4 juillet 1960 marque une première refonte importante de la nomenclature, la liste d'actes est alors constituée de 32 items (art 50 à 53), les soins d'hygiène font leur apparition.

L'arrêté du 27 décembre 1960 abroge les arrêtés précédents en structurant le texte de façon hiérarchique. Les actes pratiqués par les médecins sont présentés en premier, puis ensuite ceux pratiqués par les auxiliaires médicaux qualifiés sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin et enfin les actes sur prescription hors de la présence médicale sont énumérés. La liste d'actes délégués continue de s'allonger, toujours sous contrôle et supervision de la profession médicale.

Hospitalocentrisme et hospitalisation à domicile

Les années 1950, voient l'avènement de la division du travail et de l'Hospitalocentrisme. L'hôpital devient la pièce maitresse du système de santé, intimement lié à l'Université, il sera à la pointe de la recherche et déterminera l'organisation des soins. La loi du 30 décembre 1958 initiée par le Pr Debré se traduit par trois ordonnances et un décret en date des 11 et 30 décembre qui créent les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et le statut de médecin à temps plein hospitalo-universitaire. La médecine se spécialise, découpe le malade en pathologie et en organe. La recherche médicale et les avancées technologiques sont intenses d'autant plus que l'hôpital accueille maintenant des patients de toute classe sociale aux exigences nouvelles.

Au fil des avancées technologiques les médecins délèguent des gestes de plus en plus techniques à leurs auxiliaires, les infirmières ont l'impression d'acquérir de

nouvelles compétences mais restent dans une « situation de subordination par rapport au médecin »(Chauvenet, 1972). Elles réalisent des gestes techniques sous prescription médicale et par délégation de tâche, les infirmières sont des exécutantes, des « piqueuses ». L'infirmière n'a pas de rôle propre, en médecine de ville tous les actes délégués peuvent être réalisés par un médecin, ce qui entraîne une concurrence selon les périodes d'activité médicale (Wenner, 1999). L'exercice infirmier se diversifie, se spécialise au grès des technologies et des besoins des populations. Les lieux d'exercice des infirmières sont très variés, elles intègrent les écoles, les mines ou les usines et continuent leur activité à domicile. C'est une véritable richesse pour la profession mais aussi un obstacle à la mobilisation pour des intérêts collectifs de reconnaissance de leur champ d'activité professionnelle et de leur salaire (ANFIIDE, 2022). L'exercice infirmier technique est valorisé par la profession, le nursing et la prise en soin du corps sont relégués au second plan.

En 1972, Antoinette Chauvenet identifie deux pôles de revalorisation pour les infirmières. Un pôle qu'elle nommera « contact humain » regroupant les gestes de nursing et les compétences psychologiques nécessaires dans le contact direct avec le patient, rôle qui peut devenir un facteur d'autonomie lors des maladies chroniques. Le deuxième pôle est technique, il est issu de la spécialisation médicale et de la délégation d'actes techniques complexes. Ce pôle éloigne les infirmières du patient et leur demande de déléguer aux aides-soignantes le contact avec les patients afin de se consacrer à la technique. Pourtant la division du travail se poursuit à l'hôpital, au fil des avancées technologiques les infirmières délèguent le sale boulot au sens de Hughes (Hughes & Chapoulie, 1996) vers les aides-soignants tout comme les médecins l'ont fait envers elles (Arborio, 1996). En 1949, c'est la création du grade d'aides-soignants au sein de l'hôpital public mais ils ne seront autorisés à exercer, en tant que salarié en secteur extrahospitalier, qu'à partir de 1981. Dans les années 1970, alors que la direction de l'hôpital devient celle d'une entreprise, il faut faire face aux contraintes budgétaires en rationalisant le temps de travail du personnel et l'organisation sérielle des tâches. Dans ce contexte d'économie et d'optimisation, le domicile devient une option à développer pour l'hôpital. La loi du 31 décembre 1970, portant sur la réforme hospitalière, introduit la possibilité de prolonger les soins à domicile « avec le concours de médecin traitant ». L'Hospitalisation à Domicile (HAD) permet d'assurer des soins « non réalisables en ville car trop complexes, trop intenses

ou trop techniques » (solidarites-sante.gouv.fr, 2022). Le personnel de l'HAD est hospitalier, il assure la coordination et la fourniture du matériel mais peut faire appel aux soignants libéraux pour la réalisation des soins. L'hospitalisation à domicile intéresse particulièrement le législateur, une journée d'HAD coûtait 65% moins cher qu'une journée d'hospitalisation en 1973 (solidarites-sante.gouv.fr, 2022). Malgré ce net intérêt économique les pouvoirs publics poursuivent prioritairement leur investissement hospitalier et les décrets permettant d'encadrer l'HAD ne verront le jour que 20 ans plus tard. A cette époque, la création de l'HAD a peu d'impact sur la médecine de ville, si ce n'est d'ouvrir la possibilité de réaliser des soins plus complexes à domicile mais elle représente une des tentatives d'organiser les soins de ville depuis l'hôpital. De 1964 à 1978 c'est une crise identitaire pour la profession infirmière, plus de la moitié des effectifs abandonnent la carrière hospitalière lors de leur première année d'exercice. Le métier d'exécutante perd de son attrait et peine à recruter.

Le turn-over touche moins l'exercice libéral qui représente 13% de l'effectif infirmier en 1976 (Baudet & Vimont, 1981). Il est à noter que le métier d'infirmière reste essentiellement féminin (93.3%) alors que les femmes ne représentent qu'un tiers de la population active à cette époque.

Le rôle propre infirmier

En 1978, la définition du métier d'infirmier, en France, se stabilise sous la pression de l'Europe. La libre circulation en Europe de certaines professions pousse à une définition commune du métier et du diplôme d'infirmier. La loi n°78-615 du 31 mai 1978 va définir la profession et se mettre en accord avec les directives européennes. Elle associe un rôle propre au rôle historique sous prescription : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu […] En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ». Le pôle « contact humain » décrit par Antoinette Chauvenet prend donc un nom et une reconnaissance : le rôle propre. L'infirmière n'est plus simple exécutante des prescriptions médicales mais développe une réflexion propre, un début d'autonomie professionnelle s'amorce. Pour de nombreux auteurs, c'est une révolution qui se

perpétuera dans l'intégration d'une « approche globale » centrée sur la personne et son entourage dans les programmes de formation infirmière français (Magnon, 2001). Le rôle d'auxiliaire médicale va évoluer avec les programmes de formation et s'enrichir en 1972 avec l'éducation à la santé et en 1979 avec « une mission de responsable de formation » (Clément, 1995). Cependant, le rôle propre reste vaguement défini dans le texte « les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie destinés à compenser partiellement ou totalement un manque d'autonomie de la personne. L'infirmière a l'initiative de ces soins et en organise la mise en œuvre ». L'avancée est surtout symbolique pour la professions car la rémunération des actes relatifs au « nursing » n'est pas encore acquise. Les séances de soins infirmiers ne pourront être rémunérées qu'à partir de 1992 avec la création de l'Acte Infirmier de Soins (AIS). Cependant, les AIS resteront jusqu'à présent moins payés que les soins médicaux délégués plus techniques (AMI).

Les Syndicats d'infirmiers libéraux s'interrogeront longtemps sur cette dévalorisation des actes relevant du rôle propre qui favorise le rôle technique de l'infirmière libérale.

Grèves et prémices d'autonomie de la profession infirmière

Au cours des années 1980, les alternatives à l'hospitalisation se multiplient. Après l'HAD, c'est le SSIAD, le Service de Soins Infirmiers à Domicile qui voit le jour (Décret n°81-448 du 8 mai 1981). Le décret est inspiré des travaux du Comité infirmier permanent de liaison et d'études qui s'opposait à « de nouvelles stratifications d'emploi d'aides-soignantes sans l'existence d'un service infirmier à domicile » (Vigil-Ripoche 2011). Les infirmiers ont donc obtenu, que l'exercice des aides-soignants au domicile, soit sous leur supervision. L'hôpital coûte cher, les pouvoirs publics ferment des lits et rationnalisent les ressources humaines. Les conditions de travail se dégradent, la première grève des infirmières, en 1984, surprend les pouvoirs publics et la société. Les infirmières voient un manque de reconnaissance et un retour en arrière du « processus de professionnalisation » dans le retrait du décret listant leurs compétences sous la pression des biologistes (Maillard, 2015). Elles obtiendront l'élargissement de leur domaine d'autonomie et prendront alors conscience de leur capacité à se mobiliser.

Plusieurs grèves vont se dérouler pendant les années 80-90, les infirmières libérales défilent aux côtés de leurs collègues hospitalières sous le slogan "ni bonnes, ni nonnes, ni connes". Les libérales veulent aussi s'affranchir de l'image dévouée et obéissante de l'infirmière héritée des siècles précédents et aspirent à une reconnaissance de leurs compétences professionnelles. Les infirmiers ne se sentent pas entendu par des responsables politiques qui continuent à valoriser le dévouement de la profession sans envisager que ce travail a un prix. A cette époque, les infirmières syndiquées sont principalement libérales et ne représentent que 7% de la profession (Maillard, 2015). Les infirmières vont créer une structure plus souple et démocratique pour les représenter : la coordination (Frybes & Visier, 1993) (Acker, 1993) (Kergoat & Imbert, 1992). Les grèves de 1988 paralyseront l'organisation sanitaire du pays pendant sept mois car les pouvoirs publics avaient sous- estimé cette mobilisation de femmes travailleuses et refusaient de négocier avec la coordination. La demande de revalorisation est tant statutaire que salariale.

Pour de nombreux auteurs, l'automne 1988 est le virage entre le temps de la vocation d'infirmière à celui de métier mais c'est surtout l'Europe qui va faire évoluer le statut des infirmières françaises. Les préconisations du Conseil international des infirmières et de la Commission infirmière européenne vont leur permettre de se réapproprier leur formation initiale (Maillard, 2015). La durée des études augmente, le programme va s'enrichir d'apports propres à la pratique infirmière et non plus uniquement des connaissances médicales ou de savoir-être. Par la suite d'autres grèves permettront de faire avancer les conditions de travail, mais les infirmières libérales ont leur propre table de négociation. Depuis la loi du 3 juillet 1971, des conventions nationales régulent les rapports entre les assurés sociaux (les patients) et les professionnels libéraux. Les négociations portent sur le panel d'actes autorisés, l'évolution de leur tarification mais également la qualité de soins attendu et les conditions de travail des professionnels. Cette convention est l'objet d'âpres négociations entre les représentants de la profession libérale (syndicats) et les gestionnaires des caisses d'Assurance maladie. Chaque profession libérale de santé a sa propre convention et ses propres négociations. Une fois signées, « Il appartient à l'État d'approuver les conventions conclues pour leur conférer les effets qui s'attachent aux dispositions réglementaires » (Tabuteau, 2023). La première Convention Nationale des Infirmiers date de 1972, elle a permis l'évolution de la nomenclature des actes et l'accord national

sur la valeur de l'acte et de l'indemnité forfaitaire de déplacement par exemple (Daydé 2007) (FNI 2023b).

A partir des années 1990, les négociations de la nomenclature et de la rémunération des actes vont être couplées à des évolutions sur la participation des professionnels aux enjeux sanitaires et à l'encadrement de l'exercice libéral. L'obligation d'avoir un cabinet infirmier comme lieu d'accueil physique et l'interdiction de salarier une autre infirmière vont limiter par exemple le statut de chef d'entreprise. Il est à noter que cette interdiction ne s'applique pas à d'autres professionnels de santé comme les chirurgiens-dentistes par exemple. Enfin une période obligatoire de trois ans d'expérience en secteur hospitalier est instaurée comme condition à l'installation en libéral. L'arrêté du 25 mars 1993 étoffe considérablement la liste d'actes infirmiers, un chapitre entier est ajoutée dans le titre XVI.

Les soins délégués deviennent plus techniques (chimiothérapies, mucoviscidoses, dialyses péritonéales), l'actualisation des connaissances devient nécessaire et la notion de transmissions et de dossier de soin est pour la première fois mentionné.

Le XXIe siècle : Démarche de soins infirmiers, Ordre infirmier et avènement universitaire

Dès la réforme de la formation infirmière de 1992, un pas vers l'intégration des infirmières à l'université s'amorce en remplaçant le statut d'élève par celui d'étudiant. Les écoles d'infirmières deviennent des Institut de formation en soins infirmiers. Le nouveau programme s'enrichit d'enseignements scientifiques et en sciences humaines afin d'étayer un raisonnement infirmier qui ne s'appelle pas encore sciences infirmières. Les qualités morales et naturelles des femmes sont remplacées par le raisonnement infirmier, l'organisation des soins, la prise en charge globale du patient. Ces évolutions vont se traduire par l'arrêté du 12 octobre 2000 qui instaure une rémunération forfaitaire pour le plan de soin de certains patients. Ce plan permet à l'infirmière d'utiliser son jugement clinique afin d'évaluer les besoins du patient et de proposer des soins adaptés aux patients stables âgés ou handicapés. Les infirmières libérales sont divisées sur la nécessité d'introduire le jugement clinique infirmier et la démarche de soins infirmiers, de plus l'instauration d'un forfait leur fait craindre la perte des soins d'hygiène et des surveillances. Parallèlement les syndicats entrent dans un rapport de force avec la CPAM pour faire réévaluer les tarifs des AIS et ceux des indemnités de déplacement qui n'ont pas été augmentés depuis plus de 10 ans. De

nombreuses grèves s'en suivent, le plan de soins est abandonné mais c'est la démarche de soins infirmiers qui voit le jour avec l'arrêté du 28 juin 2002. La lettre clé DI (démarche infirmière) est créé. L'élargissement des compétences infirmières se poursuivra par l'introduction des séances d'éducation thérapeutique en 2003 (arrêté du 18 février 2003 sur la prise en charge à domicile du patient insulino traité) et de la vaccination contre la grippe hors primo injection en 2008. En 2011, la création d'une lettre clé MCI majorant le travail de coordination des soins complexes en soins palliatifs ou sur des pansements lourds et complexes permettra de valoriser le rôle de coordination de l'infirmière au domicile (Décision du 20 décembre 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, 2011).

La profession infirmière continue d'évoluer. En 2004, le décret de compétences du 11 Février 2002 est abrogé. La profession infirmière est désormais régie par les dispositions du Code de la Santé Publique. Les infirmières obtiennent leur ordre national en 2006 (JO du 27 décembre 2006). Ce projet porté par la députée de Haute Saône et infirmière Maryvonne BRIOT a abouti après le dépôt en 20 ans de nombreuses propositions de loi et 60 ans après la création de l'ordre des médecins. L'Ordre National Infirmier est l'instance de régulation de la profession infirmière qui agit par délégation de l'État. Il assure le contrôle de l'accès à la profession et des conditions d'exercice, le respect des règles déontologiques, la protection des patients, la sauvegarde de l'indépendance professionnelle et la préservation du secret professionnel. Il assure ces missions de service public auprès des professionnels infirmiers indépendamment de leur mode d'exercice. Les infirmières libérales ont leur propre collège de membres représentants élus au sein de l'ordre. L'Ordre intervient particulièrement auprès des infirmières libérales dans la « régulation de l'offre et de la demande dans l'intérêt des bénéficiaires que sont les patients », il organise « la concurrence et veillant au respect de la loyauté de celle-ci » et arbitre les litiges (ONI, 2022). Les avancées pour la profession s'accélèrent dans les années 2000. Après la création de l'Ordre, l'exercice en pratique avancée, en 2016, et la création, en 2019, d'une filière d'enseignants-chercheurs en sciences infirmières (CNU92) ouvrent de nouvelles perspectives à la profession infirmière. Les avenants 9 et 10 ajoutés à la dernière convention nationale des infirmiers portent, en partie, sur l'exercice des IPA

en libéral. Ils prévoient une valorisation des forfaits, une aide au démarrage et une aide atténuant la perte de revenus pendant la formation (Assurance Maladie, 2023b). Cependant, un sondage de 2023 révèle que 59% des étudiantes infirmières en Pratique Avancée (IPA) qui se sont engagés dans un projet IPA libéral ne sont pas «sûres d'exercer comme IPA une fois diplômées » (Houllier, 2023). En effet, ce nouvel exercice nécessite une implantation différente dans le réseau de soin de ville. La coordination avec les médecins qui adressent leur patient à l'IPA nécessite des adaptations par rapport à l'exercice libéral. L'exercice au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin est encouragé par les pouvoirs publics mais pose la question de la reconfiguration des territoires professionnels (Moyal, 2021).

En résumé

Au fil du temps, l'histoire des infirmières libérales s'est construite au carrefour du patriarcat, de la domination religieuse puis médicale et de l'invisibilité du travail de soin à domicile. L'avènement d'une médecine scientifique au XVI e siècle va favoriser la domination des médecins sur la profession, celle-ci se renforcera au cours des deux siècles suivants. Le XIXe siècle puis les deux guerres mondiales du début du XXe siècle associés aux progrès de l'hygiène, à la vaccination et aux découvertes scientifiques vont consacrer l'Hôpital comme un centre d'enseignement et de pratique des soins pour tous les soignants. L'organisation des soins en ville héritée des choix politiques antérieurs sera articulé avec plus ou moins de difficulté au puissant Hôpital.

Les infirmières deviennent des techniciennes et des auxiliaires au service des médecins spécialistes. Malgré les années de luttes souvent incomprises par les autorités de tutelle, les représentations du métier d'infirmier en France héritées du passé religieux sont encore teintées de dévouement, de gratuité et de don de soi. De nos jours, la profession évolue vers un élargissement de ses compétences et une reconnaissance du savoir infirmier. Cependant, l'autonomisation, la reconnaissance et la visibilité du travail des infirmières sont toujours en construction.

1.5 Représentation des infirmières libérales sur la scène politique

Les infirmières libérales sont certes plus syndiquées que leurs collègues hospitalières mais elles ne sont que 20% à être adhérentes. Pourtant les syndicats sont les interlocuteurs des tutelles lors des négociations pour l'évolution des conditions d'exercice de la profession.

Représentations syndicales et instances professionnelles

L'histoire du syndicalisme des infirmières libérales est fait de scissions ou de création en fonction des désaccords lors des conventions nationales sur la rémunération ou les conditions de travail. Le premier syndicat d'infirmier libéraux est créé en 1949 à Paris, les autres syndicats seront souvent originaires du Sud de la France (Daydé, 2007). L'histoire du syndicalisme se poursuit encore récemment puisqu'un nouveau syndicat INFIN'IDELS a été cofondé par deux infirmières libérales, qui " ne se retrouvaient pas dans les quatre autres (syndicats)" en 2017 (Infini'idels, 2023).

Seuls les syndicats représentatifs peuvent participer aux négociations de la convention nationale et siéger dans plusieurs instances professionnelles. Un syndicat est dit représentatif selon le nombre de voix recueillies lors des élections professionnelles. La participation aux négociation de la convention et de ses avenants est la plus médiatisée par les syndicats car elle permet l'évolution des tarifications et des conditions de travail des infirmières libérales. Cependant, d'autres instances déterminent également les conditions d'exercice de la profession. Les membres des syndicats représentatifs élus sont présents au conseil d'administration et bureau des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) Infirmiers. La présence à l'URPS permet, par exemple, de participer à la constitution et la mise en œuvre du projet régional de santé, aux instances régulant la formation professionnelle continue et « au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés » (ARS Occitanie, 2021). Les syndicats représentatifs désignent aussi des délégués qui représentent les infirmières libérales au sein des Commissions Paritaires Départementales qui siègent dans les CPAM ainsi qu'à la Caisse autonome de Retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (Carpimko).

Les syndicats essayent d'influencer les évolutions professionnelles des infirmiers en portant la voix de leurs adhérents auprès des parlementaires. Par exemple la FNI revendique d'avoir participé à « l'écriture et le parcours d'adoption de la loi de décembre 2006 portant création de l'Ordre National des Infirmiers » (FNI, 2023a).

En 2023, les syndicats ont œuvré pour la reconnaissance du statut d'infirmier référent au même titre que le médecin référent et le pharmacien correspondant, le décret a été publié le 27 juin 2024. Pour l'instant cette avancée est symbolique pour la profession car en attente de la valorisation de ce statut par le prochain avenant de la convention nationale. Cependant, les infirmières libérales sont souvent à la marge dans les consultations concernant l'avenir de leur profession contrairement aux médecins généralistes ou aux pharmaciens qui réussissent à peser dans les négociations. Nous allons explorer un exemple de cette invisibilité avec le cas du Ségur de la santé

- Un Ségur de la santé « Hospitalocentré »

Alors que les infirmières libérales ont été fortement sollicitées et impliquées pendant la crise sanitaire de la COVID19, elles ont été peu mis en lumières par les médias et ont été les grands oubliées du Ségur de la santé. Le premier défi du Ségur est de « faire tomber les murs entre l'hôpital, la médecine de ville et les établissements médico-sociaux » (Veran 2020) mais seulement deux mesures sur 33 concernent l'exercice ou la coordination avec la ville dans le texte final. Les soins de ville apparaissent comme accessoires à l'exercice hospitalier ou en EHPAD, la vision hospitalo-centré reste prégnante au niveau politique malgré les éléments de langage de coordination ville hôpital et de parcours de soin. L'exercice à domicile est mentionné pour soutenir la pénurie de personnel en institution en assurant des astreintes et en renforçant « le déploiement des équipes mobiles et les interventions de l'hospitalisation à domicile et des professionnels libéraux sur les lieux de vie des personnes âgées » (mesure 28).

De plus l'exercice libéral est cité une fois sur 65 pages dans le dossier de presse, il est préconisé sous une forme coordonnée et pluri professionnelle via des maisons de santé ou des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Emmanuel Macron spécifiait déjà dans son discours de présentation de la stratégie de transformation du système de santé, le 18 septembre 2018 « *Je veux que l'exercice*

isolé devienne progressivement marginal, devienne l'aberration et puisse disparaître à l'horizon de janvier 2022 ». La mesure 25 du Ségur de la santé qui vise à « améliorer l'accès aux soins non programmés par le développement de l'exercice coordonnée » (Veran, 2020) poursuit cet objectif en prônant l'exercice coordonné comme norme. Les infirmiers libéraux pourtant très actifs pendant la crise de la COVID19 se sont senti « comme d'habitude, totalement méprisés et leur rôle ignoré »(SNIIL, 2022).Ils regrettent que le Ségur de la santé n'ai « accouché d'un souriceau » (Onsil, 2020). Les URPS des infirmiers PACA relayent également cette déception dans ce communiqué : « les professionnels de santé libéraux sont à peine mentionnés et les infirmières laissées pour compte. Ils reçoivent cette proposition comme une négation de leurs compétences, de leurs investissements »(URPS PACA, 2020). Le Ségur de la santé est l'exemple de l'invisibilité des infirmières libérales dans les négociations professionnelles outre celles de conventionnement qui les implique directement.

- Les infirmières libérales et la réforme infirmière en 2024

Nous avons vu que c'est un décret d'actes qui énumère précisément la liste d'actes réalisables par un infirmier en présence ou non d'un médecin. La liste d'actes permet un encadrement strict de la profession, garantit le monopole médical mais limite les évolutions nécessaires à un environnement de santé en constante évolution. Depuis plusieurs années une approche par compétence et par mission est envisagée, un rapport récent de l'IGAS préconise des reformes en ce sens (IGAS, 2022). François Braun, alors Ministre de la santé, avait lancé une grande concertation des professionnels afin de passer « d'un encadrement strict des actes autorisés à une approche plus agile, autour de grandes missions » (Braun, 2023). La feuille de route prévoyait une refonte du référentiel de compétences et de formation pour la rentrée 2024, le projet est toujours en cours à ce jour. Contrairement aux infirmiers hospitaliers, les libéraux restent circonspects face à cette ambition qui sous couvert d'autonomie peut limiter les négociations conventionnelles et modifier les territoires professionnels. Ils n'auraient plus « la possibilité de négocier pour eux-mêmes la rémunération d'actes auxquels ils ne seraient plus les seuls habilités à procéder »(FNI, 2023b).

En résumé

Les syndicats d'infirmiers libéraux ont toujours été les interlocuteurs des pouvoirs publics dans les conventions nationales. Cependant, les infirmières libérales semblent invisibles dans les grands rendez-vous de la profession infirmière et l'exercice à domicile semble de plus en plus associé à un travail coordonné par un médecin dans les éléments de langage des discours politiques. Le projet de suppression du décret d'acte réalisable par l'infirmier modifiera t'il le mode d'exercice libéral de l'infirmier ?

1.6 La journée type d'une infirmière libérale

Les infirmières libérales réalisent des soins aux domiciles des différents patients, certaines d'entre elles réalisent aussi des permanences à leur cabinet.

L'enchainement chronologique des visites à domicile se nomme la tournée. Selon les cabinets l'organisation peut être différente mais elle respecte plusieurs grands principes.

Les horaires de travail sur la journée sont déterminés par les infirmières libérales en fonction de la durée et de la nature soins à réaliser ainsi que des temps de transport entre les patients. Certains soins peuvent être déplacés mais d'autres doivent être réalisés sur des plages horaires précises. Les soins infirmiers se réalisent en matinée et en soirée essentiellement, tous les infirmiers observés réalisent une pause après le déjeuner. Les prises de sang et les soins d'hygiène se réalisent généralement le matin avant l'éventuelle sortie du domicile du patient. Les pansements, injections et perfusions se réalisent aussi au cours de la matinée. Certains soins comme les glycémies capillaires ou les insulines doivent être corrélées aux heures des repas. En fin d'après-midi, d'autres injections peuvent être réalisées ainsi que les aides au coucher. La journée d'une infirmière libérale débute souvent vers 6h jusqu'aux environs du repas de midi, cette première partie est nommée communément « la grosse tournée » ou « la tournée du matin ». Puis il y a une pause débutant vers 13-14h jusqu'à 16-17h, les infirmières utilisent souvent ce temps pour réaliser des tâches administratives. La « tournée du soir » ou « petite tournée » commence vers 17h et peut se terminer jusqu'à 21H.

Les horaires sont également ajustés aux besoins et contraintes horaires de la patientèle comme des infirmières. En effet, certaines professionnelles choisissent par exemple de démarrer la tournée plus tard pour pouvoir emmener leurs enfants à l'école et renoncent parfois à certains patients dont les horaires sont incompatibles avec cette organisation (cf. figure 3). D'autres infirmiers comme David sélectionnent des patients qui ne nécessitent pas de soins le soir afin de terminer à 17h (cf. figure 4).

Observation de Popy	tournée du matin	pause déjeuner	tournée du soir
Horaires	7H30-13H	13h-17h35	17H35- 19h30
Activité	10 patients et temps de transport	Repas et travail administratif	7 patients dont 6 deuxièmes passages

Figure 3: Représentation graphique de la journée de travail de Popy le 11/10/17

Observation de David	tournée du matin	pause déjeuner	tournée du soir
Horaires	6h20-11H	11h-14h00	14h00-17h00
Activité	12 patients et temps de transport	Repas et travail administratif	8 patients dont 4 deuxièmes passages

Figure 4: Représentation graphique de la journée de travail de David le 30/05/19

Pour assurer la continuité des soins, les infirmières doivent se relayer au domicile du patient, elles doivent donc établir un planning annuel en se répartissant les jours de travail et de repos. Lors des soins, l'infirmier est seul auprès des patients. Selon le nombre d'infirmières dans le cabinet et le choix d'articulation vie privée vie professionnelle, les rythmes de travail peuvent être différents. De nombreuses infirmières travaillent une semaine sur deux, ou deux semaines suivies de deux semaines de repos, d'autres choisissent d'alterner trois jours de travail avec trois jours

de repos. Tous les rythmes de travail sont possibles, Popy par exemple se fait remplacer le mercredi les semaines travaillées. A chaque fin de cycle de travail l'infirmier réalise des transmissions à son collègue qui prend le relai. La relève est composée de la liste chronologique des patients de la tournée, d'informations cliniques sur l'évolution de la prise en soin des patients ou des soins réalisés et éventuellement d'adresses ou de numéro de téléphone de nouveaux patients. Les transmissions sont l'occasion d'un échange entre professionnels, de partage d'émotions ou de projet. Les jours de travail ne se chevauchant pas, la relève s'effectue sur le dernier jour de l'infirmier qui travaille et sur la veille du jour de travail de l'infirmier qui prend la relève donc sur un de ses jours de repos. Elle peut être complétée ou précédée d'autres échanges d'informations via différents moyens de communication que nous détaillerons plus tard.

Afin d'accéder au domicile des patients les infirmiers ont les clés et ou les bips de certains « patients chroniques »[2]. Elles doivent donc se transmettre ce trousseau de clés, indispensable à leur exercice, en main propre, ou dans un lieu sécurisé (cabinet, boîte aux lettres ou au domicile du premier patient de la tournée). Parfois, elles se transmettent aussi une mallette contenant un agenda papier permettant de programmer les soins ponctuels, des ordonnances, des piluliers de patients déments, des médicaments « d'urgence » ou différentes correspondances (lettres d'administrations, factures…).

L'infirmière qui travaille appelle ou envoie les transmissions après la tournée du matin pendant son temps de pause ou le soir à la fin de la tournée. La relève peut se réaliser en deux temps, une grosse relève dans l'après-midi car la majorité des soins se réalisent sur la matinée et un complément en fin de tournée le soir. La relève peut durer jusqu'à une heure, (certaines infirmières envoient un support écrit comme un e-mail ou une liste des patients par MMS) puis se téléphonent uniquement pour répondre aux questions ou ajouter des précisions afin d'écourter le temps de relève. Nous étudierons plus précisément ces modes de transmission dans la partie interactions entre infirmières libérales.

[2] Pour les infirmières « un patient chronique » est un patient atteint d'une pathologie non réversible, nécessitant des soins fréquents sur une période longue

	6H 12H	pause dejeuner	17H 21H	
Activité	Tournée du matin	Temps administratif	Tournée du soir	
2 transmissions		Grosse relève		Complements de transmission
1 transmission				Grosse relève

Figure 5: Représentation graphique de la journée de fin de cycle de travail d'une IDEL

Partie 2. Rendre visible le travail à partir du smartphone

Dans la partie précédente, nous avons défini les caractéristiques de la population d'infirmières libérales. Dans cette deuxième partie, nous allons explorer le smartphone. Plusieurs écueils sont à éviter lorsque l'on s'intéresse à un objet technique. D'une part le déterminisme technologique, courant de pensée qui prône une évolution de la technologie indépendante de la société. D'autre part, le déterminisme social qui insiste sur l'importance des facteurs sociaux et des trajectoires de vie mais qui minore le rôle de la technologie. Chacun de ces courants envisage une facette de l'objet technique sans en restituer la complexité. Comment définir le smartphone ? Alors que la grande majorité de la population française est équipée d'un smartphone et l'utilise pour accéder à Internet, est ce que cet objet technologique a une influence sur les interactions entre les êtres humains ? Est-ce un objet inerte, un dispositif voire un nouvel acteur ? En sociologie des usages, Jouët décrit l'objet technique comme un média dont « la matérialité de l'objet infiltre les pratiques » (Jouët, 2000), nous allons définir plus précisément le smartphone d'un point de vue sociologique puis nous détaillerons la méthode choisie pour l'enquête sur les infirmières libérales.

2.1 Définition d'un objet

Le mot smartphone est un anglicisme issu de la contraction des mots « smart » et « phone ». La traduction littérale en français est téléphone intelligent mais « smart » est aussi le côté rusé de l'intelligence, le côté astucieux. Le terme « mobile multifonction » (Ministère de la Culture, 2018) a été choisi par l'académie Française, peu utilisé par les français, il met l'accent sur la fonction mobile et hybride du dispositif. Le smartphone sert certes à téléphoner comme tout téléphone mais il s'est enrichi, au fil des années, de multiples fonctions.

Histoire d’un objet connecté

L’histoire du téléphone portable débute en 1973 dans les rues de New York, Martin Cooper réalisait un appel sur un prototype de téléphone portable, l’appareil pesait alors 1,1 kg et mesurait 23 cm. Dix ans après, un premier téléphone portable de 785 grammes était commercialisé, il avait une autonomie de 30 mn. Les téléphones ont évolué au cours des années 1990, le premier SMS (short message system) est envoyé en 1992, puis c’est l’appareil photo qui est intégré en 1999. Dans les années 2000, la technologie Bluetooth apparait puis le WIFI et Internet deviennent disponibles via le Blackberry 7270 en 2005. Les téléphones portables multiplient les fonctions et deviennent de véritables ordinateurs multifonctions. En 2007, l’iPhone propose une ergonomie simplifiée et un écran tactile qui sera adopté par les autres concurrents, le smartphone est né.

Principales fonctions du smartphone et traces numériques

Le smartphone a été conçu initialement pour assurer les fonctions d’un téléphone portable mais il s’est transformé en objet hybride au fil des fonctionnalités supplémentaires. Chaque action réalisée avec le smartphone laisse une trace numérique sur l’appareil qui peut être exploitable par le chercheur. Dans le tableau 1 nous résumerons quelques fonctions principales du smartphone et leurs traces numériques qui seront utiles lors de notre enquête.

Fonctions	Applications	Traces numériques
Communication	Téléphone	Durée d'appel, heure d'appel et nom de l'interlocuteur enregistré dans le journal d'appel. Présence et forme de notification (sonnerie, vibreur, bip, lumière).
	Répertoire	Liste des interlocuteurs enregistrés.
	Répondeur	Heure d'appel, interlocuteur et consultation du contenu du message. Présence et forme de notification.
	Réseaux sociaux	Fréquence d'utilisation par jour et par semaine. Contenu du message et forme orale, écrite, vidéo ou hybride. Messages avec un interlocuteur ou plusieurs. Présence et forme de notification.
	SMS	
	E-mails	Consultation de la boîte mail. E-mails envoyés et reçus. Heures et fréquence d'utilisation. Présence et forme de notification.
outils	Appareil photo et répertoire de photos	Consultation application photos pour répertorier les photographies professionnelles (horodatés).
	Scanner	Existence d'une application téléchargée sur l'écran et fréquence d'utilisation.
	Calculette, boussole, lampe torche, dictaphone	Fréquence d'utilisation.
Actualité	Applications de journaux et magazines, podcasts d'information. Météo.	Présence et forme de notification. Temps de consultation de l'application et fréquence d'utilisation. Type d'information écrite ou orale.
Recherche de savoir / apprentissage	Navigation web via des navigateurs, accès aux informations via moteur de recherche Applications éducatives, tutoriels	Type de navigateur et moteur de recherche consultés. Type de sites consultés via l'historique de la navigation. Temps de consultation de l'application et fréquence d'utilisation.
Organisation/ Utilitaires	Calendrier	Fréquence d'utilisation, contenu.
	Réveil	
	Notes	
	Word, Excel	
	Applications Banque, impôts…	
Localisation	GPS, plan	Fréquence d'utilisation.
Divertissements	Jeux , musique , vidéo	Fréquence d'utilisation, moment de la consultation dans la journée.

Figure 6: Fonctions principales du smartphone

Ce tableau qui résume les principales fonctions n'est pas exhaustif, la possibilité de télécharger des applications décuple les usages possibles. Les traces numériques sont notamment consultables dans la « fonction temps d'écran » de l'iPhone ou celles Batterie ou « Bien être numérique » sur Android. Des applications spécifiques peuvent également être téléchargées mais les deux fonctions citées sont intégrées dans les paramètres initiaux des smartphones. La « fonction temps d'écran » est apparue en 2018, elle permet d'obtenir le temps total passé sur le smartphone sur la journée voire sur la semaine. Elle permet d'afficher les temps d'utilisation de chaque application et l'heure de consultation. Temps d'écran calcule également le nombre de notifications reçues par jour et discrimine les applications qui en sont à l'origine. Lorsque cette fonction n'est pas utilisable, on peut obtenir des données avec une autre fonction. La Batterie détaille l'utilisation par application, les données sont en pourcentage et en minutes mais ne détaillent pas la présence de notifications ou les horaires d'utilisation de chaque application. Les traces numériques vont être utiles à notre enquête mais le smartphone est-il un simple instrument de mesure et de communication ou joue-t-il une place plus importante dans les interactions entre humains ?

Simple objet ou dispositif ?

Plusieurs sociologues se sont intéressés à l'intégration des objets en sciences humaines (Kaufmann, 1997), (Thévenot, 1994), (Vinck, 2009), (Akrich, 2010). Pour Kaufmann, les objets constituent « un aspect essentiel des cadres de socialisation », ils « stockent et restituent une mémoire sociale et individuelle » (Kaufmann, 1997). Pour Thévenot, il existe plusieurs régimes de rapport entre les choses et les agents humains, il décrit le processus de familiarisation des choses (Thévenot, 1994). Dans leur théorie des acteurs réseaux, Latour, Callon et Akrich abolissent les différences entre les humains et les non-humains, tous sont considérés comme des actants évoluant dans des réseaux d'interaction (Akrich et al., 2006). Comment définir le smartphone à présent ? Le smartphone peut-il être considéré comme un acteur agissant sur les autres et sur l'environnement ? Le smartphone est d'abord comme un objet technique, fabriqué par l'homme, un objet hybride synthèse de plusieurs technologies. Le terme d'objet reste assez générique, nous allons commencer par définir la notion d'artefact qui renvoie aux interactions avec l'être humain (Doray et al., 2015).

- L’artefact Smartphone

En travaillant sur les interactions homme-ordinateur, Donald Norman a initié le concept d’artefact cognitif. Il est défini comme : “ un outil artificiel conçu pour conserver, exposer et traiter l’information dans le but de satisfaire une fonction représentationnelle”, un de ses rôles est de : « se substituer au monde, de rendre les objets du monde toujours disponibles, indépendamment du lieu où nous sommes ou de ce que nous pouvons être en train de faire » (Laurent Thévenot et al., 1993). Le smartphone peut donc être considéré comme un artefact cognitif, grâce à sa connexion Internet, il permet d’accéder à d’autres objets et savoirs quel que soit le lieu de départ de la requête. De plus, l’artefact cognitif peut être considéré comme un amplificateur des capacités humaines, et grâce à ses capacités de stockage et de recherche des informations le smartphone devient un troisième cerveau pour certains auteurs (Biasi, 2018). Si l’on s’intéresse plus spécifiquement au système, on pourrait croire que l’artefact amplifie les capacités humaines tel un porte-voix mais Norman démontre qu’il modifie également la tâche à accomplir. L’utilisation d’un artefact cognitif substitue certaines activités de mémorisation ou de conceptualisation par d’autres issues de l’apprentissage de l’artefact. La définition d’artefact centrée sur l’objet matériel et son interaction directe avec l’homme occulte la dimension politique. Le concept de dispositif de Michel Foucault, pourtant antérieure à la technologie du smartphone, peut compléter la compréhension du smartphone.

- Le dispositif smartphone

Dans un entretien en 1977, Foucault décrit le dispositif comme « un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit aussi bien que du non-dit [...] Le dispositif lui-même c’est le réseau qu’on établit entre ces éléments »(Lafleur, 2015). Le smartphone est une articulation, un artefact technologique qui est sujet aux discours sur la connectivité, l’ubiquité et l’accessibilité de l’information. Des aménagements architecturaux comme des « espaces silences » ont été créés dans les trains, des lois et des politiques tentent de réguler la vie privée, l’utilisation des données personnelles et la cyber sécurité.

Enfin le smartphone peut influer les relations de pouvoir existantes en permettant la géolocalisation, par exemple, ou des formes de résistance et d'organisation sociale via les réseaux sociaux.

- L'Actant Smartphone

La théorie de l'acteur- réseau de Callon, Akrich et Latour a révolutionné le statut d'objet pour les chercheurs. Dans leur recherche sur l'innovation, les auteurs ont mis à jour « *une intrication plus dynamique entre fait social et technique dans laquelle l'objet technique n'est pas un simple objet inerte avec des fonctions prédéterminées mais devient un véritable acteur* » (O. Martin et al., 2021). Les objets sont des actants impliqués dans un large réseau d'humain et de non-humains. Le paradigme de l'acteur réseau va dynamiser les recherches sur les objets technologiques notamment dans le courant anglo-saxon des sciences and technology studies (Doray et al., 2015) (Jauréguiberry & Proulx, 2011) et celui de la sociologie des usages (Jouët, 2000). Le smartphone fait partie d'un vaste réseau du concepteur à l'utilisateur, il peut être considéré comme un actant au sens de Latour, mais peut-on l'étudier comme un fait social ?

Smartphone et numérique, un fait social ?

Durkheim définit un fait social comme : « toute manière de faire, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure ; ou bien encore, qui est générale dans l'étendue d'une société donnée tout en ayant une existence propre, indépendante de ses manifestations individuelles » (Durkheim, 2023). Le smartphone qui donne directement accès au numérique est-il un fait social ?

- Le fait social est collectif et général

La possession d'un smartphone s'est généralisée à la quasi-totalité de la population française en une dizaine d'année. En 2022, plus de huit personnes sur dix (87%) sont équipées de smartphone et 95% de téléphone mobile alors qu'en 2013, la majorité des français ne possédaient pas de smartphone (ARCEP et CREDOC 2023)[3].

[3] Le CREDOC Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie, « est un organisme d'études et de recherche au service des acteurs de la vie économique et sociale ». Il réalise chaque année un

Le taux d'équipement a continué à progresser tout au long de cette thèse. Les usages du smartphone par les utilisateurs semblent se stabiliser, la navigation sur Internet est prépondérante (82%), les utilisateurs préfèrent le smartphone à l'utilisation d'un ordinateur pour cet usage. Les deux autres fonctions les plus utilisées sont l'échange des messages (79%) et le téléphone (74%) via des applications. Toutes les tranches d'âges de la population sont concernées, seuls les plus de 70 ans sont moins équipés en smartphone (56%). Des variations sont également observées en fonction du niveau d'urbanisation (75% d'habitants de communes rurales équipés) et de diplôme (59% de taux d'équipement chez les non diplômés). Plantard identifie « plusieurs raisons pour ne pas posséder un smartphone : le manque de maîtrise, la non-nécessité ou du désintérêt et le débit insatisfaisant» (Plantard, 2021). Lors de son enquête sur les « sans mobile », Bergier identifie également des facteurs identitaires comme une certaine vision de la liberté ou du vivre ensemble, ainsi que des facteurs contextuels (Bergier, 2016). Le niveau de vie et de revenus ne semble pas avoir d'influence sur la possession d'un smartphone mais certains utilisateurs ayant un niveau de vie confortable réclament « un droit à la déconnexion » et font le choix de ne pas utiliser smartphone (Plantard, 2021). Pour d'autres utilisateurs, l'accès au smartphone et au numérique conditionne leur insertion dans la société. Selon une enquête réalisée sur 300 personnes sans domicile fixe : « 91% des personnes interrogées possèdent un téléphone mobile et 71% ont un smartphone », la moitié d'entre eux navigue quotidiennement sur Internet (Solinum, 2018). Le smartphone est donc un fait social généralisé dans la société française qui touche également une bonne partie de la population mondiale. En 2022, 4,3 milliards de personnes possédaient un smartphone et 95% de la population mondiale était desservie par un réseau de haut débit mobile (Shanahan & Bahia, 2023).

- Le fait social est extérieur à l'individu

En France, de nombreuses démarches administratives sont accessibles uniquement sur Internet, l'utilisation de formulaires papiers ou de guichets deviennent l'exception. La déclaration d'impôts est par exemple totalement dématérialisée, ce qui engendre d'ailleurs de nouvelles inégalités sociales.

baromètre numérique qui permet de suivre les évolutions des comportements numériques d'un échantillon représentatif de français.

Les notions de e-exclusion, d'inégalités numériques, de littératie numérique sont pléthores. Les compétences numériques et l'accès à Internet deviennent indispensables à la vie en société (INSEE, 2016). Le milieu professionnel a évolué avec le numérique. Dès le début de leur professionnalisation les infirmières doivent réaliser leur inscription à l'Ordre infirmier et leur demande de conventionnement sur des sites Internet puis elles devront télétransmettre leurs feuilles de soin. Le rapport avec les tutelles est presque entièrement numérique. Les rencontres physiques avec ces organismes sont exceptionnelles et sur rendez-vous, les conversations téléphoniques sont conditionnées à des heures d'ouverture restreintes et au franchissement de standards saturés. Enfin la limitation des contacts physiques lors des confinements liés au COVID19 ont accéléré l'utilisation du numérique et des smartphones même s'il semble que l'effet sur les usages s'est stabilisé en 2023 à un niveau équivalent à 2019.

- Le fait social s'impose aux individus

La pression de l'entourage a été un facteur important dans la diffusion du téléphone portable, il est un facteur d'inscription dans le groupe social notamment chez les adolescents. Gaglio explore le passage de la normalité à la normativité en définissant la règle « ce n'est pas seulement une manière d'agir habituelle : c'est avant tout, une manière d'agir obligatoire, c'est-à-dire soustraite, en quelque mesure, à l'arbitraire individuel » (Gaglio, 2008). La possession d'un téléphone portable et son utilisation s'imposent à l'individu. Les personnes âgées, par exemple, ont subi cette pression sociale pendant les confinements, s'équiper d'un smartphone devenait nécessaire pour maintenir les liens sociaux. En 2022, plus d'un français sur deux ne peut plus « passer plus d'une journée sans qu'Internet leur manque », en 2016 ce n'était qu'une personne sur trois » (ARCEP & CREDOC, 2023).

- Le fait social est issu d'un processus de socialisation

Les individus se socialisent en intégrant des comportements conscients ou non d'une génération à une autre. La génération née après 1980 a grandi avec l'avènement des nouvelles technologies et a intégré ses usages en tant que jeunes adultes, elle a été nommée « digital natives » par Marc Prensky (« Digital natives, technologie et culture numériques », 2015). Les générations suivantes ont d'ailleurs été catégorisées selon

leur rapport au numérique. Granjon élargit même la réflexion de Bourdieu sur le capital culturel pour élaborer un capital numérique (Granjon 2022).

Ce capital numérique serait transmis consciemment ou non par sa famille mais nécessite une réactualisation fréquente au vue des évolutions rapides de l'environnement technologique (Derrac, 2020).

En résumé

Le numérique et le smartphone concernent la société dans son ensemble, ils sont des faits sociaux au sens de Durkheim. Pour Proulx : « le numérique produit des changements dans tous les aspects de la vie sociale : communication, politique, culture, économie, travail, éducation…Chacun de ces domaines de la vie sociale produit du changement dans sa logique propre, et l'évolution technique n'abolit pas les rapports et les structures antérieures » (Proulx 2002). Boullier parle de phénomène d'amplification. En s'appuyant sur les travaux de Elisabeth Einsenstein (1991) sur l'imprimerie il compare le numérique à un amplificateur : « Tout peut être affecté par le numérique et potentiellement les tendances lourdes comme les signaux faibles peuvent s'en trouver amplifiés » (Boullier 2019). Le smartphone est certes un amplificateur de signaux et de compétences, mais nous avons vu que cet artefact cognitif modifiait également la nature des taches réalisées par l'humain. Le smartphone n'est pas qu'un simple outil, c'est un fait social. Les enjeux politiques et de pouvoir sont révélés par le concept de dispositif de Foucault, quand Latour souligne l'intrication de cet actant dans un réseau d'humain et de non-humain. Dans cette thèse, nous souhaitons nous intéresser aux interactions entre les infirmières libérales et les différents acteurs via le smartphone. Les traces numériques du smartphone pourraient nous aider à révéler les interactions entre les acteurs mais réduirait le smartphone à un simple outil d'enregistrement. Est-ce suffisant pour comprendre le sens que les infirmières donnent à leurs actions et observer le rôle d'actant du smartphone ? Nous allons à présent nous interroger sur la méthode choisie pour notre enquête.

2.2 Méthode

Choix et présentation du cadre méthodologique

Les évolutions rapides des fonctionnalités du smartphone ont fait émerger des nouveaux usages infirmiers au cours de la thèse comme la diffusion des messages vocaux sur les réseaux sociaux ou celle du temps d'écran. Pour s'adapter au contexte évolutif de l'objet de recherche, le cadre méthodologique devait permettre un cheminement itératif entre les données recueillies sur le terrain et la théorie. La « Grounded Theory » ou théorisation ancrée est une méthode de recherche, d'inspiration interactionniste, élaborée par Glaser et Strauss en 1967. Elle vise à « expliquer à partir de données empiriques un processus complexe et en pleine évolution » (Paillé, 2011). Contrairement aux méthodes hypothético-déductives qui se basent sur des « hypothèses préétablies » ou vérifient des théories préexistantes, Glaser et Strauss ont conçu une méthode scientifique pour extraire des théories à partir des données empiriques recueillies sur le terrain en comparant de façon récursive les données à d'autres groupes ou d'autres théories. Le processus récursif et évolutif de la démarche permet de s'adapter aux évolutions du terrain. Dans un premier temps le chercheur ne pose pas de « question centrale à proprement dite », il « essaie plutôt de découvrir les paramètres du problème ou de la situation sociale qui l'intéresse en recueillant des données sur le terrain » (Guillemette 2006). Le chercheur débute l'enquête sans revue de littérature afin de ne pas orienter son regard sur le terrain, Les recherches sur les caractéristiques des infirmières libérales et sur le smartphone ses sont déroulées simultanément avec l'enquête sur le terrain et non en amont de celle-ci. Pour faciliter le travail du lecteur, elles précèdent les résultats de l'enquête dans cette thèse. Le chercheur recueille des données et les codes assez librement puis effectue des regroupements et élabore des catégories importantes dont il décline les propriétés, les conditions, les conséquences. Il relève les cas négatifs et positifs pour étayer les propriétés. L'objectif est de développer des catégories à différents niveaux de conceptualisation et de formuler des hypothèses de portée générales variées. La phase ultime de ce processus de conceptualisation est l'intégration de l'ensemble dans un cadre théorique. Plusieurs variantes de traitement de codages ont été proposés par Glaser, Strauss et Corbin et de nombreux chercheurs

à leur suite. Dans cette thèse, je me suis inspirée de la variante de Charmaz 2014 qui reconnaît la subjectivité du chercheur.

L'analyse et la collecte de données sont simultanées, les verbatims sont codés et catégorisés, la comparaison constante des données et des analyses permet d'élaborer de la théorie à chaque étape. L'élaboration de mémos théoriques issus de l'analyse favorise l'émergence des catégories. Le risque majeur étant l'interprétation du chercheur, Paillé insistait sur l'importance de la fidélité de « l'explication théorique » à la « perspective et à la compréhension des acteurs sociaux qui en témoignent » (Paillé, 2011). J'ai donc choisi de faire relire les observations aux infirmières afin de reproduire le plus fidèlement possible leur discours.

Il est primordial de clarifier la posture de chercheur en début d'enquête, mon expérience en tant qu'infirmière et cadre de santé formatrice me permettait d'accéder à une certaine connaissance du métier, à ses codes sociaux, son langage professionnel et sa formation initiale. Cependant, ma perception des infirmières libérales était teintée de mon expérience hospitalière, des visites pédagogiques en stage et des échanges avec mes collègues libéraux. Afin de découvrir le quotidien d'une infirmière libérale et de cerner le contexte d'utilisation du smartphone, j'ai choisi d'effectuer des tournées avec les infirmières libérales. Contextualiser l'usage du smartphone dans l'ensemble des activités quotidiennes de l'infirmière libérale permet d'accéder à « une idée beaucoup plus précise des relations entre société et technique » (Vidal, 2012). Un protocole de recherche associant une observation ethnologique de tournée et un entretien compréhensif permettait de se servir du smartphone comme un microscope pour observer l'activité des infirmières. Nous avons vu dans la partie précédente que le smartphone n'est pas un simple outil de communication, il fait partie d'un plus large réseau d'acteurs humain et non-humain. Il est également un marqueur entre vie professionnelle et vie personnelle. L'objectif étant de découvrir la diversité des pratiques et les « arrière-plans sociaux et culturels » dans lesquels ils s'insèrent (Berry, 2012). Le smartphone était un acteur de l'entretien, les infirmières « décortiquaient » cet outil au cours de l'entretien en reconstituant leur journée de travail à partir du journal d'appel, des messages reçus, des e-mails et des différentes applications. Le compte rendu d'observation ethnologique permettait d'approfondir certains points ou divergence et de contextualiser la pratique dans l'environnement de travail qui est le domicile des patients mais également lors des temps de trajet.

Echantillonnage et recrutement

Les observations et entretiens se sont déroulés sur la période de juin 2017 à décembre 2019. Les critères d'inclusion étaient des infirmiers libéraux exerçant en tant que titulaire ou remplaçant sur la région Occitanie. Le recrutement sur la liste d'infirmier de la région a été aléatoire. Le critère d'exclusion était un délai de route inferieur à 1h par rapport à mon lieu de vie. Un réajustement concernant le genre a été opéré compte tenu du ratio important de femmes exerçant la profession d'infirmier libéral, deux hommes ont été inclus dans l'échantillon. Les 15 infirmières étaient âgées de 36 à 59 ans au cours de l'enquête (cf. tableau des entretiens Annexe 3). Afin de préserver l'anonymat des infirmières, leurs noms ont été modifié et la démographie des villes d'exercice est arrondie. Voici une brève présentation des infirmières libérales observées :

- Gaëtan

Gaëtan a 37 ans, infirmier depuis 15 ans, il exerce en libéral depuis huit ans dans un cabinet mixte. Il est titulaire de la tournée et a acheté récemment un local avec ses confrères. Il y a deux tournées dans deux quartiers du centre-ville d'une grande agglomération de 280 000 habitants, deux infirmiers travaillent simultanément. La tournée observée était celle du centre-ville, elle est réalisée en scooter. La relève se fait par téléphone dans cette équipe après l'envoi de la liste des patients par MMS. Gaëtan a plusieurs groupes WhatsApp avec son équipe, pendant la tournée il appelle souvent un de ses collègues qui est un ami. Il trouve que les SMS sont impolis pour un premier contact patient soignant. Il utilise le même smartphone pour un usage personnel et professionnel.

- Aurore

Aurore a 40 ans, infirmière depuis 12 ans, elle exerce en libéral depuis huit ans. Elle est titulaire de sa tournée et n'a pas d'associé, un remplaçant assure une semaine par mois. Sa tournée se réalise en voiture en milieu péri urbain mais elle se définit comme « une infirmière rurale ». Elle exerce sur deux villages de moins de 2000 habitants et dans la périphérie d'une grande ville de plus de 70 000 habitants. Elle passe la relève

à son remplaçant par téléphone ou en face à face après lui avoir envoyé un document Word en amont.

Elle a une montre connectée et a toujours son téléphone allumé en mode non silencieux, elle répond aux appels chez les patients et réciproquement réponds aux appels professionnels sur son temps personnel. Elle a un seul téléphone pour l'usage personnel et professionnel.

- Daphnée

Daphnée a 40 ans, elle est infirmière depuis 19 ans et exerce en libéral depuis 10 ans. La tournée se réalise en voiture dans une ville de près de 4000 habitants. Elle travaille avec sa meilleure amie Iris et a des remplaçantes pour certains jours ou leurs vacances. Elles sont amies avant tout et se téléphonent très fréquemment « pour le boulot et le reste ». Elles ont deux téléphones, un professionnel et un personnel. Daphnée a « le téléphone greffé » et est surnommée « la Zorro » des SMS par ses amis. Elle se dit aussi de la vielle école et se décrit comme « plutôt dans l'oralité ». Les transmissions se réalisent par téléphone avec Iris, elles sont assez courtes car une partie des informations a déjà été évoqué lors de leurs fréquents appels journaliers. D'ailleurs la relève avec la remplaçante est plus longue.

- Viviane

Viviane a 37 ans, elle est infirmière depuis cinq ans et exerce en libéral depuis deux ans. Elle est collaboratrice remplaçante dans une tournée composée de deux infirmières titulaires, elle travaille 15 jours par mois. Sa tournée se réalise en voiture dans une ville de plus de 40 000 habitants. Elle utilise son téléphone personnel et ne réponds pas pendant les soins. La relève est par téléphone mais elle tient beaucoup à l'écrit, elle a un cahier où elle retranscrit les transmissions et l'équipe et un agenda partagé où elles collent les copies de leurs e-mails. Elle utilise Messenger avec ses collègues pour converser à plusieurs. Elle joue sur son téléphone plus d'une heure par jour.

- Sérine

Sérine a 40 ans, elle est infirmière depuis 15 ans et exerce en libéral depuis sept ans. Elle est collaboratrice remplaçante sept jours par semaine dans un cabinet composé de deux infirmières titulaires et quatre jours dans un cabinet composé de trois infirmières.

Elle articule sa tournée avec son activité de professeur de Yoga certains soirs de la semaine. La première tournée se réalise en voiture dans une ville de plus de 40 000 habitants la deuxième dans une ville de 23 000 habitants. La relève est par téléphone et en face à face pour la première tournée et par téléphone, cahier de transmission et SMS pour la deuxième.

- Lola

Lola a 40 ans, elle est infirmière depuis 19 ans et exerce en libéral depuis 10 ans. La tournée se réalise en voiture en milieu rural dans une ville de plus de 3000 habitants. Elle a deux collaboratrices et un cabinet où elle me reçoit, elle réalise quelques soins à son cabinet. Elle a un seul téléphone pour l'usage professionnel et personnel. Lola se décrit comme « vieille France » car elle n'envisage pas de garder son portable pendant les soins, elle dit qu'il n'y a pas d'urgence qui ne puisse attendre 30mn. Le téléphone reste dans la voiture pendant les soins. La relève a lieu par téléphone après la dernière tournée ou dans l'après-midi avec un complément le soir par texto « quand on ne peut pas faire autrement ».

- Martine

Martine a 55 ans, elle est infirmière depuis 28 ans et exerce en libéral depuis 27 ans. Elle est titulaire de sa tournée et n'a pas d'associé mais deux remplaçantes. La tournée se réalise en voiture en milieu urbain dans deux quartiers populaires d'une grande agglomération de plus de 280 000 habitants. Une partie de sa clientèle parle peu ou pas le français. Elle travaille 10 jours dans le mois et fait « ses projets » les autres jours, Elle compte ses repos en heures et non en jour. Elle gère l'organisation de la tournée et répond au téléphone sur ses jours non travaillé car elle a un turn-over de remplaçantes. Elle a un transfert d'appel de son fixe professionnel vers son portable et un secrétariat partagé. Martine utilise le numérique mais « ne veux pas se laisser asphyxier par le portable ». Elle préfère utiliser l'ordinateur pour rédiger les e-mails.

Elle utilise plusieurs modes de communication dont WhatsApp mais préfère la relève par téléphone (où le relationnel a sa place) et celle par e-mail qui permet de trier, de s'organiser.

- Lou

Lou a 44 ans elle est infirmière libérale depuis cinq ans, elle a été puéricultrice et cadre de santé avant d'exercer en libéral. Elle est associée à 50% sur deux tournées différentes, l'observation se déroule sur la tournée de Fanny et Nora. La tournée se réalise en voiture dans une ville de 20 000 habitants. Elle a un téléphone pour l'usage professionnel et personnel. Les transmissions se font par téléphone.

- Fanny

Fanny a 50 ans, elle a été commerciale et est infirmière depuis 11 ans, elle exerce en libéral depuis huit ans. Elle est associée avec Lou et Nora, la tournée se réalise en voiture en milieu urbain (20 000 habitants). Elle a un seul téléphone pour l'usage personnel et professionnel. Elle m'explique qu'elle a WhatsApp quand elle est à l'étranger et celle de plaies et cicatrisation, elle utilise Google pour faire quelques recherches mais elle « n'est pas très famille Apple » quand elle veut aller sur Internet. Elle utilise son PC et refuse d'avoir un iPhone.

- Nora

Nora a 59 ans, elle a été éducatrice spécialisée et est infirmière depuis 20 ans, elle exerce en libéral depuis 15 ans. Elle est titulaire de la tournée et associée avec Lou et Fanny, la tournée se réalise en voiture en milieu urbain (20 000 habitants). Elle est attachée à l'écrit, aux dossiers de soin chez les patients et centralise les demandes de soins par téléphone puis les insère dans la tournée. Elle a un seul téléphone personnel et professionnel.

- Popy

Popy a 36 ans, elle est infirmière depuis 15 ans et exerce en libéral depuis quatre ans. Elle a une associée et une remplaçante fixe qui assure ses vacances et tous les

mercredis. La tournée est réalisée en voiture dans une ville de plus de 15 000 habitants et dans un quartier d'une grande agglomération de plus de 280 000 habitants. Elle a un seul téléphone à usage personnel et professionnel. La relève se réalise par téléphone.

- Carine

Carine a 37 ans lors de la première observation en 2018, elle est infirmière depuis 13 ans et exerce en libéral depuis 11 ans. Elle réalise sa tournée en voiture sur trois petites communes entre 2000 et 3000 habitants chacune, en milieu semi rural. Ils sont trois associés et deux collaborateurs mixtes. Elle décrit son cabinet comme très connecté, ils sont tous équipés d'iPhone car ils trouvent cela plus pratique. Elle a des fonctions dans un syndicat infirmier. Dans son cabinet, ils ont deux tournées, un des infirmiers bascule la ligne professionnelle sur son téléphone portable afin de répondre aux appels patients. Les transmissions se font à partir d'un document écrit envoyé par e-mail avec possibilité de s'appeler pour répondre aux questions. Ils ont différents groupes WhatsApp pour communiquer entre eux.

- Sonia

Sonia a 27 ans, elle est infirmière depuis six ans et exerce en libéral depuis un an. Elle réalise sa tournée en voiture dans une ville de plus de 6500 habitants. Elle est associée à Julie et a une collaboratrice. Elles louent un cabinet à un dentiste une fois par semaine.

- Julie

Julie a 29 ans, elle est infirmière depuis huit ans et exerce en libéral depuis cinq ans. Elle réalise sa tournée en voiture dans une ville de plus de 6500 habitants. Elles sont deux associées et une collaboratrice. Elle est équipée d'un smartphone personnel et a un smartphone professionnel pour la tournée qu'elles se transmettent chaque semaine.

- David

David a 34 ans, Il est infirmier depuis sept ans et exerce en libéral depuis deux ans. Il réalise sa tournée en scooter et casque Bluetooth connecté à son smartphone. Il exerce dans plusieurs quartiers populaires et mixtes d'une grande agglomération de plus de 280 000 habitants. Il est collaborateur dans un cabinet de deux collègues masculins et exerce à mi-temps en tant qu'expert en Plaies et cicatrisation parallèlement.

Ils ont un cabinet mais ils ne l'utilisent pas, il n'y est jamais allé. Par contre ils ont un box où un associé laisse son scooter, David y dépose les clés, les ordonnances originales et du matériel. Il maitrise les outils informatiques et son smartphone pour autant il dit être à l'ancienne et n'envoie pas de SMS quand il ne connaît pas bien le prestataire ou le médecin

Collecte des données

La première partie du protocole de recherche était une observation ethnographique des tournées des infirmières libérales. Je les ai accompagnés dans leurs tournées en voiture ou scooter professionnel, ce qui m'a permis de recueillir également des entretiens informels lors des temps de trajet ou de pause déjeuner. Au fur et à mesure de la journée je prenais des notes manuscrites dans un carnet ethnographique. Puis j'ai retranscris mes notes et observations ainsi que les entretiens informels dans un document Word anonymisé avec un code numérique. Afin d'éviter les interprétations ou les quiproquos, j'ai proposé aux infirmières de relire le document et de le corriger. Dès les premières observations, je me suis rendue compte que ma présence modifiait leur activité habituelle. Les infirmières utilisaient moins leur smartphone pour interagir avec moi ou mettaient en place des stratégies d'évitement. Carine avait, par exemple, transféré les appels entrants sur la ligne de sa collègue car elle craignait que nos échanges ralentissent la tournée. Lors des premières journées d'observation, je demandais aux infirmières de télécharger un logiciel comptabilisant leur temps d'écran et les différentes options du smartphone utilisées, afin de collecter des traces numériques de leur activité. Elles acceptaient assez facilement de le télécharger, cependant lors de l'entretien, les données n'étaient pas utilisables car elles avaient désactivé le logiciel par mégarde ou volontairement. Gaëtan évoque « la petite flèche » lui rappelant qu'il passait trop de temps sur son appareil. La deuxième partie du protocole consistait en un entretien compréhensif à distance des observations pour

pallier aux interférences dues à ma présence le jour de l'observation. Les entretiens ont été enregistrés avec l'option dictaphone de mon smartphone, ils ont duré entre 1h et 2h en moyenne. Ils se sont déroulés dans les cabinets ou au domicile des infirmières ou dans mon bureau à l'IFSI. J'ai retranscrit les verbatims sur des documents Word au code numérique lié à celui de l'observation ethnologique.

L'entretien compréhensif permet de mettre en exergue l'explication compréhensive du social par l'infirmière. Le guide d'entretien est plus souple qu'un entretien semi guidé afin de laisser de la place au discours de l'informateur, les questions sont préparées, mais elles ne sont posées que lorsque leur thème n'a pas été évoqué par l'informateur (Kaufmann & Singly, 1996). J'ai surtout utilisé des techniques de reformulation et d'explicitation afin de permettre aux infirmières de clarifier leur discours. Plutôt de travailler à partir d'un logiciel sonde, les infirmières interviewées m'ont permis d'accéder aux traces numériques du dernier jour travaillé sur leur smartphone. L'infirmière « décortiquait » avec moi son journal d'appel, ses différentes applications, ses e-mails, SMS et conversations reçues sur réseaux sociaux le jour étudié. Elle gardait le téléphone en main tout le long de l'entretien et contextualisait les activités, elle triait elle-même ce qui relevait du personnel ou du professionnel. Les notes du carnet ethnologique servaient également à « resocialiser les traces numériques » issues du smartphone (Ouakrat & Mésangeau, 2016). Une dernière triangulation était réalisée avec la consultation de l'utilisation de la batterie d'un jour « type sans présence d'observateur », elle permettait de corriger les biais liés à ma présence. Au cours de l'enquête (4^{e} entretien) le dispositif d'entretien s'est encore affiné avec la possibilité de relever l'activité sur le smartphone via l'application temps d'écran intégrée au téléphone. L'émergence d'inquiétudes sur l'addiction au smartphone (Barrault et al., 2019) et l'éclosion de concepts comme la fomophobie [4] (Przybylski et al., 2013) ont poussé les constructeurs à proposer une option temps d'écran qui identifie avec plus de précisions les utilisations de l'appareil sur une période donnée. Les entretiens se sont déroulés pendant le temps de pause déjeuner de l'infirmière et se sont souvent poursuivis ou précédés par un repas pris ensemble, temps d'échanges informels et de précisions. Les appels et messages reçus pendant l'entretien ont également été intégrés au compte rendu et analysés. L'observation ethnologique

[4]contraction de l'expression « fear of missing out » et « phobia », c'est la peur de passer à côté d'un évènement, d'une activité, l'anxiété sociale caractérisée par la peur constante de manquer une information, une expérience sociale gratifiante, enrichissante qu'ont les autres.

combinée à l'examen du smartphone ont permis d'engager la discussion sur les usages et les intentions qui les sous-tendent. Le fait que l'observation et l'entretien ne soit pas simultané a permis aux infirmières de prendre conscience de certaines de leurs pratiques et de les questionner.

Par exemple, Lola a continué à réfléchir à nos échanges informels sur son choix de laisser son portable dans la voiture lors des soins et m'a fait part de l'analyse de sa pratique lors de l'entretien. Le guide d'entretien a évolué au fur et à mesure des entretiens, les questions de départ étaient les mêmes mais il a été enrichi par de nouveaux codes ou usages découverts chez les interviewés (Annexe 5). Lorsque le code n'était pas abordé spontanément au cours de l'entretien, je leur racontais l'usage de leurs collègues, l'infirmière se positionnait et me livrait ses propres usages ou ses avis sur la question. Des précisions sur les échanges SMS avec les patients (code SMS impoli) et la manière de chercher du savoir (code savoir sur YouTube) ont été introduits après l'interview de Popy, par exemple.

Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode de la théorie Ancrée. Dans un premier temps, j'ai codé librement les entretiens puis catégorisé les codes dans des mémos (Glaser et al., 2022), la catégorisation a évolué tout au long du travail d'analyse. Les résultats ont été comparés à une revue de littérature sur les thèmes émergents. Une troisième partie de protocole de recherche a débuté au cours de l'analyse des données. J'ai utilisé un terrain d'enquête sur un réseau social afin de croiser les informations et hypothèses issues des entretiens et observations ethnologiques. J'avais adhéré au groupe « entraide infirmières libérales » dès le début de ma thèse afin de me familiariser avec les questionnements des professionnels, il était composé de 5273 membres en 2019. C'est un groupe fermé composé d'infirmières libérales et régulé par un modérateur qui est lui-même infirmier libéral. La présentation du groupe décrit les objectifs suivants : « *dans un esprit d'entraide, ce site est fait pour échanger, proposer, demander, informer, s'aider, discuter. en bonne "entente" et confraternité* » (Le Drianic & Nieto, 2019). Le groupe est destiné aux professionnels de santé, cependant il est rappelé au sujet de la confidentialité que « *en ce qui concerne les photos concernant de près ou de loin les patients (plaies,*

domicile...) avec accord (oral) ou pas, ici c'est NON, c'est un choix : pas de polémique sur le sujet, nous avons opté pour la confidentialité car même si ce groupe fermé se veut "entre professionnels de la santé" nous n'en assurons aucune garantie » (Le Drianic & Nieto, 2019).

Facebook était un réseau pertinent pour l'enquête, car la tranche d'âge des utilisateurs correspond à celle des infirmières libérales en exercice. J'ai observé les publications ou « posts » de ce groupe, durant ma thèse, afin de mieux cerner les interrogations et les usages des infirmières libérales et infirmer ou confirmer certaines des hypothèses issues de mon terrain d'observation. Je consultais ce groupe via mon smartphone mais j'ai utilisé mon ordinateur pour la collecte des données car les fonctionnalités sont plus larges avec cet outil. A partir du 17 mars 2019, je suis intervenue dans le groupe en proposant des sondages du dimanche, ce sondage se composait d'une seule question à choix multiple. Les répondants avaient la possibilité d'ajouter des commentaires et des réponses supplémentaires soumises aux autres participants en ligne, ce qui permet d'élargir ou de préciser les hypothèses émises par le chercheur. Par exemple, dans le sondage en figure 7, des infirmières ont précisé la marque de leur logiciel de transmissions sécurisé ou l'utilisation de notes vocales.

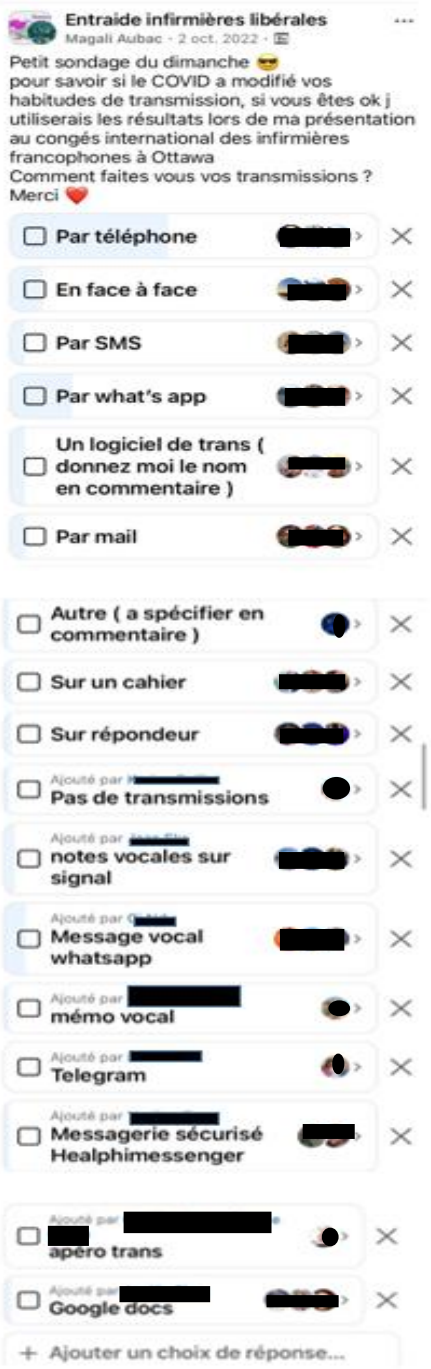


Figure 7 : Exemple de réponses ajoutées par les utilisateurs au sondage Facebook du 2/10/22

Le chercheur peut même réagir aux commentaires et demander des précisions pour affiner les réponses (cf. figure 8).



Figure 8 : Extrait d'interactions avec le chercheur dans les commentaires, sondage du 27/01/24

J'ai volontairement posé une seule question afin de respecter le format court des publications sur réseaux sociaux et de favoriser le taux de réponse. Le mode se voulait ludique par son titre « petit sondage du dimanche » et permettait de l'humour dans les commentaires. Le premier sondage sur le thème *« face à un soin technique que vous ne pratiquez pas souvent que faites-vous ?* » a recueilli 310 réponses et 22 commentaires. Le relevé des réponses a été réalisé un mois après la publication de la question et traité sous Excel afin de définir les réponses multiples et le nombre de participants réel. Les commentaires ont été analysés de façon thématique, ils ont enrichi les catégories établies lors de l'enquête de terrain. J'ai répertorié également les publications de ce groupe et effectué des recherches par mots-clés sur les thèmes de mes hypothèses.

Considérations éthiques

Plusieurs questions classiques d'éthique de la recherche se sont posées au cours de ce travail de thèse. Afin de respecter le discours des infirmières et leur consentement à la diffusion de leurs propos, les infirmières observées et interviewées ont eu la possibilité de relire et de corriger les notes de l'observation. L'anonymat et les mesures de conservation des données ont été garanties lors de la signature d'un formulaire de consentement (Annexe 6). D'autres considérations éthiques sur la protection des données personnelles et sur le consentement numérique émergent avec l'utilisation d'Internet et du smartphone (Stérin, 2018) (Crichton & Kinash, 2008). Par exemple, l'observation du groupe d'infirmières libérales sur Facebook et les sondages interroge sur la place et les devoirs du chercheur. Peut-on observer un groupe sans demander à tous de signer un formulaire de consentement ? Comment utilise-t-on les données ? Comment se présenter sur un lieu de recherche numérique ? Tous les chercheurs en sciences humaines se sont déjà posé ces questions mais le terrain de recherche virtuel ouvre des possibilités différentes du terrain réel (Arborio & Fournier, 2010) (Côté, 2012). Le réseau Internet permet au chercheur d'observer mais également de rassembler des données personnelles à l'insu de la personne via le recoupement de traces numériques, ce qui pose la question du consentement éclairé. Depuis 2018, un règlement européen définit le cadre du traitement des données personnelles (RGPD). Ce règlement pose les bases d'une protection des citoyens face aux risques d'utilisation commerciale de leurs données mais il est aussi applicable aux chercheurs. Je me suis également interrogée sur l'utilisation et l'accès aux données contenues dans le smartphone professionnel ou personnel du patient. Par exemple, l'abandon de l'utilisation d'un logiciel sonde préalablement téléchargé au profit du « décorticage du smartphone » par l'infirmière elle-même a permis à l'interviewé de contrôler et de donner son accord sur les informations transmises tout au long de l'entretien. Outre cette considération éthique, les informations données par l'infirmière sur le contexte lié à la trace numérique m'ont permis d'approfondir certains usages au cours de l'entretien. La participation et l'engagement du chercheur sur le terrain virtuel est sujet aux mêmes discussions que celles traversant la Sociologie et l'Ethnologie (Berry, 2012).

Lors de mon inscription au groupe Facebook, j'ai utilisé mon nom propre et n'ai pas pris de pseudonyme volontairement, afin de faciliter mon identification par les utilisateurs du groupe. J'ai répondu au questionnaire d'admission au groupe en tant qu'infirmière et non en tant qu'infirmière libérale. Lors des sondages, j'ai annoncé que je réalisais une recherche mais j'ai mis le côté ludique en premier plan pour obtenir plus de réponses. Au début de l'enquête, j'ai observé et peu participé, mon engagement en tant que contributeur a été limité à l'émission de sondages et à des interactions dans les commentaires pour demander des précisions sur les réponses. Afin de respecter l'anonymat des répondants, j'ai caché les pseudonymes, noms et images de profil figurant sur les copies écrans et renommé les infirmières citées. L'observation et les sondages sur les réseaux sociaux sont un outil très intéressant pour le chercheur. En début d'enquête, le chercheur s'imprègne des problématiques et des éléments de langage du groupe étudié. Au cours de l'enquête, la fonction sondage permet de trianguler les résultats des observations et des entretiens tout en donnant la possibilité d'approfondir certains points en commentaire. La possibilité de renouveler le sondage permet de s'adapter aux évolutions de l'objet et des hypothèses de recherche. Cependant, il y a plusieurs limites à cette méthode, l'échantillon de répondants au sondage est certes élargi grâce à l'interface du réseau social mais il se limite à un groupe d'utilisateurs bien défini. Les non utilisateurs des réseaux sociaux ou des smartphones ne sont pas représentés dans cet échantillon numérique, pourtant leur étude serait complémentaire à cette enquête (Bergier, 2016). De plus, observer un seul groupe virtuel peut limiter le chercheur sur les relations de pouvoir entre les membres ou avec les autres groupes. L'absence d'entretien individuel restreint la vision du chercheur au discours public des internautes sans leur permettre de le nuancer ou de l'expliciter. Le chercheur peut se retrouver captif de la vision du groupe, plusieurs auteurs nomment ce risque d'« enclicage » (Abescat et al., 2022) (Olivier de Sardan, 1995). La confrontation des résultats virtuels à ceux du terrain physique atténue le risque d'« enclicage ».

Après avoir détaillé la méthode de l'enquête, nous allons examiner ce que le smartphone révèle de l'activité de l'infirmière libérale.

Partie 3. Les infirmières libérales et le smartphone

3.1 L de Libéral

Près de 80% des infirmières sont salariées d'une institution ou d'une association, cependant qu'est-ce qui pousse les infirmières à choisir un mode d'exercice libéral ? Dans la seule étude approfondie sur les infirmières libérales, les auteurs avaient identifié « un goût de l'indépendance et un rapport particulier à l'espace-temps professionnel et personnel » de ces soignants (Vilbrod & Douguet, 2006). Ces caractéristiques se retrouvent-elles dans le quotidien numérique des infirmières libérales de nos jours ? Quelles sont les différences et les similitudes entre les infirmières libérales et salariées ? Le smartphone nous permet-il de sonder le côté libéral de l'infirmière ? Dans la première partie de cette thèse nous avons constaté que le revenu des infirmières libérales est nettement supérieur à celui des infirmières salariées, pourtant c'est la volonté de s'émanciper de la hiérarchie hospitalière et « des lourdeurs administratives » qui est le premier facteur de motivation exprimé par les infirmières libérales observées. Les établissements de santé *« en tant que lieux de travail, réunissent en effet une grande variété de niveaux de qualification et balaient tout le spectre des catégories socio-professionnelles* »(Jounin & loup Wolff, 2006). Les relations de travail sont codifiées, la profession joue un « *rôle central* » dans l'établissement des rapports de travail hiérarchiques (Jounin & loup Wolff, 2006). Une injonction de traçabilité des actes réalisés, des outils de contrôle et des protocoles issus de la certification s'ajoutent à ce cadre très structuré (Douguet & Munoz, 2005). Ces tâches « administratives », sans contact direct avec les patients sont ressenties par les soignants comme une augmentation de leur charge de travail (Seferdjeli & Terraneo, 2015). Lou a quitté son poste de cadre de santé à l'hôpital, pour devenir infirmière libérale, afin d'« *arrêter de porter un masque* » et de pouvoir prendre des décisions conformes à ses valeurs, elle cherchait « *plus d'autonomie et moins de hiérarchie* ». La collègue de Popy précise qu'elle travaille en libéral « *pour ne pas avoir de patron qui contrôle derrière moi* ». L'infirmière libérale est un travailleur indépendant, sa qualité de vie et sa rémunération dépendent de ses choix en tant que chef d'entreprise. Le soin au patient n'est que la face visible du travail infirmier, de nombreuses tâches indirectes sont indispensables à sa réalisation.

Une aide logistique pour acheminer le matériel et gérer le stock, un secrétariat pour la prise de rendez-vous, un service formation pour veiller à la mise à jour des compétences, une unité d'hygiène, de la maintenance informatique, un juriste, un service informatique, un service de comptabilité et de facturation … Dans un hôpital ces taches sont partagées entre différents professionnels, au domicile l'infirmière doit jongler avec ces différentes fonctions pour réaliser le travail afférent aux soins voire sous-traiter certaines tâches. Ce rôle de « chef d'entreprise » dont les compétences ne sont pas enseignées à l'institut de formation est indispensable au travail libéral. Selon le statut de l'infirmière, il sera plus ou moins exercé dans sa totalité. Les titulaires réaliseront l'intégralité des tâches, les remplaçants n'exerceront qu'une partie variable de ce rôle selon les cabinets et reverseront une compensation.

Infirmière libérale, une cheffe d'entreprise connectée

A l'instar des infirmières hospitalières, les « libérales » nomment les tâches non liées au soin direct des patients : « le travail administratif ». Il est composé d'activités peu visibles et peu valorisées. Dans sa thèse, Louise Michel a ouvert la boîte noire du travail administratif des infirmières hospitalières américaines et françaises. Elle a identifié six activités principales : « la coordination des activités et des examens », la traçabilité dans les dossiers du patient, les transmissions, les commandes de matériel, le « management des flux de patients », le « reporting et le suivi des indicateurs » (lucie Michel, 2017) . Les formalités d'entrée et de sortie, la gestion des flux de patients ainsi que la recherche de lits ou de place en aval du soin sont partagées ou assumées par d'autres professionnels comme les cadres de santé ou les secrétaires. En libéral, le travail administratif se compose également du travail de facturation, de la comptabilité et de la gestion du cabinet. Nous allons étudier plus précisément ces deux activités, les transmissions et de la coordination feront l'objet de parties spécifiques dans la suite de cette thèse.

- #### Faire sa comptabilité et « le travail de facturation »

En établissement de soin, les infirmières ne facturent pas directement au patient ou à la sécurité sociale les actes réalisés, ce travail est réalisé par un service spécifique lors des formalités administratives de sortie.

Afin d'être rémunérées les infirmières libérales envoient une cotation des soins réalisées pour le patient à la CPAM, leur rémunération mensuelle dépend de cette tâche chronophage. La cotation des actes est un exercice très complexe, chaque acte éligible au remboursement est répertorié dans un document de 206 pages nommé la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Il y a les Actes Infirmiers de Soins (AIS) qui relèvent du rôle propre infirmier et les Actes Médicaux Infirmiers (AMI) qui sont des actes techniques soumis à la prescription médicale (cf. annexe 7) (Assurance Maladie, 2023a). Des forfaits de dépendance, l'élaboration d'une démarche de soins infirmiers et des majorations pour acte unique, de nuit ou de dimanche et jours fériés, par exemple, peuvent s'ajouter à la cotation des actes réalisés. Enfin, si plusieurs actes sont réalisés au cours de la « *même séance* » l'article 11 de la NGAP spécifie que « *l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre. Le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient »* (Assurance Maladie, 2024). La cotation n'est pas une simple addition des prestations réalisées mais demande un travail de codage et une interprétation subtile des actes répertoriés. Seuls les infirmières ayant un agrément avec la CPAM facturent les soins, l'infirmière titulaire de sa tournée télétransmet les soins de sa remplaçante. Certaines titulaires prélèvent un pourcentage pour ce travail ou obtiennent une compensation de la part des remplaçantes. Plusieurs logiciels de soin permettent de simplifier le travail de codage des actes, Popy par exemple participe à l'abonnement de la titulaire au « *logiciel, c'est 300 euros par mois* ». Le paiement peut se réaliser en nature, Viviane réalise une demi-journée non rémunérée par semaine, pour compenser le temps passé sur la facturation par la titulaire. La facturation est souvent réalisée sur leurs jours de repos ou pendant le temps de pause de l'après-midi. Dans un premier temps, l 'infirmière récupère et scanne les ordonnances de tous les patients, tient à jour un listing des soins réellement effectués, attribue la cotation correspondante puis les télétransmet à la caisse primaire d'assurance maladie. La plupart des infirmières observées utilisent leur smartphone pour photographier les ordonnances ou les scanner mais préfèrent un ordinateur pour la télétransmission. Daphnée dit que le numérique a simplifié le rapport avec les tutelles « *par exemple tous les mois on télétransmet nos factures. Malgré ça, quand j'ai commencé il y a 10* ans*, il fallait imprimer tous les bordereaux de télétransmission et envoyer une photocopie de l'ordonnance pour chaque patient. Donc pour les patients au long cours, tous les mois tu imprimais ; il y en a à la CPAM, à la RAF à la RMN NMESA.*

Outre les timbres et les lettres, tu passais une plombe à faire ça. Une ordonnance, tu la photocopiais je ne sais combien de fois. J'avais compté, je passais presque 1h à imprimer, à agrafer, photocopier puis à les envoyer, plus les coûts en timbre. Maintenant quand tu télétransmets ta facture, tu as la numérisation de l'ordonnance qui part en même temps. Et encore je n'ai pas connu l'époque où tu devais taper à la main toutes les fiches de soin ». Le smartphone intervient aussi lors de la transmission du listing des actes et des patients entre infirmières. Aurore envoie un e-mail, Lou envoie par MMS une photographie de sa liste manuscrite et Lola dicte la liste par téléphone, lors des transmissions. Au cours des observations tous les infirmières ont été sollicitées par des « *SMS de facturation* » lors de leur tournée. L'infirmière qui réalisait son travail de facturation demandait à sa collègue des précisions sur les soins, sur les dates de réalisation ou un envoi des ordonnances ou des cartes vitales. Le smartphone sert également à communiquer avec les patients et les médecins. Certaines infirmières proposent aux patients qui n'ont pas l'ordonnance le jour de la visite de leur envoyer par MMS ou par e-mail. Il n'y a pas de remboursement de soins sans prescription médicale, comme le dit Viviane « *l'infirmier court souvent après le renouvellement de l'ordonnance* ». Nous étudierons dans la partie concernant les interactions avec les médecins les différents moyens de les contacter via les fonctionnalités du smartphone. Les infirmières utilisent aussi leur smartphone pour la traçabilité des pièces transmises à la CPAM et vérifient l'encaissement des sommes encaissées car selon Popy la télétransmission « *a des loupés* ». La CPAM peut demander le remboursement des sommes versées si elle estime qu'il y a une erreur de cotation ou des pièces non conformes (ordonnance raturée par exemple). La tutelle réclame le paiement des soins indûment payés nommés par les infirmières libérales « les indus ». L'infirmière doit alors reprendre tout le dossier, justifier de son activité et de la cotation réalisée sous peine de devoir payer une amende. David conserve les ordonnances originales (papiers) dans le local du cabinet mais garde une copie dans son smartphone qu'il transfère dans son ordinateur pour la « *traçabilité* » et la gestion de ces situations. L'archivage des infirmières libérales observées est souvent mixte, constituée d'ordonnances papiers, de scans et de photos sur leur téléphone portable. Les infirmières utilisent plusieurs artefacts technologiques, elles vont « ruser », « braconner », adapter leurs usages à leurs préférences personnelles et aux fonctions de l'objet. Dans son livre « l'invention du quotidien », Michel de Certeau étudie les tactiques de détournement des usages quotidien (Certeau & Giard, 2010).

Il oppose la stratégie de ceux qui détiennent le pouvoir à la tactique des individus. Les autorités, les institutions, les producteurs de sens définissent des stratégies, un cadre et des usages. Le citoyen, le consommateur a la possibilité de « ruser » et de « braconner » ce qui lui semble utile. Il devient alors un tacticien qui s'adapte aux « possibilités qu'offre un instant » (Mboukou, 2015).

- La gestion du cabinet

Le travail administratif n'est pas composé uniquement de la facturation, quel que soit leur statut, les infirmières doivent prévoir et gérer les différents prélèvements liés à leur activité. Popy a des applications sur son smartphone pour les prélèvements URSAFF et de retraite ainsi que la banque de son compte professionnel. Gaétan utilise une application répertoriant ses notes de frais et sauvegardant les justificatifs qu'il transmettra à son comptable en vue de la déclaration d'impôts. En tant que cheffe d'entreprise, les infirmières libérales sont démarchées téléphoniquement par de nombreux prestataires commerciaux. Les infirmières ont exprimé une forme de « *harcèlement* » de la part des assureurs et des organismes de formation. Les fonctions de répondeur et de filtrage des numéros du smartphone sont utilisées par tous les infirmières observées. Une des premières mesures de protection est d'identifier les numéros susceptibles d'être des démarcheurs et en les enregistrant afin de les bloquer. Julie les différencie des numéros des patients car « *tous nos patients depuis des années sont enregistrés, même les anciens. On ne supprime jamais les numéros et puis les gens ne changent pas de numéros de fixe ici. Donc même si c'est un patient ancien le nom s'affiche. Les nouveaux, c'est un numéro un peu plus cohérent un 06 ou un 04 67 et puis là bien sûr on répond, les nouveaux patients laissent un message en disant bonjour j'ai besoin d'une prise en charge pour... Merci de me rappeler au... donc forcément ce n'est pas un patient. ».* L'appelant choisit le moment de son appel mais l'appelé le subit. Une autre mesure de protection est de laisser systématiquement basculer l'appel sur le répondeur, la communication devient asynchrone et l'utilisateur choisit le moment où il va consulter le répondeur (Mercier Pierre Allain, 1997). L'infirmière reprend la maîtrise sur l'appel qui était vécu comme une agression. En différant la réception de l'appel ou en le filtrant l'infirmière reprend le pouvoir sur l'interaction (Jauréguiberry, 2003). Enfin les infirmières libérales ont l'obligation d'avoir un local aux normes pour recevoir les patients.

Certaines infirmières comme Lou, Nora et Julie louent un local à un autre professionnel, d'autres ont investi dans l'achat immobilier d'un cabinet et se sont associés ou non en société.

Gaëtan et Carine ont des groupes WhatsApp dédiés à la gestion de ce patrimoine dont les remplaçants sont exclus. Ce groupe leur permet diviser les informations relatives au rôle d'associé tout en sélectionnant les membres destinataires. Nous étudierons, dans la partie transmission, l'utilisation de WhatsApp pour les échanges, de données relatives aux patients, entre pairs.

Nous avons étudié une des composantes du travail administratif spécifique à l'infirmière libérale au travers du smartphone mais avant de facturer des actes, il faut les produire. Être chef d'entreprise, c'est gérer l'activité en équilibrant le coût, la charge de travail, et la rémunération. Selon l'INSEE, « L'entreprise est la plus petite combinaison d'unités légales qui constitue une unité organisationnelle de production de biens et de services jouissant d'une certaine autonomie de décision, notamment pour l'affectation de ses ressources courantes » (INSEE, 2019). L'infirmière libérale exerce cette autonomie en sélectionnant sa patientèle, une « *base de patient qui assure un salaire correct* » comme le nomme Popy. C'est souvent l'infirmière titulaire de la tournée qui gère la sélection des patients et la facturation. Dans les cabinets composés de plusieurs titulaires c'est souvent la plus ancienne qui assure cette gestion de la « base » et chaque infirmière réalise sa propre facturation.

Choisir sa patientèle, le pouvoir du libéral

La sélection de la patientèle se réalise dès le premier contact du patient qui sollicite une intervention de l'infirmière via un appel téléphonique, un SMS ou un e-mail. L'infirmière peut refuser un soin mais doit proposer au patient un collègue pour assurer la prise en soins. A l'hôpital, ce type de tri se réalise lors de l'entrée aux urgences. De nombreux auteurs ont démontré que les soignants interagissaient avec les patients selon « une trame évaluatrice interne » (Dodier & Camus, 1997a) (Sudnow, 1967) (Glaser & Strauss, 2017). Nicolas Dodier et Agnès Camus se sont intéressés à ce travail évaluatif des patients au moment de la demande d'admission entre les urgences et un service de soins. Ils ont démontré que les critères médicaux n'étaient pas les seules valeurs mobilisatrices pour les soignants (Dodier & Camus, 1997b).

Nous allons comparer les valeurs mobilisatrices identifiées par les auteurs aux urgences avec celles exprimées par les infirmières libérales, lors de l'acceptation ou non d'un patient dans la patientèle.

A l'hôpital, Nicolas Dodier définit « *une valeur mobilisatrice budgétaire du patient »* qui correspond à « *ce que le patient représente aux yeux du personnel, en terme de coûts à intégrer dans les calculs et les demandes de budget »* (Dodier & Camus, 1997a). Gaëtan parle de « *patient rentable* ». Ce type de patient nécessite des soins techniques valorisés par la NGAP et donc fortement côtés comme des perfusions ou des chimiothérapies. A temps de soin équivalent, l'infirmier est mieux rémunéré avec ce type de patient. Le patient *« près* » des autres patients de la tournée est également prisé car il permet d'optimiser le temps de transport même si ses soins ne sont pas très lucratifs. Le « *patient rentable* » et le « *patient près* » sont la variante libérale de la valeur mobilisatrice budgétaire observée à l'hôpital par Nicolas Dodier. L'activité de l'infirmière libérale est localisée dans un secteur géographique restreint où la concurrence peut être importante, la réputation est essentielle pour les infirmières libérales interrogées. Elles fidélisent leur clientèle en acceptant systématiquement leurs anciens patients et dans la mesure du possible comme Popy avec le *« patient conseillé par un autre patient de la tourne* ». Cette sélection de patient conseillés ou déjà connus permet de maintenir la réputation, cela demande un effort sur le court terme mais c'est un investissement pour une fidélisation de la clientèle sur le long terme. Ce type de fonctionnement est également observé à l'hôpital, il n'est pas inscrit dans des textes mais les services se doivent d'accueillir un patient déjà pris en soins par le passé. Cette sorte d'obligation morale semble se poursuivre en médecine de ville.

Une autre valeur mobilisatrice est « *la charge de soin* », qui correspond à « *tout ce qui se réfère à l'ampleur des moyens qu'il faut mobiliser dans un service pour administrer des soins à un patient »* (Dodier & Camus, 1997a). La charge de soin peut être liée au degré d'autonomie du patient, à la quantité de soins nécessaire mais aussi à son caractère conciliant ou à l'ampleur de l'accompagnement psychologique nécessaire. Pour l'infirmière libérale cette charge de soin définit le temps qu'elle passera auprès du patient et donc celui qu'elle accordera aux autres patients de sa tournée. Chaque infirmière établit un ordre de passage chez les patients en fonction des horaires liés au soin, de la localisation du patient dans la tournée et de ses contraintes personnelles.

Le nouveau patient doit pouvoir être intégré dans la tourne existante sans modifier l'horaire des autres patients.

Afin de préserver l'équilibre de la tournée et leur énergie, les infirmières libérales sont attentives au ratio des soins de nursing et des soins techniques. Les soins de nursing des personnes âgées sont souvent des soins de longue durée, c'est un véritable engagement physique et psychologique pour l'infirmière car l'état du patient évolue avec le temps vers les soins palliatifs. Les infirmières les appellent des « *soins lourds* », en référence à une charge en soin plus importante. Contrairement à l'hôpital, l'âge n'est pas forcément un facteur démobilisateur car les patients âgés sont des patients chroniques, qui vont assurer une rémunération stable qu'elles nomment la « *base* » de tournée. Cependant, les soins de nursing sont chronophages et peu valorisés par la NGAP, les infirmières limitent donc leur proportion dans la tournée. Les soins techniques, mieux rémunérés, sont souvent des soins de courte durée liés à une pathologie aigue. Peu d'infirmières ont uniquement une clientèle de soins techniques car cela nécessite en amont un réseau de connaissances (prestataire ou hospitalier) qui adresse les patients de manière régulière. En effet, le flux de patient doit être important pour compenser le turn-over de prise en soins de courte durée. Enfin, certains soins doivent être réalisés avant le début de la tournée ou plus tard dans la soirée. Les infirmières libérales ne peuvent pas accepter ces nouveaux patients sans modifier leur amplitude horaire et donc leur organisation personnelle. Les infirmières refusent alors souvent le soin, à l'instar de Viviane qui oriente le patient vers une autre infirmière quand sa tournée est « *trop lourde* ». La charge de soin peut également être psychologique. Le « *patient pénible* » est redouté, c'est un patient ou une famille qui a de nombreuses réclamations, la visite à domicile prend plus du temps. La patiente de Popy « *est lente et sa fille l'écoute beaucoup trop, elle est très en demande* », cette patiente peut la mettre en retard dans sa tournée. L'infirmière peut décider de refuser « *le patient pénible* » suite à sa première évaluation par téléphone ou sur place. Parfois, il fait une exception si le patient a des soins rentables ou si la tournée est déficitaire, la valeur budgétaire va primer sur la charge de soin psychologique. A l'opposé, les infirmières assouplissent leurs règles de tri par zone géographique pour le « *patient gentil* » ou le « *patient chouchou* ». Pour Popy, « *même si la zone n'est pas rentable, on fait l'effort* ». Lou laisse son téléphone dans sa voiture lors de la visite du « *patient chouchou* », elle passe plus de temps à discuter sa femme et lui.

Elle « *prend du plaisir »,* les *« échanges* » sont *« plus personnels* ». Toutes les infirmières observées ont un « *patient chouchou* » auquel elles rendent plus facilement des services qui dépassent leur devoir professionnel. Le « *patient pénible* » et « *le patient chouchou* » sont les deux extrêmes de la valeur mobilisatrice charge des soins, leur prise en soin implique l'infirmière émotionnellement et allège ou alourdit sa charge mentale. Le coût pour la soignante n'est plus budgétaire mais psychologique.

Dans un autre article sur l'hospitalité à l'hôpital, Nicolas Dodier avait identifié une réponse contrastée face aux demandes sociales des usagers des urgences, une mobilisation différenciée des « *urgences sociales* »(Dodier & Camus, 1997b). Pour certains professionnels de santé, l'« urgence sociale » est liée à la valeur historique d'hospitalité de l'hôpital. Mais pour d'autres soignants, l'hôpital est un lieu de soin et non d'accueil social. Au domicile les demandes dépassant le cadre professionnel soignant sont nombreuses. Certaines infirmières libérales sont sensibles à la situation d'isolement social du patient, elles vont vérifier le fonctionnement de la chaudière, descendre une poubelle, faire chauffer un repas… Ces actions individuelles peuvent provoquer des discussions entre les infirmières d'un même cabinet, certains argumentant un côté « *social* » de la profession et d'autres des demandes exponentielles des patients et un désengagement des familles. De même certaines infirmières énoncent une autre obligation morale envers les patients : la responsabilité d'accepter « *le patient qui a déjà essayé de contacter de nombreuses infirmières* ». Popy dit avoir conscience des difficultés des patients à trouver une infirmière et accepte ces patients « *pour rendre service si le soin est ponctuel* ». D'autres comme Gaëtan se sentiront moins concernés et donneront le numéro d'une autre infirmière ou ne répondront pas en argumentant qu'« *on est plein* ».

La sélection de la patientèle d'une tournée d'infirmière libérale a de nombreuses conséquences sur les conditions de travail, de vie et sur les revenus de l'ensemble des infirmières du cabinet. Ce choix détermine aussi la charge de travail de la tournée qu'elle soit émotionnelle (patient en fin de vie, patient pénible) ou physique (patient nécessitant une aide à la mobilisation, au levé). La vie privée des infirmières est directement liée aux horaires de début et de fin de tournée et aux éventuelles sollicitations en dehors des temps de tournée.

Le choix de la patientèle peut être lié à une philosophie de cabinet. Nora sélectionne des patients aux problématiques « sociales » et peu de soins techniques, Gaëtan préfère les soins techniques qui sont plus rentables. La sélection se réalise dès le premier appel, dans certains cabinets, un jeu de pouvoir s'opère au travers de leur smartphone.

Une infirmière impose ses choix et ses valeurs mobilisatrices en centralisant la réception des appels. Aurore affirme cette position en disant « *c'est mon entreprise, c'est mon bébé, je suis la femme de tête et c'est ma façon de penser, de garder le contrôle* ». Elle est titulaire de sa tournée et ne souhaite pas que son remplaçant donne son numéro de téléphone aux patients car « *il travaille sous mon nom, il donne son numéro quand il travaille sur plusieurs jours d'affilée pour éviter que ça repasse par moi, mais c'est très rare qu'on le contacte à lui ».* Aurore dit *« c'est moi qui gère tout et qui centralise tout et ça me va très bien. Je veux tout savoir ».* Comme Martine ou Nora, elle contrôle la sélection des patients selon ses valeurs mobilisatrices. Dans le cabinet de Gaëtan, les infirmiers sont tous titulaires et décident des prises en charge sur leur groupe WhatsApp. Gaëtan me dit :*« Normalement on fait tous pareil, on pense pareil. Il vaut mieux une tournée avec moins de patients pour avoir de la place quand un prestataire nous adresse un gros patient. Imagine le nombre de toilettes à 18 euros qu'il faut faire pour une prise en charge (de soins techniques) de dix jours à 150 euros par jour ».* Le fonctionnement semble démocratique, l'application de messagerie WhatsApp permet à tous d'être informés et de donner leur avis. Cependant, le jour de l'observation, Pascal l'infirmier le plus ancien de la tournée de Gaëtan a fait différemment. Le numéro de téléphone de Pascal est le premier sur la carte de visite du cabinet répertoriant la liste des infirmiers et leurs coordonnées. Il est souvent sollicité et accepte parfois des prises en soin sans consulter ses collègues au préalable. Le jour de la tournée, Gaëtan se rends chez une nouvelle patiente âgée pour une glycémie capillaire et une insuline. Il est en colère contre Pascal qui *« accepte n'importe qui sans évaluer d'abord, nous on évalue toujours. La rue de la patiente n'est pas accessible en moto…* Gaëtan me dit *« pour sept euros ce n'est pas possible ».* David est remplaçant sur une autre tournée dont le titulaire accepte aussi tous les patients sans évaluation au préalable, notamment des patients éloignés géographiquement de la tournée. David et son collègue ont trouvé des ruses.

Ils détournent les appels des patients en donnant leur propre numéro de téléphone et mettent fin aux prises en charge problématiques. Le smartphone devient objet de ruse, il ne modifie pas les valeurs mobilisatrices des infirmières libérales qui sont assez similaires à celles des hospitalières. Il amplifie le pouvoir de l'infirmière qui réceptionne l'appel du patient. Nous pouvons faire l'hypothèse que les valeurs mobilisatrices sont acquises pendant la formation, l'exercice hospitalier précédant l'exercice libéral.

Les mêmes conflits de valeur opposent les infirmières et malgré un exercice libéral soumis aux lois du marché, elles expriment aussi des obligations morales envers les patients ayant des problématiques sociales. Une seule valeur mobilisatrice a été peu observée lors de l'enquête : la valeur « d'intérêt intellectuel ». Nicolas Dodier constatait que les patients hospitalisés atteints de pathologies non communes pouvaient fédérer l'intérêt des soignants, et notamment des médecins, en vue d'une rédaction d'article par exemple. On peut supposer que les infirmières libérales qui décident de reprendre des études universitaires pour devenir IPA ou obtenir un diplôme d'université en plaies et cicatrisation par exemple, peuvent avoir une valeur d'intérêt intellectuel mobilisatrice. Mais en l'absence d'études et de publications d'infirmières libérales dans la littérature professionnelle, il est difficile d'établir une corrélation entre cette valeur et l'exercice libéral.

En résumé

De nombreuses tâches administratives sont devenues essentiellement numériques, le smartphone rend visible le travail administratif de l'infirmière libérale notamment son activité de facturation. Les infirmières utilisent le smartphone dans un réseau hybride d'artefacts. Elles vont « bricoler » et adapter leurs usages aux possibilités de chaque artefact et à leurs préférences personnelles. Le smartphone met à jour les interactions entre infirmières libérales mais également les rapports de pouvoir entre pairs. Il amplifie, par exemple, le pouvoir de sélection de la patientèle selon les valeurs de l'infirmière qui réceptionne le premier appel du patient. Dans le prochain paragraphe, nous allons explorer plus précisément les relations soignant-soigné à travers le prisme du smartphone.

3.2 Du premier contact patient aux ajustements du quotidien

Traditionnellement, les patients communiquaient avec les infirmières par téléphone ou en face à face, mais le smartphone donne aussi la possibilité de communiquer par SMS, sur les réseaux sociaux et par e-mails. Que dit le smartphone de ces relations ? La technologie a-t-elle modifié les règles de politesse, les codes sociaux, les relations de pouvoir ou la présentation de soi à l'autre ?

Les débuts de la relation de soin et le « SMS impoli »

Les infirmières observées ont toutes échangé des SMS avec certains patients, cependant, l'établissement de cette relation semble plus complexe qu'il n'y paraît. Pour Martine, Gaëtan, Popy et Daphnée *« Les SMS c'est quand on connaît les patients, jamais au premier abord »*. Le discours de Daphnée est caractéristique des propos recueillis sur la première demande de soin par SMS : « *je n'aime pas, que ce soit pour un soin de nursing ou technique, je déteste les textos, je trouve que ce n'est pas poli, c'est con peut-être, mais j'ai horreur de ça* ». Elle préfère un contact téléphonique qui lui permet d'évaluer « *le motif de l'appel* ». Selon Daphnée, les patients « *vont dire j'ai besoin de piqure* » mais un soin infirmier ne se résume pas qu'à un acte, elle s'interroge : « *mais quoi comme piqure ? Savoir si c'est un Lovenox, si ça a déjà été fait ou pas, pour le mettre sur le créneau du matin ou de l'après-midi. Si c'est un corticoïde, je viendrais le matin. Savoir le pansement, de quand date le dernier* ». Le premier contact avec le patient est un moment crucial de la prise en soin, les informations recueillies serviront à incrémenter le recueil de données du patient et seront la base du raisonnement clinique infirmier. Les données seront organisées pour renseigner les concepts fondateurs des sciences infirmières : la personne, l'environnement, la santé et les soins. Ces concepts constituent le « métaparadigme » des sciences infirmières décrit par Fawcett (Fawcett, 1984). Le premier contact est l'occasion de recueillir des informations cliniques, pratiques et organisationnelles ainsi que de faire le point sur le soin prescrit et les attentes du patient. Daphnée, comme les autres infirmières, réalise un recueil de données différent si les soins relèvent du « *nursing ou si c'est technique. Si c'est du nursing je vais prendre plus de temps pour les habitudes de vie, le degré d'autonomie, le médecin traitant… si c'est juste des injections ou des pansements : de quoi ils ont été opérés ? le dernier pansement, la dernière injection, où ils habitent* ? ».

Le recueil des habitudes du vie décrit par Daphnée est l'application concrète de la théorie des soins infirmiers de Virginia Henderson. Ce modèle permet d'évaluer les besoins des patients et leur niveau de satisfaction, afin d'établir un plan de soins (Henderson et al., 1978). Au cours des observations, les infirmières libérales vont mobiliser plusieurs autres théories de soins infirmiers sans les nommer : l'« Human Caring » de Jean Watson, les « modes fonctionnels » de Marjory Gordon, le « modèle d'adaptation » de Callista Roy…

En récoltant des informations et l'histoire de la maladie du patient, l'infirmière contextualise le soin dans la trajectoire du patient et commence la démarche du raisonnement infirmier. Au cours de l'échange, elle réalise une analyse clinique en articulant les données recueillies avec ses connaissances scientifiques et académiques. Plus qu'un recueil de données, c'est une « construction de données » qui est à l'œuvre (Lecordier, 2022), l'infirmière classe les données recueillies et commence à élaborer des hypothèses de diagnostic infirmier. La conversation téléphonique, par son aspect synchrone, permet de préciser le contexte et la prescription. Lola dit que le SMS est **«** *moins intrusif qu'un coup de fil car tu déranges moins, mais je trouverais ça bizarre car j'ai quand même besoin d'entendre la voix de la personne. Tu prends la température. Tu reçois un texto d'un patient qui te dis : il faut que vous veniez pour changer mon pansement. Il ne va pas s'étaler ou t'envoyer un truc avec toute son histoire. Alors qu'au téléphone en une minute, tu peux savoir de quoi il a été opéré, qu'est ce qui lui est arrivé ? Où est le matériel ? Où il habite ? ».* Julie demande au patient « *pourquoi ils ont besoin de nous ? s'ils ont une ordonnance. Ce n'est pas le truc réfractaire, s'ils n'en ont pas on y va quand même, mais ça nous permet de savoir exactement ce qu'il y a écrit sur l'ordonnance. On leur demande leur adresse, leur numéro de téléphone, savoir à partir de quand ils ont besoin, et puis on convient d'un horaire, puis voilà je crois que c'est tout ».* Les premiers échanges permettent de recueillir des informations cliniques et organisationnelles indispensables au soin. Pour Lola, l'activité à domicile nécessite aussi certaines informations *« pratiques parce que des fois on arrive dans des endroits où il n'y a pas de sonnette, le portail est fermé ».* Une partie des informations pourraient être récoltées par SMS, mais le téléphone permet d'obtenir des informations paraverbales. On peut entendre la présence d'un chien qui aboie, un enfant qui pleure ou recueillir des informations cliniques comme la toux du patient.

Ces données secondaires complètent le recueil verbal et permettent à l'infirmière de poser des questions. Lola dit qu'une conversation téléphonique *« ça prend deux minutes, ils ne se rendent pas compte qu'ils sont interrogés comme ça ».* Daphnée préfère l'appel au SMS car « *leur poser ces questions par texto, ça en fait au moins 20, alors que par téléphone tu en as pour 20 secondes* ». Par contre, le SMS laisse une trace écrite, Daphnée l'utilise comme aide-mémoire, en complément de la conversation. Par exemple, le patient lui envoie son adresse si elle « *n'a pas de quoi noter lors de l'appel* ».

Outre le recueil de données, le premier contact est le début de la relation de soin, l'infirmière pose le cadre en transmettant des informations sur le fonctionnement du cabinet ou les horaires de soins. Lola me dit « *je suis sûre que je gagne du temps et de la confiance et de la sympathie, de la fidélité quoi* ! ». Elle fait une analogie entre le premier contact téléphonique et la rencontre amoureuse, elle dit ce *« premier rendez-vous, il faut le séduire le patient. Il faut que quand tu vas arriver, il soit déjà en confiance ».* La confiance est primordiale dans la relation de soin, elle est la base du lien social qui lie les deux protagonistes (Haberey-Knuessi & Obertelli, 2017). La relation de soin peut durer des années pour certains patients, lorsque la première demande de soin est réalisée par SMS certaines infirmières parlent d'« impolitesse ». Daphnée dit que : « *déjà qu'il y a une notion marchande, en termes de chiffre d'affaire dans notre métier. On n'est pas des médecins avec qui tu prends rendez-vous sur Doctolib. Si tu ne prends pas le temps de m'expliquer la toilette au téléphone, je ne vais pas en prendre pour faire un soin. On est déjà assez numérique comme ça. En bref si je reçois une demande de toilette par SMS, c'est sûr que je dis non* ». Elle décrit le SMS comme un moyen de communication automatisé, alors que l'appel téléphonique reste personnalisé « *ça ne me viendrait pas à l'idée d'envoyer un SMS à quelqu'un pour lui dire coucou vous pouvez passer me faire une piqure ? Je ne sais pas te dire qu'est ce qui t'empêche de me téléphoner si tu as besoin de soin. Je ne comprends pas sinon c'est me considérer comme un robot. Hop, tu envoies un texto, tu envoies dix textos à dix infirmiers libéraux et tu attends la première qui te répond [...] Non je n'aime pas. On fait un métier personnel je trouve, un métier humain ».* Popy ajoute la notion « *de manque de respect* ». Daphnée est circonspecte face à une demande par e-mail : *« c'est pareil, encore moins, même pas je réponds. Je me demanderais si c'est un fake, si je me suis fait pirater ma boîte* ».

Pourtant, si la demande concerne un soin ponctuel plus technique, la position de Daphnée évolue : *« car je n'ai pas grand-chose à demander et je vais peut-être rappeler, mais peut être* ». Les soins techniques sont souvent des soins de courte durée prescrits pour un temps défini, ils s'intègrent assez facilement dans la tournée déjà existante. Les soins de nursing sont plus longs et s'inscrivent sur une longue durée, parfois jusqu'au décès du patient. Ils demandent un engagement émotionnel et physique de l'infirmière plus important que les soins techniques, ce qui pourrait expliquer la réflexion de la professionnelle avant d'accepter ce contrat de soin à long terme. Lorsque l'infirmière a un doute sur l'acceptation d'un soin de nursing, elle se déplace au domicile du patient pour analyser la situation. Popy dit : « *quand on voit qu'il n'y a pas trop de difficultés on accepte (une douche) mais quand on a l'impression qu'il y a anguille sous roche, soit on refuse, soit on y va, et on voit* ». Le patient devient un « patient chronique » autour duquel le reste de la tournée s'organise. Daphnée compare les soins de nursing à un mariage « *tu sais que tu vas les avoir longtemps. Il faut que le contact passe bien. Des fois au début c'est difficile, car ils n'ont pas l'habitude. Mais si d'entrée de jeu ça ne passe pas, ça peut être compliqué après. Il y en a qui sont un peu réticents mais pas forcément désagréables* ».

D'autres infirmières comme Julie et Sonia ont un autre usage des communications par SMS : *« ça ne me fait pas du tout le même effet. Non... de toute façon je rappelle après derrière. Après s'ils ne répondent pas et qu'ils fonctionnent que par SMS, je trouverais ça un petit peu étonnant en effet. Ça peut être le petit fils qui envoie un SMS rapidement parce qu'ils sont dans le jus. C'est une sortie d'hospitalisation, il veut prendre un premier contact, non ça ne me choque pas du tout ».* Pour Julie, ce n'est pas une question de politesse, c'est le marqueur d'une génération à la rigueur, *« ce n'est pas une mamie ».* Cependant, elle ne répond pas par SMS mais appelle le patient : « *parce qu'il faut avoir un contact pour apprécier un peu la personne, la situation. Parce que des fois, je crois que c'est Sarah qui s'était faite avoir « … ». Elle avait été contactée par SMS pour des piqures. Et en fait elle s'est retrouvée dans un camp de gitan assez spécial où il n'y avait pas d'eau, pas d'électricité, enfin c'était très compliqué. Je lui avais dit : tu aurais pu les appeler quand même pour savoir. Bon, on y serait allé quand même, mais là on était vraiment tombé des nues ».*

Pour Lola, les informations recueillies au téléphone sont une : *« photographie imaginaire du lieu où je vais aller. Des fois, je peux me tromper un peu, mais par cette conversation téléphonique j'arrive à savoir le niveau social du patient ».* Elle visualise les contraintes liées au lieu ou au mode de vie du patient et anticipe certaines situations anxiogènes. Chaque infirmière apporte des variantes au recueil de données. Par exemple, Lola demande systématiquement *« est ce qu'il a un chien qui va t'attendre à moitié fauve ou pas. Je pose la question, je suis flippée des chiens moi ».* Les infirmières semblent privilégier une demande téléphonique leur permettant un plus large recueil des données qu'une demande écrite. Outre les données cliniques, ce premier contact est significatif pour l'infirmière, il est le signe d'un engagement personnel du patient. Une sorte de contrat social avec un principe de don et d'un contre don préalable à la relation de soin (Mauss & Weber, 2012).

L'infirmière consciente de l'investissement émotionnel, physique et temporel de cette relation à long terme de nursing attend du patient une preuve de son implication dès la prise de contact. A l'hôpital, les infirmières sont formées pour réaliser un recueil de données dans une relation en face à face avec le patient. Dans le cadre de leur formation en IFSI, elles étudient les composantes de la relation de soin (unité d'enseignement 4.2 soins relationnels). C'est une relation qui « relève du champ professionnel, ce qui implique des rapports sociaux codifiés, préétablis fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes. Ces relations sont enfermées dans des pratiques répétitives, voire des scénarii, ce qui semble être le cas dans les situations de soins » (Formarier, 2007). Erving Goffman a détaillé les principes des interactions en face à face, en les comparant à une scène de théâtre. Le contexte de l'interaction a une grande importance sur le contenu du texte et le jeu des acteurs. L'interaction par téléphone conserve la majorité des principes de la relation en face à face, l'engagement physique n'est pas directement visible par l'interlocuteur mais peut se déduire par le souffle ou par le ton de voix, seule la localisation reste incertaine avec le téléphone mobile. L'interaction par SMS est une interaction écrite, rapide, asynchrone prévue pour des messages courts, son contenu contient moins d'informations contextuelles qu'une interaction orale. La nature indirecte du message pourrait permettre de ne pas faire « perdre la face » (Goffman, 1973) à l'émetteur, mais la possibilité de diffuser le même message à plusieurs interlocuteurs peut renforcer l'impression d'une communication impersonnelle. La

communication par SMS n'a qu'une trentaine d'année, plus économique que l'appel téléphonique elle a connu son essor auprès des adolescents dans les années 2000. Les codes de politesse et d'interaction via ce média sont en construction, les émojis compensent l'absence de paralangage mais sont encore associés à un « langage intime et non formalisé » (Andureau, 2020). Une dernière hypothèse pouvant expliquer le « SMS impoli » est liée à la limite floue entre l'usage personnel et professionnel du smartphone. Plusieurs infirmières ont un seul appareil pour l'usage personnel et professionnel, et toutes ont reçu des SMS personnels pendant leur temps de travail ou des SMS professionnels sur leur temps personnel. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNTRL) définit la politesse comme le « respect des bonnes manières, des règles de la bienséance ; bonne éducation ».

Dans le cadre privé, on ne reçoit un SMS d'un interlocuteur qu'après lui avoir donné son numéro de téléphone au cours d'une rencontre en face à face au préalable. Le SMS poursuit donc une rencontre physique et est sujet au consentement mutuel lors de l'échange de numéro. Généralement, les SMS reçus en dehors de ce cadre sont des démarchages commerciaux, le numéro de téléphone ayant été obtenu via des bases de données aux règles d'utilisations des données personnelles encore assez obscures pour la majorité des utilisateurs. Les SMS impersonnels reçus peuvent être vécus comme intrusifs, une plateforme de lutte contre les spams vocaux et SMS a même été instaurée par le gouvernement pour lutter contre ce fléau. Dans le cadre professionnel, le numéro de téléphone est public et indispensable à l'activité commerciale mais la prise de rendez-vous était traditionnellement réalisée par appel téléphonique à un secrétariat. J'émet l'hypothèse que la différence de perception du message de premier contact par SMS, peut être liée à l'absence de cadre professionnel régissant les interactions par ce mode de communication. L'utilisation des SMS étant une technique récente et profane, les infirmières n'ont pas reçu d'enseignement sur cette pratique lors de leur socialisation primaire en stage ou en institut de formation. Les professionnelles s'appuient donc sur leurs connaissances empiriques de ce canal de communication. Par exemple, Gaëtan dit : « *j'ai l'impression que c'est moi qui fixe la règle, quelqu'un qui me contacte par SMS que je ne connais pas je ne répondrai pas. Ça ne me plait pas, notre génération n'a pas appris à parler par SMS, s'il y a trois fautes en deux lignes encore moins ».*

Il dit ne pas sélectionner ses patients par l'orthographe mais « *tu vois à qui tu as à faire ».* Dans ce cadre de référence profane, Gaëtan perçoit le SMS comme « impoli » quand Julie l'interprète comme une demande écrite brève de rendez-vous qui nécessitera un appel complémentaire de sa part.

SMS et présentation de soi

- #### Les patients qui communiquent par SMS

Une fois le premier contact établi que ce soit par téléphone ou par SMS, la communication par SMS présente moins de dissensions. La majorité des infirmières attendent de recevoir un premier texto avant d'utiliser ce mode de communication avec les patients. Julie vérifie que les patients « *savent écrire des SMS et les lire »*. Elle fait un parallèle entre les 14 besoins de Virginia Henderson et la maitrise de cet outil par les patients. Julie évalue « *les 14 besoins de la maitrise du SMS* » du patient. Elle dit : « *on sait qu'ils maîtrisent, ou parfois c'est des patients qui nous ont envoyé un SMS un jour pour annuler ou un jour spontanément. Donc là, on se dit qu'ils maîtrisent et du coup on fonctionne par SMS* ». Au cours de la tournée d'observation, Lou propose spontanément à une nouvelle patiente d'une trentaine d'année de lui envoyer par SMS ou de déposer l'ordonnance au cabinet. L'âge semble déterminant pour les infirmières, Popy n'utilise les SMS qu'avec certains patients : « *en plus je te dis la même génération mais il est plus jeune, il a 31 ou 32 ans, remarque on est quasi pareil tu me diras, après les vieux c'est 70-80 ans, voilà les vieux que j'ai, eux je les appelle* ». Elle ne sait pas si les plus âgés fonctionnent par SMS mais « *je ne suis pas sûre, je ne leur ai jamais demandé. Je les appelle et une fois ou deux, ils ne répondent même pas. Le temps qu'ils comprennent que c'est le portable qui a sonné. Donc j'appelle plusieurs fois, comme ça ils ont le temps d'aller le chercher ou de comprendre que c'était ça ».* Daphnée échange des SMS « *avec ceux de notre âge et avant jusqu'à la cinquantaine. Mais il y a un patient qui a l'âge de mon père qui textote* ». Le SMS est encore associé à une conversation entre jeunes qui peut être sujet à quiproquo. Pour Daphnée « *tu ne sais pas comment l'interpréter, tu n'as pas le ton, ni la ponctuation. Et un texto peut être mal interprété et tu vas dire pourquoi il m'écrit ça ! Il n'y a pas tout ce qu'il y a avec l'oralité ».* Elle prend l'exemple d'une conversation avec sa collègue « *hier avec Iris on s'envoyait des textos sur la SCI.*

Elle me dit : le voisin, je lui dis oui. J'ai compris mais on en a deux, lequel ? On a mis 4-5 textos pour rien, c'était un dialogue de sourd. Je me suis dit : elle les lit en Z. Je ne sais pas, il y a des choses pour lesquelles ça convient et d'autres [...] des fois on peut s'en passer ou c'est par ce que je suis bavarde ; Je préfère l'oral ». L'interaction en face à face donne des informations complémentaires au discours, le ton de voix, son volume, son débit, ses pauses et le souffle peuvent renseigner sur les émotions du locuteur, sur ses intentions ou donner des éléments cliniques. Les micro-expressions du visage, le regard ainsi que le positionnement du corps ou la façon de s'habiller complètent l'analyse de la communication non verbale. Lors d'un appel téléphonique, les informations visuelles et spatiales ne sont pas transmises mais le paralangage et la possibilité de feedback de la conversation synchrone permettent de donner sens au contenu du message oral. Sans le jeu de l'acteur et la scène, le message est sujet à interprétation. La présentation de soi passe alors par l'écrit.

- Présentation de soi et SMS

Les émoticônes sont la représentation graphique des émotions du scripteur via des visages aux mimiques faciales expressives, le mot est issu de la contraction de « emotional » et « icon » (Frias, 2004). Les émoticônes ont vu le jour dans les années 1970 et sont composées de signes de ponctuation destinées à représenter les mimiques d'un visage :-). Dans les années 1990, Shigetaka Kurita développe des émojis pour un opérateur mobile japonais dans le but de transmettre les émotions et les nuances (Halté, 2018). Le synonyme smiley rappelle le visage souriant ☺ de l'émoji la plus utilisée. Elles sont utilisées dans les réseaux sociaux, les SMS et les communications écrites sur Internet pour modéliser le discours et pallier l'absence de la communication non verbale. Les smileys ont une triple visée : énonciative en permettant de remplacer le ton de voix, pragmatique en éclairant sur la relation entre les interlocuteurs et une visée de contenu en apportant un sens à l'écrit et en évitant les quiproquos. (Halté, 2018). Les émojis varient selon les pays et les cultures, Popy a un code implicite avec ses patients *« jeunes, oui j'envoie mon pouce pour dire j'arrive. En fait c'est un code, quand j'envoie mon pouce ça veut dire je suis là dans 10 mn. Comme ça, ils se préparent ».* Popy n'utilise ce code qu'avec les patients qu'elle *« connaît bien ».* Lola sélectionne aussi les patients pour l'utilisation des smileys : « *je me rends compte en te parlant que je me mets pleins de filtres, c'est mon éducation judéo-chrétienne [...] Des fois, je me mets des principes.*

Je ne sais pas pourquoi je n'envoie pas des smileys aux patients parce qu'ils ont plus de 20 ans. Alors, on a eu un jeune de 14 ans qui s'est fait une brûlure pendant deux mois. Alors, lui c'était que des textos pour les rendez-vous et tout ça. Quand ça s'est fini, il m'a envoyé un texto trop mignon en me remerciant et tout ça. Je lui ai envoyé un clin d'œil avec un cœur en lui disant fait attention à toi. Je me suis permise là parce que c'est un jeune mais pourquoi je ne l'enverrais pas à Josette qui a 50 ans et un cancer. Elle aimerait bien peut être les textos. Mais je ne sais pas, je me freine ». Les infirmières semblent conditionner la conversation par SMS et l'utilisation d'émojis à une certaine catégorie d'âge. Elles font l'hypothèse que les patients plus âgés n'utilisent pas ou ne comprennent pas ce mode de communication. Un autre facteur peut confirmer cette hypothèse : la génération des appareils utilisés par les patients. Les personnes âgées sont susceptibles d'utiliser des appareils incompatibles avec certaines options technologiques plus récentes. Selon le baromètre du numérique 2022, l'âge reste un facteur déterminant pour l'utilisation du smartphone. 97 % des adultes entre 18 et 24 ans en France ont déclaré posséder un smartphone, contre seulement 56 % pour les personnes ayant plus de 70 ans (ARCEP & CREDOC, 2023). Daphnée prend des précautions lors de la rédaction de ses SMS : **«** *il y en a beaucoup qui ont les anciens téléphones et pas les smartphones, ils ne font pas les smileys* ». Daphnée envoyait un smiley mais le patient recevait un point d'interrogation, ce qui rend difficile la compréhension du message initial au lieu de faciliter la communication.

Lors de la communication par SMS entre le patient et l'infirmière, l'orthographe est également un facteur de la présentation de soi. Popy est attentive à la rédaction de ses messages : *« j'écris bien pour les autres, les mots en entier et je fais attention à ne pas faire de fautes et tout ça [...] Sinon ils vont se dire mon infirmière, elle est illettrée ou quoi ? Ils ne vont pas comprendre que c'est de l'abrégé ».* Le SMS est un media de présentation de soi, Popy est consciente du cadre professionnel de ce message et souhaite donner une bonne image. Pour Marie Anne Paveau, la communication par SMS est plus réfléchie et construite que la communication orale, « *elle permet d'accorder un plus grand soin à l'image de soi dans une conversation* » (Dupont, 2023). La réponse du patient, par SMS, peut donner des indications comme l'âge ou le statut social. Il est le reflet du niveau de langage du patient, de son éducation et du soin qu'il va apporter au message en le relisant éventuellement.

- Les ajustements du quotidien et la micro coordination par SMS

Les infirmières observées ont pour la plupart une pratique quotidienne personnelle du SMS, Daphnée est même surnommée « *la Zorro du texto* » par ses amis, elle répond plus vite que son ombre et dit avoir *« toujours ses téléphones »* sur elle. Pourtant, elle « *n'aime pas les textos professionnels* », elle communique parfois avec certains patients pour « *des prises de sang régulières ».* Lola dit : « *on communique de plus en plus avec les patients par texto. Quand je suis en retard, je les averti et eux quand ils ont des impératifs. C'est pratique les textos c'est plus rapide* ». Les études sur les SMS sont nombreuses chez les adolescents et les jeunes adultes, les fonctions de micro coordination et d'hyper coordination ont été mis en exergue par Ling et Yttri. Les auteurs ont constaté que le téléphone portable permettait d'ajuster ses horaires, de prévenir des retards et de coordonner la vie familiale et les impératifs professionnels et privés (Ling & Yttri, 1999). J'ai pu observer la fonction de micro coordination lors des interactions entre les infirmières et leur patientèle. Lola et ses patients utilisent les SMS **«** *pour des histoires d'horaires et de rendez-vous »* et pour donner *« quelques nouvelles ».* Lors des observations, les infirmières et les patients s'envoient réciproquement leurs horaires de passage afin de se coordonner. Julie et Sonia ont plusieurs patients « *avec lesquels on fonctionne comme ça. Par exemple ce matin, j'avais une prise de sang chez une dame et je lui ai envoyé un message pour lui dire l'heure à laquelle je venais. Je lui ai écrit à sept heures et j'allais chez elle vers 10 h ».* Parfois, c'est la famille qui réalise ce travail de coordination pour les soins ponctuels. Popy reçoit des SMS *« des familles, il y en a une que je fais tous les 15 jours. Elles m'envoient un SMS pour me dire ma belle-mère est là, ce Week-end, est ce que tu peux venir ? J'ai un autre jeune qui sait que comme on le fait une fois par mois, il m'envoie un SMS, sinon j'oublie. Donc, il m'envoie un SMS, deux jours avant, pour me demander si c'est bon, à telle heure ? Il doit y en avoir 5-6 qui envoient des SMS. Et moi, j'appelle plutô*t ». Le SMS sert alors de rappel pour les soins ponctuels. L'infirmière, qui reçoit le message, ajoute les soins à sa tournée, voire les inscrits sur un autre outil comme sa liste ou « *son agenda papier ».* L'infirmière ne répond pas forcement sur le même media, Popy téléphone « *sauf avec les jeunes »*. Il y a une utilisation mixte des fonctions du smartphone.

Une conversation peut débuter par SMS et se poursuivre par téléphone selon la disponibilité des interlocuteurs, le contexte ou le contenu du message. Durant l'observation, « *Carine reçoit un coup de téléphone pour un renouvellement de sonde vésicale chez un patient connu. Elle lui demande de rappeler demain ou de lui envoyer un SMS ».* Le SMS s'inscrit dans un usage mixte des moyens de communication, une de ses caractéristiques pour Julie serait son caractère « *bref* » et l'importance de ne « *pas donner d'informations très importantes ou médicales* ». Lola parle de message *« informatif, je ne vais pas balancer des trucs »*. Julie rédige ses messages avec la même formulation : « *en général c'est bonjour Mr ou bonjour Mme. J'essaie de ne pas mettre le nom. Parce qu'après c'est compliqué je ne sais pas si on a vraiment le droit de communiquer avec les patients »*. La question des règles encadrant les interactions professionnelles et de la confidentialité de ce type de média se pose.

On peut se demander si Julie utilise ce message stéréotypé pour rendre son SMS plus professionnel à l'instar d'un cadre ou d'une lettre type. Il y a certaines contraintes liées au texto. Contrairement au téléphone, on ne peut pas être sûr que l'interlocuteur lira instantanément le message. C'est un media asynchrone qui peut devenir synchrone quand les deux interlocuteurs sont connectés en même temps. Les trois petits points visibles lorsque l'interlocuteur répond servent alors à renforcer l'impression de synchronicité. Julie et Sonia l'utilisent en complément d'un autre moyen de communication « *parce qu'on ne peut pas compter que sur un SMS ».* Le SMS devient un rappel écrit, un « post-it », Julie dit : « *c'est quand même dit à l'oral à un moment donné ou un autre. Par exemple, la semaine prochaine vous aurez un bilan mercredi. Je vous confirme ça par message »*. De plus, des problèmes techniques de connexion peuvent survenir. Lola qui utilise « *pas mal de texto »,* téléphone systématiquement « *pour dire que je vais venir. Je préfère lui téléphoner, l'avoir de vive voix car dès fois ça ne capte pas bien, il faut faire attention à ça en fait ».* Au cours de l'appel, Lola vérifie instantanément que l'information a été délivrée, le SMS peut ne pas être lu ou ne pas arriver à son destinataire. Aurore voit un avantage à la communication par SMS, cela permet de conserver une trace écrite sur le smartphone. Elle préfère recevoir des SMS que des appels téléphoniques car elle peut y répondre rapidement avec sa montre connectée.

Elle garde une traçabilité de la demande alors qu'avec un appel elle peut oublier de le noter *« c'est plus la façon dont le SMS est rédigé, après le SMS ne me dérange pas. Je trouve qu'il est moins polluant qu'un coup de fil. Ça me permet d'avoir une réponse. En plus, avec la montre connectée, c'est tout simple : oui merci pas de problème, je vous dis à demain, même horaire. Et ça me laisse une trace, de me dire j'avais un truc à faire. Si je ne l'ai pas marqué sur la planification, je remonte mes SMS et je le retrouve ».* En remontant le fil des conversations écrites, l'infirmière peut se rappeler les échanges avec le patient et les contextualiser contrairement à une communication orale. Certaines infirmières trouvent que recevoir ou envoyer un SMS est moins intrusif que l'appel téléphonique car il ne nécessite pas une réponse immédiate et une interruption de la tâche en cours. Aurore dit : « *limite c'est moins parasitant* [...] *c'est une manière discrète de ne pas me déranger, je le ressens comme ça : Est-ce que vous avez un petit créneau pour moi demain ? C'est possible ? Je sais que vous êtes débordée* ». Lola l'utilise d'ailleurs pour demander des nouvelles à des patients après un examen ou une hospitalisation. La fonction asynchrone permet de prendre le temps de rédiger le message et de contrôler sa présentation de soi à l'écrit. Dans une situation de face à face, un ton de voix ou des pleurs auraient informé sur les sentiments ressentis. Le SMS permet un contrôle sur la transmission des émotions mais il peut être vécu comme « impersonnel » ou être sujet à quiproquo. Gaëtan dit avoir parfois l'impression de se faire « *envoyer péter par SMS : ouais on n'est pas là, passes plus tard ou un autre jour* ». D'autant plus quand la relation avec le patient est récente : *« des gens que tu vois très sporadiquement, pour un pansement un jour sur deux. Et qui dès le deuxième jour te disent : on n'est pas là, pouvez-vous passer à 18h30 ? par SMS. Ils ne font même pas l'effort ni de t'attendre ni de te prévenir. Oui, parce que dès fois le SMS tu ne l'as pas. Tu ne captes pas, tu fais un passage pour rien ».* Gaëtan dit que l'absence d'échanges oraux peut provoquer un « *un côté impoli ou irrespectueux ».*

Le vécu et l'utilisation des SMS dans l'interaction patient - infirmière reste relatif à la qualité de la relation initiale. Le premier contact avec le patient par SMS en est emblématique. Lors du recueil de données, l'infirmière a besoin de certaines informations pour évaluer la situation clinique de façon holistique en intégrant l'environnement, la famille et les besoins du patient. Le SMS ne semble pas permettre l'exhaustivité du recueil pourtant indispensable au diagnostic infirmier.

Les professionnels qui répondent au premier SMS basculent alors sur un autre media permettant un échange oral, cette communication interactive et instantanée permet d'enrichir les données recueillis et de poser un cadre relationnel. Cependant, l'utilisation du SMS par l'infirmière semble conditionnée à l'âge du patient, son appropriation de la technologie et la génération de l'appareil possédé. Le premier contact avec le patient est aussi le début d'une relation singulière, d'un lien social ou la confiance est primordiale à l'alliance thérapeutique. Le smartphone pose la question de l'évolution des codes de civilité régissant le premier contact et l'ensemble de la relation de soin. La présentation de soi est modifiée en passant par le prisme de l'écrit du SMS, elle est privée de ses attributs non verbaux mais enrichie de nouvelles fonctionnalités comme les émoticônes ou la traçabilité des échanges. De plus, les nombreuses possibilités de communication offertes par le smartphone laissent parfois les infirmières perplexes face au cadre professionnel à poser. L'évolution des fonctions et des usages du smartphone ne cesse d'évoluer, nous allons étudier une autre fonction qui est en train d'émerger : les messages vocaux.

Les messages oraux asynchrones

Il y a plusieurs types de messages oraux, les patients peuvent déposer un message sur le répondeur de l'infirmière mais ils peuvent aussi réaliser des « vocaux ». Le répondeur est une des premières fonctions intégrées aux téléphones portables. Il permet d'enregistrer un message oral lorsque l'appel téléphonique ne peut aboutir sur une conversation. La communication est asynchrone et unidirectionnelle, mais le temps du message est court et dépendant de l'espace disponible sur la messagerie. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente de cette thèse, ce type de communication réduit l'interruption des tâches de l'infirmière, lui permet de choisir le moment de consultation du répondeur et garde une « trace » des messages (Mercier Pierre Allain, 1997). Certains patients préfèrent la communication orale. La fille d'un patient de la tournée de Lola laisse un message sur le répondeur, les jours de visite de son père, car ça la rassure. Lola lui avait proposé d'envoyer un SMS *« mais pour l'instant elle ne veut pas »*. Pour ne pas interrompre les soins, elles ont convenu que l'infirmière ne décrocherait pas afin que la fille du patient laisse un message sur le répondeur.

Martine reçoit peu de SMS de la part de ses patients, « *on a beaucoup de gens qui ne savent ni lire ni écrire donc le vocal c'est important, le bouche à oreille, la tradition orale dans ce quartier est importante y compris pour les soignants que nous sommes, du coup on est influencé* ». Pour Martine : « c*'est plus rapide de téléphoner mais je sais que je ne vais pas avoir forcement quelqu'un au téléphone car elle est occupée, qu'elle a un bébé… Je laisse un message vocal car le SMS me demande plus de temps à taper* ». Le message vocal ou « vocal » est l'alternative orale du SMS. Cette fonction, permet d'enregistrer un message dans l'interface SMS grâce à l'icône micro. L'option est disponible depuis 2013, sur WhatsApp, elle a été intégrée par tous les systèmes d'exploitation depuis. Ce mode de communication est devenu populaire suite aux confinements successifs selon Célia Schneebeli (Godin, 2022). Certains infirmiers, comme David, l'utilisent avec leurs collègues mais seule Martine a évoqué son utilisation avec les patients. En l'absence de littérature professionnelle sur ce mode de communication, j'ai souhaité vérifier cette hypothèse auprès d'infirmières libérales sur Facebook (cf. partie méthode pour le descriptif de l'enquête). A la question « est-ce que vous communiquez par messages vocaux avec vos patients ? 71% des 96 infirmières ne l'utilisent « jamais ».

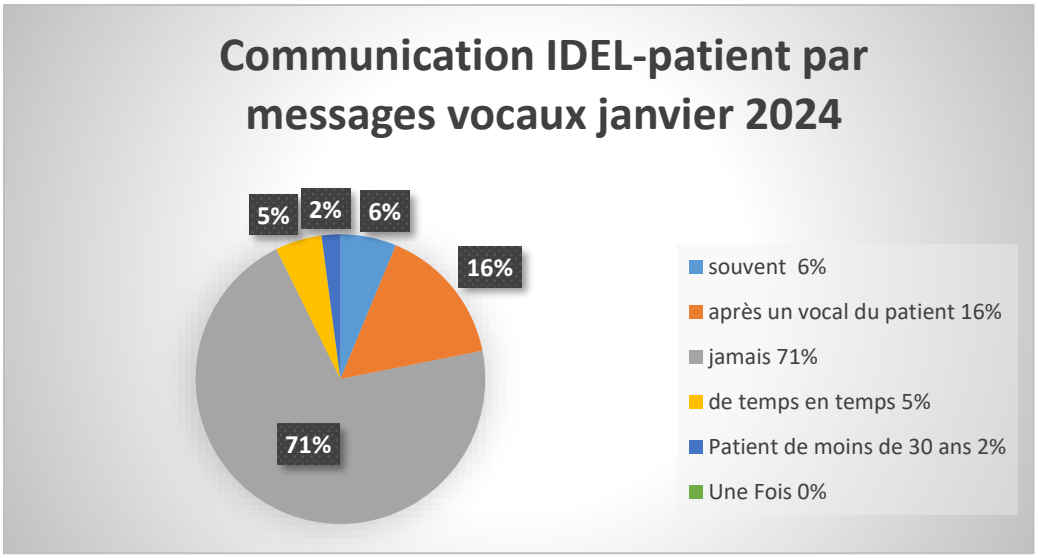


Figure 9: Sondage Facebook du 27/01/24 : communication IDEL-patients par message vocaux

Les messages vocaux sont plébiscités par « les jeunes » (Godin, 2022), on peut se demander si la patientèle plus âgée des infirmières libérales fait usage de cette fonction.

Dans les commentaires, Laura, grande utilisatrice de « vocaux », écrit : « *avec les patients, je n'ai jamais fait de vocal, mais des textos oui, car beaucoup ne savent pas faire, donc les vocaux ce serait bien compliqué* ». Comme étudié précédemment avec les SMS, les infirmières évaluent les compétences technologiques du patient avant de leur proposer un média de communication. La réponse contenant un critère d'âge (moins de 30 ans) n'avait pourtant remporté que 2% des suffrages. Les discussions dans la partie commentaire ont dépassé le cadre des interactions infirmières- patients. Elles ont dévoilé une controverse très vive entre partisans des messages oraux et ceux défendant les messages écrits notamment lors des échanges professionnels entre infirmières. En effet, il semble que les messages vocaux sont plus utilisés pour les transmissions entre pairs que dans les interactions avec les patients. Nous approfondirons ce thème dans la partie sur les transmissions. Cependant, le mode de communication oral étant particulièrement adapté à la caractéristique nomade de l'infirmière libérale, une étude plus approfondie des interactions via message vocal pourrait être intéressante à l'avenir.

Être « amis » et communiquer sur les réseaux sociaux

Martine utilise WhatsApp pour communiquer avec les familles ou les patients qui partent à l'étranger. L'utilisation de cette application permet de réduire le coût des communications, car WhatsApp transfère les données par le réseau Internet et non par un opérateur téléphonique. C'est une famille de patient qui a initié ce mode de communication, Martine dit avoir « *bien accroché* » et le proposer à d'autres patients : « *c'est vraiment intéressant ça fait du lien à distance. Si jamais, il y a un souci, ça fait un recours* ». Elle l'utilise « *de temps en temps, par rapport au Maroc ».* Elle se coordonne avec les patients au sujet des « *dates de retour ou de rendez-vous, car les gens partent mais les dates de retour ne sont pas forcément fixes* ». Elle contacte la famille des patients âgés « *s'il y a un gros problème* » ou donne « *des nouvelles aux enfants qui sont partis, car il y a des gens âgés qui ne savent pas trop utiliser ça. On le fait spontanément, s'il y a l'enfant qui appelle. On va donner des nouvelles. C'est vachement bien, je trouve. Après ce n'est pas sécurisé, c'est un souci* [...] *Là j'en ai un avec la fille d'une patiente, un autre avec son fils, un patient, le fils d'une patiente qui est décédée avec qui on est toujours en lien.*

Il voyage, il m'envoie ses photos, un petit coucou de temps en temps, des patientes du programme, des collègues libérales ». Un autre réseau social a été cité lors des entretiens, Aurore accepte les demandes de ses patients comme *« amis sur Facebook »* car *« c'est souvent eux qui me trouvent et me demandent ».* Elle argumente ce choix en disant : *« je ne raconte pas forcement ma vie sur Facebook. Tu veux aller voir la tête de mes trois enfants et ma vie, va la voir ! Il n'y a rien de particulier. Comme je ne suis pas du style à mettre toutes les 30 secondes ce que je fais, ils ne vont pas avoir grand-chose non plus ».* Il n'y a pas de consignes particulières sur le site de l'Ordre National des infirmiers concernant la présence sur les réseaux sociaux des professionnels. Le code de déontologie infirmier envisage les sites Internet comme moyen de communication au public. Il recommande la « prudence et la mesure » lors de la formulation d'informations scientifiques via ce média (Article R.4312-68-1) mais ne précise pas de conduite à tenir sur les réseaux sociaux. L'Ordre Infirmier du Québec a détaillé un cas de « demande d'amitié sur Facebook » d'un ancien patient à l'attention de ses adhérents. Dans cette situation, il est rappelé que « l'infirmière est responsable d'établir et de s'assurer que soient respectées les limites de la relation professionnelle, peu importe le mode de communication utilisé » (Létourneau et al., 2021).

Contrairement au code français, le code de déontologie des infirmiers du Québec stipule clairement l'impossibilité d'« établir de liens d'amitié » pendant la relation professionnelle. L'article décrit les critères d'évaluation visant à définir les limites d'une relation professionnelle : la « *vulnérabilité du client*, *de son problème de santé, de la durée de l'épisode de soins et de la probabilité d'avoir à redonner des soins à ce client* » et conclu à ne « *ne pas donner suite à cette demande « d'amitié » sur Facebook »* (Létourneau et al., 2021). Cependant, un ami sur Facebook est-il un ami ou un contact ? La philosophe Anne Dalsuet évoque la continuité entre les relations virtuelles et celles réelles, les réseaux sociaux permettant une « intimité entretenue à distance » (Dalsuet, 2013) (Joignot, 2014). Pour Serge Proulx, « l'identité et les relations sociales hors ligne se prolongent sur la plateforme Facebook » (Cadec & Proulx, 2015). L'acceptation d'un patient, comme « ami » sur Facebook, change t'elle la nature de la relation de soin ?

Un arrêté de la cour de cassation du 28 septembre 2017 conclu que le réseau social est « un moyen de communication spécifique entre des personnes qui partagent les mêmes centres d'intérêt », être ami sur Facebook « ne renvoie pas à des relations d'amitié au sens traditionnel du terme » (LeLoup, 2017). Un article de presse professionnelle infirmière française, évoque la communication sur les réseaux sociaux, en se basant sur le livre blanc de l'ordre des médecins publié en 2011 et le guide pratique de 2018 qui l'a succédé (Martin, 2020) (CNOM, 2011) (CNOM, 2018). Le livre blanc de la Déontologie médicale sur le web détaille les conduites à tenir sur « *les réseaux sociaux grand public (de type Facebook)* » : *« À titre personnel, le médecin doit veiller à réserver l'accès à son profil et à paramétrer les filtres de confidentialité disponibles permettant de contrôler la divulgation des informations personnelles qui le concernent. Il doit refuser toute sollicitation de patients désireux de faire partie de ses relations en ligne (c'est-à-dire être « ami » au sens de Facebook). Cette proximité « virtuelle » comporte en effet le risque de compromettre la qualité de la relation patients-médecins qui doit rester celle de l'empathie et de la neutralité des affects »*(CNOM, 2011). Il est rappelé aux étudiants en médecine qu'il en va de la qualité de la relation patients médecin mais également de l'image, de la e-réputation, de *« leur propre activité professionnelle comme sur la perception du corps médical dans son ensemble par les patients, et sur la confiance que ces derniers lui témoignent* » (CNOM, 2011).

En résumé

Les interactions via les réseaux sociaux ne sont pas à proprement parler des relations amicales mais engendrent « *une proximité virtuelle* » qui peut modifier la qualité de la relation de soin (CNOM, 2011). Les SMS comme les réseaux sociaux sont des moyens de communication profanes, assez récents, dont les normes d'interaction entre acteurs sont encore en évolution. Ces médias ne remplacent pas ceux traditionnels mais les complètent. Ils offrent la possibilité de messages courts écrits et oraux, compatibles avec le mode professionnel nomade et la culture orale des infirmières. Pour l'instant, les infirmières libérales bricolent, négocient un cadre professionnel avec leurs patients en utilisant leurs compétences profanes. Ces nouveaux médias, interrogent les codes sociaux et la présentation de soi. La communication par SMS peut être perçue par certaines infirmières comme intrusive, impolie, et par d'autres comme un moyen de communication rapide et discret.

Ces divergences d'opinions sont particulièrement observées au début de la relation de soin. Anselm Strauss, nommerait « processus d'un ordre négocié » les ajustements du cadre régissant les interactions technologiques entre les patients et les infirmières (Strauss & Baszanger, 1992). Les IFSI et les ARS commencent à proposer des enseignements et des informations sur la cybersécurité aux futures infirmières et aux professionnels de santé, l'ordre négocié va poursuivre son évolution.

3.3 Interactions et travail de coordination

Après avoir étudié les communications patients-infirmières au travers des fonctionnalités du smartphone, nous allons nous intéresser aux relations avec les autres professionnels de santé. Qu'est-ce que le smartphone, outil de communication par excellence, dit des interactions entre l'infirmière et les autres acteurs professionnels ? En exercice libéral, les rapports de pouvoir entre acteurs sont-ils comparables à ceux régissent l'exercice hospitalier ?

Les médecins généralistes

A l'hôpital, les médecins et les infirmières travaillent dans le même service et échangent lors des visites au chevet du patient ou des temps pluri professionnels. Des réunions cliniques sont planifiées hebdomadairement ou quotidiennement selon les services. De plus, les soignants rédigent leurs transmissions et leurs prescriptions sur le dossier du patient, outil commun qui est souvent informatisé. Les médecins libéraux ont majoritairement une activité de consultation à leur cabinet, les visites au domicile ne représentent en moyenne qu'une demi-journée par semaine ou 12% de leur activité (Efstathopoulou, 2016) (Colin, 2019). La patientèle des médecins et des infirmières libérales n'est que partiellement commune, car le patient consulte le professionnel de son choix, ce qui multiplie les interlocuteurs pour une même patientèle. Les rencontres entre infirmières et médecins au chevet du patient sont rares, d'autant plus que les temps de coordination sont relatifs aux disponibilités de chaque acteur. Pourtant, une étude a évalué qu'un tiers des médecins généralistes collaborent quotidiennement avec des infirmières (DREES, 2023). Comment les infirmières et les médecins libéraux échangent-ils des informations ? Quels moyens de communication sont-ils utilisés ?

Pour quels usages ? J'ai pu observer que les infirmières contactent les médecins pour faire un point sur l'évolution clinique des patients, adapter les dosages des thérapeutiques, échanger sur des situations particulières, urgentes ou renouveler des ordonnances. Les infirmières choisissent le mode de communication selon le degré d'urgence de l'information à transmettre et les préférences du médecin.

- Préférences du médecin et ordre négocié

Daphnée, comme la majorité des infirmières observées, s'adapte au mode de communication induit par le médecin. Elle fait une comparaison avec l'hôpital : « *tu savais que c'était professeur machin, il fallait lui cirer les pompes, et d'autres que tu as connu interne qui deviennent chef de clinique, tu continues à les tutoyer. C'est comme à l'hôpital, tu adaptes ta communication à la personne que tu as en face de toi* ». Avant l'utilisation du smartphone les infirmières joignaient les médecins sur le numéro de téléphone fixe du cabinet dédié aux prises de rendez-vous ou se déplaçaient pour déposer une note écrite, un « mot » au cabinet. La secrétaire médicale filtrait les appels et les demandes puis les transférait au médecin. Les infirmières attendaient la fin de la consultation en cours, ou revenaient récupérer l'ordonnance plus tard « dans une enveloppe à leur nom ».

C'est le patient qui devrait contacter le médecin pour renouveler une ordonnance, mais « c'est bien souvent l'infirmière libérale qui se charge de le contacter directement, voire de passer la chercher au cabinet » (La ruche, 2018). Les infirmières libérales travaillent majoritairement sur prescription médicale, elles sont dépendantes des ordonnances pour facturer leurs soins ainsi que les Bilan de Soins Infirmiers (BSI)[5]. Cette dépendance introduisait une relation asymétrique médecin-infirmière, visible lors de l'attente physique au cabinet médical pour récupérer une ordonnance. Les transmissions sur l'état clinique du patient se réalisaient par téléphone ou sur le dossier de soin du patient pour les informations non urgentes. Lors des visites à domicile, le médecin consultait le dossier « papier », constitué d'un classeur ou d'un cahier.

[5] L'infirmière doit envoyer un BSI à la CPAM, il fait suite à une ordonnance de soins infirmiers pour patient dépendant et doit être soumis à validation du médecin. Il a une durée de validité d'un an. Le BSI permet de bénéficier d'un remboursement forfaitaire pour les patients de plus de 85 ans, il a été étendu à tous les patients dépendants.

Martine décrit son contenu : « *Le dossier de soin sert de transmission avec le médecin. Il y a les ordonnances, les comptes rendus d'hospitalisation, les résultats biologiques, la fiche de traitement* » ainsi que certains protocoles. Ce dossier reste au domicile du patient, il est consultable par les différents intervenants. Le smartphone a fait évoluer les pratiques en proposant d'autres canaux de communication qui complètent ou remplacent les canaux traditionnels décrits précédemment. Carine a « *l'impression qu'avec les smartphones, on est plus réactifs. Le lien est plus proche avec les médecins, avant on fonctionnait par mots, ils nous laissaient des ordonnances à leur cabinet* ». Lola précise que la communication par SMS est récente, « *ça ne se faisait pas trop au début, ça se fait depuis quelques années […] Je ne saurais pas trop te dire, ça a dû se libérer il y a 4-5 ans. Et encore peut être plus tard, mais non avant c'était difficile d'avoir un 06 de médecin. Tu avais son [numéro de] cabinet mais pas son numéro personnel »*.

Selon Anselm Strauss tout changement, notamment technologique, entraîne une renégociation de l'ordre établi entre les acteurs (Strauss & Baszanger, 1992). Lorsque le médecin donne ses coordonnées téléphoniques personnelles, il y a une contractualisation de la relation, une sorte d'accord tacite. Pour Lola, c'est « *une question de confiance avec les médecins, c'est comme avec les patients, ils savent que je ne vais pas les harceler pour un doliprane ».* Grâce au smartphone les infirmières évitent le filtre du secrétariat et accèdent directement au médecin, la relation devient plus symétrique. Aurore dit : « *je squeeze les secrétaires qui sont gentilles mais qui font bien leur boulot de barrage et moi je n'ai pas le temps d'être barrée* ». La négociation de ce nouvel ordre se construit au cours du processus d'interaction entre les acteurs. Daphnée demande les préférences des médecins dès leur première rencontre, « *quand ils viennent de s'installer ».* Au cours de leurs échanges, la relation va évoluer : *« Je sais que ça va plus le déranger quand je l'appelle, il me l'a fait comprendre donc je vais plus lui envoyer un texto* ». Cependant, ce nouvel ordre négocié a des limites temporelles et peut être revu selon les circonstances. Martine, comme toutes les infirmières, est consciente de cette impermanence et utilise ce numéro avec « *parcimonie ».* Au cours des entretiens, les infirmières observées disent choisir un moyen de communication « *pour ne pas déranger* ».

Martine dit : « *j'envoie un SMS quand je suis déjà passée par le secrétariat et que je n'ai pas eu de réponse. J'appelle rarement, sauf urgence, le portable. Car on sait que le portable c'est du privé et qu'il ne faut pas empiéter sur la vie des gens. Il faut le respecter, sinon on n'aura plus d'accès au portable et ce serait fort gênant dans certaines situations* ». Contrairement à ce que nous avons observé lors des interactions avec les patients, aucune infirmière n'a évoqué de « SMS impoli », ce moyen de communication est même perçu comme moins invasif car il interromprait moins les consultations ou la vie privée des médecins. La plupart du temps le consentement est implicite. Seuls les médecins qui travaillent avec Julie ont formulé explicitement : « *vous savez des fois en consultation, je n'ai pas toujours le temps de répondre mais je regarde toujours pour les SMS. Je jette un coup d'œil, n'hésite pas ! Si vous êtes d'accord pour fonctionner comme ça, ça me va très bien ».* Julie n'aurait pas utilisé ce mode de fonctionnement sans cette autorisation. Dans cet exemple, les règles sont explicitement posées par les médecins et le consentement demandé mais la question est plus vaste. Le consentement participe au fait « de tisser des relations sociales » (Jaunait, 2003), il ne se résume pas « au seul prisme du système oui/non »(Santé Publique France, 2023). Les rapports de pouvoir entre les acteurs sont à prendre en compte dans l'expression du consentement, l'infirmière peut-elle refuser un mode de communication proposé par un médecin ? La communication par SMS est un marqueur du degré de relation interpersonnelle entre les professionnels. Daphnée utilise les SMS avec un Docteur « *avec qui on s'entend relativement bien. On se texte beaucoup avec lui. Par contre le Dr E sur l'avenue, lui, il faut l'appeler et lui aussi il veut qu'on le texte. Ça va plus vite pour lui. Donc, si c'est dans les heures de cabinet, je l'appelle. Sinon je le texte et puis lui, si tu veux des papiers, il faut taper* [à la porte du cabinet] *et attendre* ». Les infirmières décrivent plusieurs niveaux de relations interpersonnelles avec les médecins, qui vont de la relation fonctionnelle au partage d'émotions. Lola dit : « *ça dépend des médecins, il y en a avec qui je suis plus à l'aise. Après, il y en a un qui est assez peu bavard, et encore ça y est, je me lâche depuis quelques mois. Déjà, je l'appelle par son prénom, donc ça va mieux. Après une autre, qui est partie, mais avec qui on s'entendait vraiment très bien. Elle était aussi ma médecin, celle de mes enfants. Des fois je lui envoyais un texto avec « untel c'est difficile, sur des accompagnements, j'ai besoin de parler » et hop elle me passait un coup de fil* ».

Daphnée utilise les smileys dans ses textos uniquement lorsque le médecin a initié ce mode de communication. Elle dit :« *on est vachement sur la réserve au début donc on attend de voir, c'est un peu eux qui fixent les règles de la relation* ». Les règles sont interpersonnelles, ainsi il y a des variations au sein d'un même cabinet infirmier. L'utilisation d'un émoticône peut marquer un degré d'intimité supplémentaire. Daphnée me décrit les échanges entre un docteur « *timide »* et sa collègue : « *dans leurs textos, il y a toujours des smileys. Moi, il n'y en a pas. Donc, je rigole avec Iris, tu as eu le petit smiley !* ». Enfin, certains médecins choisissent de ne pas donner leur numéro de téléphone portable et demandent aux infirmières de laisser un message au cabinet ou de contacter la secrétaire sur un mode plus traditionnel. D'après les observations, les interactions par SMS sont souvent initiées à la demande de jeunes médecins. Les médecins plus âgés ont peut-être conservé une organisation qui leur convient avec des modes de communication traditionnels. Une enquête de 2020 sur les outils de e-santé révélait que l'utilisation de la messagerie sécurisée et du dossier médical partagé est corrélée à « un effet générationnel marqué » et au type d'organisation collective du cabinet (DREES, 2020). Parfois, ce sont les infirmières qui choisissent de ne pas utiliser certains modes de communication. Popy n'envoie pas de SMS aux médecins, elle dit : « *je ne suis pas leur pote non plus »*. Elle privilégie les médias synchrones en respectant un ordre d'utilisation d'outils : « *J'appelle sur le fixe du cabinet d'abord. Et après, s'il n'y a personne, j'appelle sur le portable si c'est important. Si ça peut attendre le lendemain pour un renouvellement d'ordonnance, je ne vais pas le faire suer sur le portable, je rappelle le lendemain. Tout dépend* ». Les préférences du médecin déterminent le choix du mode de communication mais le degré d'urgence du message est également un facteur à prendre en compte.

- Choix du mode de communication en fonction du degré d'urgence

J'ai réalisé un schéma récapitulatif des modes de communication observés au cours de l'enquête en fonction du degré d'urgence du message à délivrer.

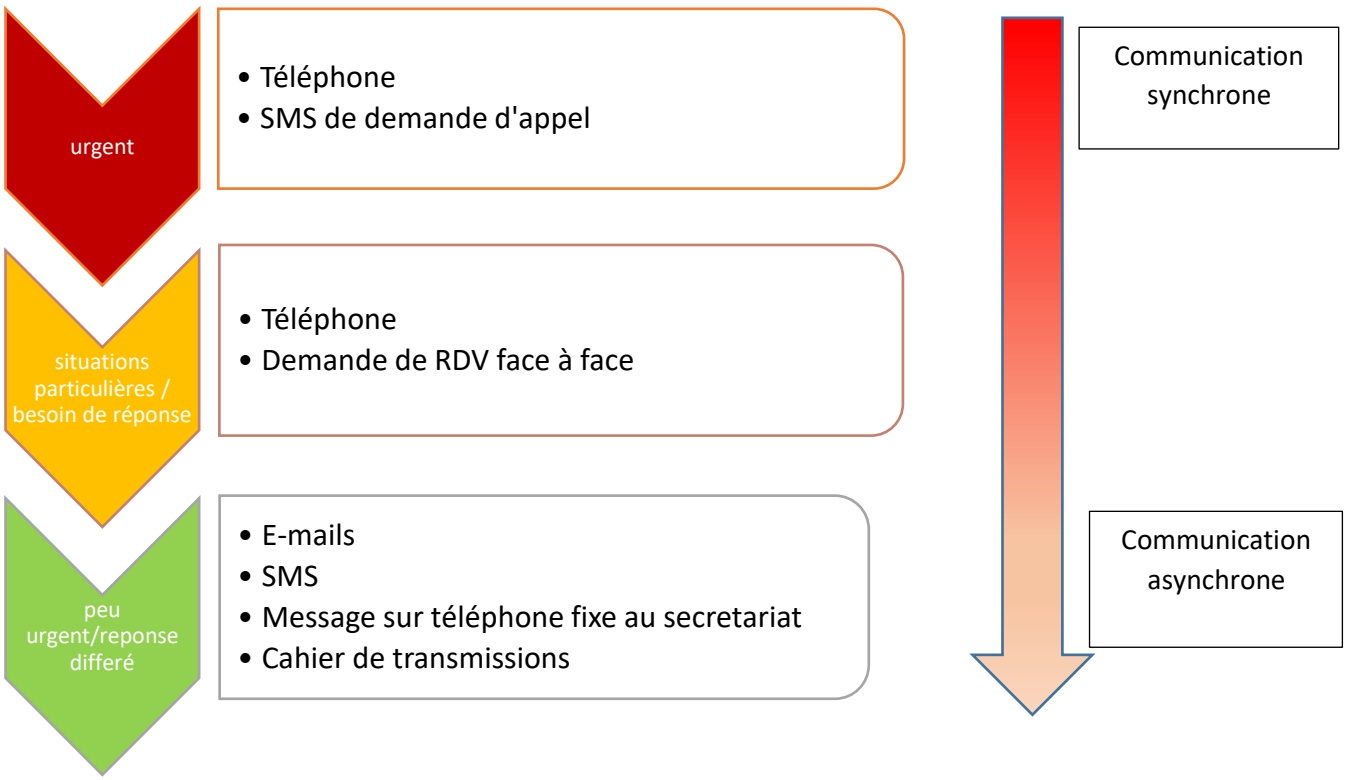


Figure 10: Degré d'urgence de l'information et choix du mode de communication

- Transmissions d'informations asynchrones pour les informations fonctionnelles

Pour la transmission d'informations courtes ou non urgentes, les infirmières utilisent des moyens de communication asynchrones comme les SMS, les e-mails ou un cahier de transmission. En l'absence de dossier informatisé, le traditionnel dossier de soins écrit qui comprend le cahier de transmissions est encore utilisé chez les patients. Il est consultable par le médecin lors des visites. Popy communique avec les médecins par ce biais, mais les autres infirmières observées disent que le médecin ne regarde pas le dossier lors de la visite. Daphnée évoque un docteur qui préfère recevoir des SMS que lire les transmissions. Elle me dit : « *je lui ai envoyé un petit texto en lui disant est ce que vous pouvez penser à refaire son ordonnance pour l'infiltration ? Ou si j'ai des problèmes de dextro (glycémie capillaire) ou des trucs comme ça. Lui, il me dit envoyez moi des textos, donc je lui envoie* ».

Les SMS sont utilisés « *quand ce n'est pas urgent* » pour transmettre des informations factuelles comme des résultats, des demandes de renouvellements d'ordonnance, des demandes d'ajustement de thérapeutiques suite à des résultats sanguins (insuline et glycémie capillaire, INR et anticoagulants).

Certains médecins préfèrent recevoir ce type d'information par SMS afin de *« ne pas être dérangé pendant les consultations ».* Pour Daphnée, ça ne concerne que *« des trucs très observatoires », « des faits qui ne sont pas sources à mal interprétation ».* Le médecin prend connaissance des faits sans être interrompu pendant sa consultation et répond à l'infirmière quand il est disponible, la réponse peut être différée. Lola utilise particulièrement les SMS en dehors des heures d'ouverture du cabinet : « *car on se dit que ça va les déranger à moitié*. ». Elle privilégie les SMS lorsqu'« *ils sont en consultation et qu'ils ne vont pas répondre de suite* ». Si ce n'est pas urgent, elle contacte la secrétaire « *qui fait le lien* ». Le SMS offre un accès direct au médecin mais le passage par le secrétariat est encore possible, 84% des médecins libéraux ont un secrétariat dont 51% un secrétariat physique (DREES, 2022). On peut faire l'hypothèse que le SMS se substitue au traditionnel mot laissé au cabinet ou au cahier de transmission même si certains médecins tiennent encore à ce mode de fonctionnement. Lou dit **«** *Les SMS ça fonctionne bien, sauf avec une médecin de 65 ans, qui ne fonctionne qu'avec des courriers qu'on laisse à son cabinet mais elle répond rapidement à sa pause. Elle utilise rarement les mails, juste pour des renouvellements d'ordonnance* ». Les infirmières utilisent les petits messages manuscrits qu'elles nomment les « *mots* », les SMS et les e-mails afin de communiquer des informations cliniques et obtenir le renouvellement des ordonnances de soins infirmiers et celui des Bilans de Soins Infirmiers. Il n'y a pas de caractère urgent à obtenir une ordonnance de soins, mais cela est primordial pour la facturation des actes réalisés. Parfois le SMS sert à confirmer le jugement clinique de l'infirmière. Lola dit : « *ce qui est bien c'est qu'il* [le médecin] *a confiance en nous. Donc, on lui envoie un texto en lui disant voilà moi je le verrais plus comme ça. Et souvent, il me dit : fonce et je passe dans l'après-midi ou demain* ». Lola trouve cette confirmation par SMS plus rassurante qu'un échange téléphonique car il y a une trace « *par écrit* ». Cependant, un SMS n'est pas considéré comme une ordonnance. Lola dit *« on a des prescriptions par texto. Alors, c'est des prescriptions. On démarre un antibiotique et il me donne la prescription par texto. C'est complètement illégal, quoi ! Ce n'est pas valable comme ordonnance ».*

Un autre média permet de pallier ce problème. Le e-mail est une variante du SMS qui permet d'envoyer des informations plus longues et des pièces jointes. Une fois imprimées, les ordonnances reçues par e-mail peuvent être utilisées.

Aurore dit : c'est « *génial, je leur envoie un mail : coucou la prescription de machin est finie peux-tu me renouveler machin ? Et le lendemain, elle me renvoie un mail* : *oui ok, c'est bon pour ça. Et en même temps, j'ai mes pièces jointes avec mes prescriptions. C'est intéressant, je trouve. Je ne cours plus les cabinets, je ne vais plus attendre entre deux patients. Je ne vais pas chercher dans le petit panier ou la bannette la prescription qui est à mon nom et qui m'attend, c'est fluide ».* Martine « *fonctionne beaucoup par mail avec les médecins, que ce soit pour demander des ordonnances, des précisions, pour faire des transmissions ».* Elle leur demande aussi les comptes rendus médicaux, car seuls les médecins en sont destinataires à la sortie des hospitalisations. Martine apprécie que l'e-mail soit un média écrit, elle dit que ça permet *« de poser les choses aussi et je me dis que je vais peut-être avoir une réponse plus claire. Après, on a beaucoup de problèmes d'écriture de médecin (*ordonnances manuscrites difficilement déchiffrables). Ça *s'est encore produit hier. Un médecin très gentil mais on ne le comprend pas. Donc quand c'est par mail, c'est quand même plus facile* ». Gaëtan, Daphnée et Julie ont une boîte mail du cabinet mais les autres infirmières utilisent leurs boîtes mails personnelles. Les boîtes mails utilisées par les infirmières sont donc personnelles ou liées au cabinet professionnel, mais aucune infirmière observée, lors de l'enquête, utilisait l'espace de confiance MSSanté. La messagerie sécurisée permet aux professionnels d'échanger *« des données de santé, en ville comme à l'hôpital, [ils] peuvent s'échanger par mail des données de santé de manière dématérialisée en toute sécurité »* dans le respect du secret médical et du cadre posé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (MMS santé, 2023). La messagerie « *fait partie du socle commun des projets e-santé* » (sante.gouv.fr, 2021). Toutes les infirmières, sauf Popy, connaissaient l'existence de cette messagerie mais certains ont rencontré des difficultés d'utilisation dues à la sécurisation renforcée du système. Martine dit : *« ça ne marche pas, j'ai galéré à obtenir mon mot de passe. Je me suis connectée qu'une fois. Du coup, on utilise nos boîtes mail personnelles* ». Le processus d'appropriation d'une technologie se réalise en plusieurs étapes, mais les usages sont réellement modifiés lorsque l'utilisateur trouve un sens à cette nouvelle pratique (Proulx, 2002) (Ologeanu-Taddei et al., 2015).

David utilisait la messagerie sécurisée dans son activité institutionnelle. En libéral, il utilise sa boîte mail personnelle. Il dit : « *c'est super galère pour communiquer avec quelqu'un [...] ça nécessite que la personne en face ait aussi une messagerie sécurisée. Qu'est-ce que je vais dire moi à un médecin traitant ? Je vous ai envoyé un document, c'est sécurisé. Il faut vous créer une adresse pour lire mon truc. Il va te dire : démerde toi avec ton truc* ». Actuellement, l'utilisation de la messagerie professionnelle intégrée à l'« Espace de Confiance MSSanté n'est pas en tant que telle obligatoire. Tout professionnel de santé est cependant tenu de respecter le cadre juridique encadrant l'échange des données personnelles de santé (article L1110-4 du Code de la santé publique) ainsi que leur hébergement (article L1111-8) » (sante.gouv.fr, 2021). On peut faire l'hypothèse que les difficultés techniques ont rendu difficile l'implantation de la messagerie sécurisée dans les pratiques professionnelles. Dès le début de l'implantation de la messagerie, la capacité des pièces jointes avait été sous-évaluée. Lors de mon enquête de Master sur le réseau plaie et cicatrisation en 2016, j'avais constaté que la messagerie sécurisée était peu utilisée car elle ne permettait pas d'envoyer des photos de plaies via ce media. La messagerie ne supportait pas le poids des pièces jointes. Or ces photos étaient nécessaires à l'expertise clinique. Le poids des pièces jointes a été adapté, mais la sécurisation renforcée et l'obligation que le destinataire ait aussi une boîte sécurisée semblent freiner l'utilisation de l'outil par les professionnels. Daphnée ne voit pas l'intérêt d'apprendre à l'utiliser : *« je sais que je ne vais pas m'en servir, ça ne sert à rien que je perde du temps. Quand ça sera obligatoire on verra. Après, on ne s'en sert pas tous les jours du mail à usage professionnel pour envoyer des photos ».* La majorité des infirmières libérales avait entendu parler de protection des données personnelles du patient, mais la notion restait trop vague pour emmener une modification de leurs pratiques. Pour s'approprier une nouvelle technologie, l'utilisateur doit percevoir le sens de son effort et envisager des bénéfices à son changement d'usage. La technologie numérique évolue très rapidement, l'usager doit se former régulièrement et la solution de messagerie sécurisée Mailiz, proposée par les ordres de santé, a rencontré plusieurs difficultés techniques lors de son implantation. En 2023, l'application rencontrait des problèmes de « comptabilité avec les smartphones et les tablettes récents » (MMS santé, 2023) . Le site promet une résolution pour 2024, mais ce nouvel incident risque de freiner sa diffusion auprès des professionnels.

Il semble encore difficile pour les organes institutionnels d'envisager la question numérique à partir des usages et non en imposant une règle. Pourtant le modèle d'acceptation de la technologie TAM, qui existe depuis 1986, identifie certains facteurs clés (F. D. Davis et al., 1989). L'utilité perçue par l'utilisateur (Ma & Liu, 2005), la facilité d'usage, le sentiment d'être compétent pour réaliser une tâche (Taylor & Todd, 1995) et le support organisationnel et technique permettent une meilleure acceptation des innovations technologiques (Venkatesh et al., 2003). Intégrer ces facteurs permettrait de dépasser une appropriation contrainte et minimale pour accéder une appropriation authentique (Ologeanu-Taddei et al., 2015) qui intégrerait durablement les nouveaux usages.

- Situation particulière : le face à face pour la résolution de problèmes

Les échanges asynchrones permettent d'échanger des informations non urgentes mais lorsque la situation clinique du patient se complexifie l'infirmière a besoin d'échanger avec le médecin de façon synchrone. Parfois, elle demande au médecin de venir constater l'évolution du patient sur place. Lola me dit : « *on se permet de leur dire : non, là, j'ai besoin que tu viennes. Et souvent, ça le fait réagir ».* La communication écrite laisse place à l'échange oral, lorsqu'il y a des divergences sur les orientations thérapeutiques. Par exemple, Lola communique par SMS avec un médecin dont elle ne comprend pas la prescription d'ionogramme sanguin, chez une patiente en fin de vie. Elle se demande si le médecin a du mal à accepter le passage en soins palliatifs. Lola me dit :*« il va falloir qu'on se rencontre avec le médecin pour en discuter* ». La communication par SMS ne permet pas d'échanger sur des visions différentes de la prise en soin du patient, le risque d'interprétation des propos est trop important. L'idéal pour les infirmières semble être la rencontre en face à face mais l'appel téléphonique est souvent utilisé à défaut. Daphnée propose d'appeler le médecin « *quand il y a un problème chez les patients. Même quand je ne les connais pas, je leur propose. Les autres médecins tu appelles, soit sur le portable si tu l'as, soit sur la ligne fixe. Quand tu arrives à passer le secrétariat, car parfois tu as des barrières ».* Gaëtan préfère également voir les médecins quand la situation est délicate. Il leur donne rendez-vous lors de leur visite chez le patient. Il me raconte ses « *rapports avec les médecins. Il y en a certains qui te font confiance comme Roger. Je fais les choses et il prescrit après. J'ai son portable au cas où mais on essaye la plupart du temps de se retrouver chez les patients quand c'est un cas complexe.*

Il me dit à quelle heure il passe et j'essaye de passer à la même heure ». Rencontrer le médecin au domicile du patient permet à l'infirmière de négocier les modalités de prise en soin du patient tout prenant en compte l'environnement du patient. La communication non verbale et la possibilité de feedback sont indispensables à ce type de discussion délicate afin d'éviter les quiproquos. Lorsque les acteurs se connaissent peu, ce type de communication permet d'ajuster son discours et de « garder la face » (Goffman, 1973). Gaëtan me raconte une anecdote : « *et puis, il y a les cons comme dans toutes les professions, ceux qui ne veulent pas discuter. Une fois un patient en fin de vie n'arrivait pas à manger et à prendre du per os (traitement par voie orale). La prescription était per os donc impossible à prendre. Je téléphone au médecin pour lui demander de le passer en intra veineux. Il m'a répondu sèchement : c'est écrit per os, c'est ma prescription ! Et, il a raccroché* ». Lorsque le médecin refuse toute négociation, le média téléphonique lui permet de mettre fin à la conversation, ce qui aurait été plus compliqué lors d'une conversation en face à face. Les infirmières ont des tactiques pour négocier avec les médecins qui affirment leur position hiérarchique. Elles font passer des messages pour suggérer certaines thérapeutiques sans se retrouver en opposition directe. Par exemple, Carine a une patiente qui est sous antibiotique et qui a la diarrhée. Carine me dit que le médecin de la patiente, lui « *laisse des mots dans le dossier style : vous n'êtes que des infirmières ! ».* Pour éviter toute opposition, Carine propose directement à la patiente de prendre de l'ultra levure puis elle le suggèrera au médecin lors de son appel pour une modification de dosage du traitement anticoagulant du patient.

- La communication synchrone pour l'urgence : le téléphone

Lorsqu'il y a une urgence vitale, les infirmières appellent les secours. Sonia utilise son téléphone professionnel pour les appels au SAMU « *pour la traçabilité* ». Pour les autres urgences, l'appel téléphonique est l'outil de prédilection pour toutes les infirmières observées. Il permet une réponse rapide et synchrone voire un déplacement du médecin au domicile du patient. Daphnée dit : « *quand je veux une réponse tout de suite, je téléphone. On essaye de les déranger le moins possible, on comprend bien qu'eux aussi ils ont une vie »*. Julie double son appel d'un SMS pour être sûre que le médecin voit le message s'il est en consultation.

Au cours des tournées, je n'ai pas été témoin de situation d'urgence mais Fanny a contacté un médecin par téléphone pour modifier l'ordonnance d'un patient en syndrome de glissement. Voici un extrait de mes notes d'observation, Fanny me dit : « *demain c'est samedi, je ne vais pas attendre pour appeler le docteur. La patiente voudrait qu'on la laisse tranquille, je vais l'appeler sur son portable parce qu'il me l'a laissé. Elle téléphone en face de la patiente, le médecin est en consultation mais écoute quand même. Il demande si le kiné est passé. Vous voulez que je vous fasse une ordonnance au cabinet ? Finalement c'est la famille qui ira chercher l'ordonnance* ». Le téléphone permet la résolution rapide des situations mais donne aussi la possibilité de contacter le médecin en dehors des heures d'ouverture du cabinet. Fanny a le numéro de portable d'un docteur avec qui elle « *s'entend bien* [...] *au moindre truc on a son portable On l'appelle même le samedi. Si on l'appelle, il décroche toujours »*. Avec le téléphone portable, la question de la division du temps de travail des médecins libéraux est donc également un sujet d'actualité. Après avoir étudié les interactions avec les médecins généralistes, nous allons explorer les interactions avec l'hôpital et les coopérations avec les prestataires, les HAD, les pharmaciens, les laboratoires d'analyse et les auxiliaires de vie. Nous n'aborderons pas les interactions avec les kinésithérapeutes libéraux car je n'ai pas recueilli de données à leur sujet lors de l'observation.

L'hôpital

Lors des sorties d'hospitalisation, les infirmières libérales n'ont pas toujours les renseignements de suivi nécessaires à la prise en soin à domicile. Lola dit : *« Je n'ai pas d'informations et le généraliste non plus, le problème n'est pas entre nous. Le Dossier Médical Partagé* (DMP)*, ça serait vraiment bénéfique. Le patient sort de l'hôpital, ils basculent le DMP à son médecin traitant et moi j'y ai accès. Je vois ses antécédents, le compte rendu opératoire. Que l'infirmière du service marque ce qu'il a eu au moment de sa sortie et que j'enchaine mais ça on en est loin ! Les courriers on ne les a pas, les médecins ne les ont pas ou un mois après, donc le boulot est déjà fait à domicile et nous on a une fiche de liaison infirmière tous les ans ».*

Depuis 2016, le Dossier Médical Partagé est le « carnet de santé numérique personnel, partagé, sécurisé», les professionnels de santé peuvent y déposer des informations et des comptes rendus (Loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé, 2016). Depuis deux ans, le DMP reste le portail d'entrée des professionnels mais l'interface pour le patient se nomme « Mon espace santé ». L'établissement de lien entre les logiciels hospitaliers et le DMP devrait permettre la transmission plus rapide des informations mais le dispositif est toujours en cours de déploiement. De plus, seulement 16% de la population française a activé son compte sur « Mon espace santé » (france assos santé, 2022) même si une enquête de février 2024 évalue la notoriété du dispositif à 82% des français (Délégation au numérique en santé, 2024). Le processus d'appropriation est en cours, mais en attendant les infirmières libérales téléphonent dans les services pour récupérer les informations. Grâce à leur expérience hospitalière, elles connaissent les horaires les plus opportuns pour joindre les médecins et les infirmières, mais certains services sont plus accessibles que d'autres. Les horaires de l'hôpital sont rarement compatibles avec ceux des tournées, pour Lola « *il faut prévoir une demi-journée »* pour contacter un service de CHU. Les sorties du vendredi posent des difficultés aux infirmières libérales, Lou dit : « *c'est difficile, quand le patient a mal, de joindre la clinique, surtout que c'est fermé le week-end* ». Elle appelle le standard ou le numéro de téléphone inscrit sur l'ordonnance, Lou a observé que « *les secrétaires du privé sont plus réactives que celles du CHU* ». Le smartphone a modifié certaines habitudes, lorsque le e-mail du chirurgien est noté sur l'ordonnance ou sur le courrier, Daphnée préfère prendre une photo des plaies et l'envoyer par e-mail au chirurgien. Elle dit recevoir la réponse assez rapidement. Elle utilise le e-mail sécurisé du chirurgien lorsqu'il est dans la signature. Sinon elle envoie un e-mail de la boîte du cabinet, la question de la cyber sécurité est toujours d'actualité. Parfois, la communication entre le médecin et l'infirmière se fait via un intermédiaire. Les soins au domicile du patient en parcours de soin complexe nécessitent l'organisation et la coordination de différents acteurs. Afin de préparer la sortie de certains patients, le service hospitalier contacte parfois un service d'hospitalisation à domicile ou un prestataire de soin pour assurer cette mission. L'HAD ou le prestataire fournissent le matériel nécessaire aux soins (pousse seringue automatisé, perfusions, lit médicalisé, médicaments…) et recrutent les professionnels (kinésithérapeutes, IDEL, auxiliaires de vie...) pour la prise en soin.

L'infirmière libérale est alors seulement rémunérée pour les soins réalisés, elle ne facture pas le forfait coordination. Dans les autres cas, l'infirmière libérale en collaboration avec le médecin généraliste assure la coordination au domicile entre les différents intervenants. Lou préfère travailler avec les prestataires de service, elle dit : « *c'est notre intermédiaire, on les a beaucoup plus facilement. On n'emmerde pas le service ni les internes. Ils font le lien, la coordination mais des fois ils ont aussi du mal à avoir les informations [...] Ils se déplacent dans les services. Ils connaissent les heures pour joindre un médecin ou un interne alors que nous selon les impératifs de la tournée c'est plus compliqué, tu ne saisis pas le bon moment* ». Les HAD dépendent d'un CHU et gardent un mode de fonctionnement fortement inspiré du système hospitalier. La relation entre les professionnels est horizontale, c'est l'HAD qui pose le mode de communication et les horaires de leur permanence. Carine relate la prise en soin d'un patient en fin de vie : « *L'HAD fournit le matériel, ils font le boulot de prestataire et nous les soins, il y a un classeur de transmission. Ils nous appellent une fois par semaine pour le matériel et pour savoir si tout va bien* ». En cas d'urgence, elle les appelle comme « *pour le patch de Durogesic (antalgique morphinique) mais ils n'aiment pas ça car ça ne correspond jamais à leurs horaires, on les embête* ». L'HAD a proposé à Carine un mode de communication asynchrone, «*de plutôt fonctionner par mail, mais moi je préfère le téléphone, comme ça tu as quelqu'un et tu lui dis ce que tu veux et c'est fini. Tu es sure qu'ils ont eu l'information. Les mails, il faut regarder les réponses. Tu ne sais pas s'ils les ont reçus. En plus, les HAD ne sont pas aussi souples que le libéral. Tu demandes quelque chose et ça peut prendre du temps pour le recevoir alors que tu en aurais besoin l'après-midi même* ». Les HAD appliquent un mode de fonctionnement hospitalier qui s'adapte difficilement aux contraintes du travail au domicile. Les infirmières observées préfèrent tous travailler avec des prestataires de soin. Gaëtan et David entretiennent des rapports privilégiés avec les prestataires, ils communiquent régulièrement par SMS et téléphonent avec eux. Lors de l'observation, Gaétan reçoit un SMS du prestataire : « *elle avait besoin du numéro d'une patiente que j'avais dans mon téléphone, je lui ai envoyé la fiche ».* David les contacte *« une fois par semaine pour faire un point et entretenir les relations diplomatiques ».* Les prestataires emploient des infirmières coordinatrices pour faire le lien entre les services et les infirmières libérales. Ce sont souvent d'anciennes infirmières hospitalières qui connaissant bien le fonctionnement de l'hôpital. La relation de travail avec les infirmières libérales est une relation en réseau, plus flexible.

Elle est plus symétrique que la relation avec l'HAD, qui est un service hospitalier. Les outils de communication utilisés sont mixtes, leur choix dépend du contenu des échanges. Lola me dit que les prestataires l'appellent pour un *« accord de la prise en charge ».* Elles exposent le cas clinique du patient et évaluent ensemble le matériel nécessaire*.* Dans un second temps, elle reçoit « *les coordonnées de la patiente »* par SMS, ce qui lui permet de les enregistrer directement dans son smartphone. Et enfin, elle reçoit « *par mail pour l'ordonnance »,* le format numérique lui permettra de l'enregistrer directement dans son logiciel pour la facturation. Les prestataires s'adaptent au mode de communication de l'infirmière libérale et introduisent une relation plus horizontale contrairement à l'HAD, qui reproduit un fonctionnement hospitalier plus rigide.

Les pharmaciens

L'infirmière libérale réalise les piluliers et gère le stock de médicaments chez le patient. Généralement, les familles et les patients autonomes se déplacent pour chercher leurs boites de traitement à la pharmacie. Pourtant, les infirmières libérales commandent et récupèrent bénévolement les traitements des patients dépendants, en l'absence de famille. Lors des observations, une seule pharmacie livrait les médicaments au domicile. Le pharmacien d'Aurore a une application smartphone qui « *facilite la vie, c'est royal. Un truc démentiel qu'il a fait, ça a dû lui coûter une blinde mais c'est génial ».* Elle s'identifie en tant que professionnel de santé, photographie l'ordonnance du patient et peut mettre des *« commentaires. Merci de remplacer ça par ça ou rajoutez cinq bandes. Je ferai l'ordonnance après. Il me la prépare. Il m'envoie un mail quand c'est prêt et je n'ai plus qu'à la récupérer. Je lui donne l'ordonnance papier quand je vais récupérer le tout. En attendant, moi, j'ai gagné un passage à la pharmacie pour déposer l'ordonnance et reste celui pour tout récupérer* ». La communication avec la pharmacie s'apparente plus à des relations de coopération entre professionnels voire à des relations commerciales. Les infirmières libérales communiquent principalement par téléphone pour les modifications de traitement, elles téléphonent avec leur smartphone lors des soins du patient concerné ou sur les trajets entre les patients.

Elles utilisent les e-mails, le fax ou des applications pour envoyer les ordonnances mais la plupart des infirmières continuent à déposer l'ordonnance et à récupérer les médicaments en personne lors de leur pause déjeuner. David préfère passer à la pharmacie car « *les pansements, ils n'y connaissent rien les pharmaciens. Tu vas leur demander un truc, des fois tu cherches avec eux le code sur l'ordinateur ou je vais voir dans leur stock* ». De plus, rencontrer en face à face le pharmacien permet à David « *d'entretenir les relations* ». Le pharmacien peut recommander David à un patient qui chercherait un infirmier libéral et réciproquement.

Outre le spectre du smartphone, des modifications récentes des champs professionnels sont susceptibles d'avoir modifié les relations entre professionnels. Depuis 2013, les pharmaciens réalisent des entretiens pharmaceutiques remboursés par l'assurance maladie pour les patients traités par anticoagulants oraux et les patients asthmatiques (Assurance Maladie, 2023d). Lors de l'observation, les relations entre professionnels ne semblaient pas modifiées, mais entre 2019 et 2023, les compétences des pharmaciens se sont élargies. Alors qu'auparavant ils ne réalisaient pas d'actes franchissant la barrière cutanée du patient, ils ont acquis le droit de prescription et d'administration des vaccins du calendrier vaccinal aux adultes et aux enfants à partir de l'âge de 11 ans. Les infirmières et les pharmaciens peuvent donc se trouver en concurrence sur certains actes comme les vaccinations ou l'éducation du patient. La question de la vaccination au domicile des patients par les pharmaciens a été posée en 2021, par Pierre-Olivier Variot, président d'un syndicat de pharmacien (Pascal, 2021) mais le champ de compétence des infirmières libérales avait été réaffirmé par le ministère de la santé. En 2023, l'Ordre National des Pharmaciens, interrogé par un magazine infirmier, affirme que « selon l'interprétation du ministère, la réalisation de la vaccination en dehors du lieu d'exercice serait désormais possible pour les pharmaciens. Compte-tenu de nos exercices respectifs, dans les faits, la vaccination à domicile devrait continuer à être majoritairement assurée par les IDE, en accord avec les choix du patient. » (Infirmiers.com, 2023). Les champs de compétences des infirmières et des pharmaciens continuent donc d'évoluer, une étude plus approfondie serait nécessaire afin d'en définir les conséquences sur leurs relations professionnelles et sur la qualité des soins.

Les laboratoires d'analyses médicales

Les infirmières libérales utilisent aussi le smartphone pour les communications avec les laboratoires d'analyse médicale. La prise de sang peut être réalisée par l'infirmière ou par un laborantin au domicile du patient. Popy, par exemple, n'effectue plus les prélèvements sanguins car « *ça ne vaut pas le coup de piquer les bilans, on laisse faire les labos qui envoient les résultats par courrier dès le lendemain* ».

Les résultats de ces analyses sont indispensables pour ajuster le dosage de certains traitements comme les anticoagulants ou l'insuline. Les infirmières ne reçoivent pas directement les résultats, seuls les patients et leurs médecins sont destinataires des e-mails ou courriers. Le médecin doit alors communiquer la nouvelle ordonnance à l'infirmière qui administrera la prescription au patient. Lors des observations, toutes les infirmières ont appelé le laboratoire pour demander un résultat. Viviane explique que les résultats « arrivent *de plus en plus tard depuis la restructuration des laboratoires en grosses structures. Quand il y a un résultat inquiétant »* elle téléphone *« au médecin aussi car il ne lit pas forcément les bilans. Ça nous donne le double de travail. Ils s'en foutent les médecins de toute manière. Le laboratoire, il t'envoie les résultats et met en gras les différences mais il ne fait pas plus. Même quand le résultat est catastrophique, ils ne se mouillent pas ce n'est pas leur job. Ils mettent en gras les écarts c'est tout. Ils n'ont pas d'application et ne téléphonent pas* ». Malgré les propos de Viviane, de plus en plus de laboratoires ont un site Internet ou une application destinée aux patients et aux professionnels mais les infirmières continuent de vérifier les résultats par téléphone et font valider les modifications par le médecin. La connexion au site sécurisé du laboratoire nécessite d'avoir ouvert un compte au préalable. Daphnée a essayé de créer un espace professionnel sur le site d'un des laboratoires mais sans succès. Après cette expérience infructueuse, elle préfère le téléphone qui est un artefact technologique plus ancien mais plus fiable selon son expérience. Seul le laboratoire d'Aurore envoie les résultats des patients « *par SMS* », ce qui lui permet de gagner du temps. Elle trouve ce mode de communication plus pratique que le téléphone ou de devoir créer un compte sur le site du laboratoire.

Aurore dit que cet « *espace professionnel »* ne l'*« intéresse pas. J'ai assez de mails comme ça, dans la journée, pour en plus avoir ceux du labo. Ce n'est pas mon boulot de m'occuper des résultats sanguins, la seule chose qui m'intéresse c'est d'équilibrer les TP INR. Mais après, ce n'est pas mon travail de regarder les analyses de tout le monde ».* Traditionnellement, les infirmières libérales sont pas destinataires des résultats des analyses biologiques car elles ne peuvent pas modifier le dosage des traitements sans la prescription du médecin ou un protocole préalable. Sur le terrain, elles récupèrent souvent les résultats à la demande du patient et font valider au médecin leur proposition d'adaptation de dosage. Les laboratoires d'analyse ont d'ailleurs pris en compte leur action puisqu'ils proposent un accès professionnel de santé sur leur site, qui permet de visualiser les résultats avec l'accord du patient. Lors des observations, peu d'infirmières avaient ouvert leur compte professionnel mais on peut faire l'hypothèse qu'avec la généralisation des résultats envoyés par ce mode de communication, les infirmières vont rapidement s'approprier ces accès professionnels.

Les auxiliaires de vie

Les auxiliaires de vie accompagnent les patients dépendants dans les gestes de la vie quotidienne. Cet emploi dédié au care est principalement occupé par des femmes issues des classes populaires (Avril & Schwartz, 2014). Traditionnellement, elles communiquaient avec les infirmières via le cahier de transmission au domicile du patient. Le cahier est destiné à être lu par tous les intervenants de la prise en soin du patient, famille incluse. Les auxiliaires y notent les repas et boissons prises par le patient, la fréquence des selles ou simplement notifient leur passage. Cependant, l'écrit n'est pas le mode privilégié de communication, tant pour l'infirmière que pour l'auxiliaire de vie. Le téléphone ou les SMS sont privilégiés pour la micro-coordination comme les ajustements d'horaires ou pour les urgences. Lou a averti de son retard, lors de sa panne de voiture, elle a demandé à l'auxiliaire de vie de *« débuter la toilette ».* Le téléphone assure aussi le contrôle des destinataires du message. Les auxiliaires de vie appellent Lou pour lui dire « *des choses qu'elles ne veulent pas dire devant les patients ou écrire sur le cahier ».* Elles décrivent des signes cliniques d'une patiente « *un peu agressive »* ou partagent des propos que leur a confié la patiente.

Néanmoins, le travail des auxiliaires de vie reste confiné au domicile du patient, seule l'enquête de Christelle Avril (Avril & Schwartz, 2014) a mis en lumière ces travailleuses invisibles du care.

En résumé

Là où les interactions patient-infirmier via le smartphone nous ont permis d'explorer l'évolution des modes de présentation de soi et les codes de politesse, celles entre infirmier et médecin nous permettent d'explorer les relations de pouvoir entre les deux professions. Les interactions avec les médecins généralistes se sont métamorphosées. L'accès entre professionnel est multimodal, plus direct et rapide mais c'est le médecin qui décide du mode de communication dans la relation. L'infirmière ne patiente plus dans la salle d'attente des médecins. Cependant, a-t-elle gagné en autonomie ? Elle est toujours dépendante des prescriptions médicales que ce soit pour l'adaptation des dosages ou la facturation des actions relevant de son rôle propre. L'outil technologique ne modifie pas la nature des relations professionnelles, il offre de nouveaux moyens de communication dont les acteurs se saisissent. Une partie du travail de l'infirmier libéral reste invisible pour les tutelles de santé. Une enquête de la DREESS établie que deux tiers des médecins libéraux collaborent au moins une fois par semaine avec des infirmiers (DREES, 2023). Lors de mon observation, toutes les infirmières ont contacté un médecin mais aucune n'a reçu un premier appel de ces derniers. L'enquête de la DRESS auprès des médecins généralistes ne s'interroge pas sur le professionnel à l'origine de la communication mais valorise le rôle collaboratif des médecins. De même, il est spécifié sur le site de l'assurance maladie qu'*« avec le Ségur du numérique, la majorité des logiciels de gestion de cabinet sont mis à jour pour rendre l'alimentation du DMP plus simple et plus fluide (dispositif qui ne concerne que les médecins, les établissements, les praticiens en exercice coordonné, les laboratoires d'analyses médicale et les pharmaciens)»*(Assurance Maladie, 2023c). Alors que les infirmières ont l'obligation de tenir un dossier patient et de posséder des logiciels de facturation, la contribution éventuelle de leur logiciel, au DMP, n'est pas mentionnée.

Le travail des infirmières libérales reste peu visible sur les sites gouvernementaux pendant que d'autres acteurs, comme les pharmaciens, font bouger les lignes interprofessionnelles en envisageant d'élargir leur champ d'action vers le domicile. Est-ce que le fait de travailler dans l'intimité des domiciles et le nomadisme des infirmières libérales rendent leur travail moins visible ? Les infirmières libérales ont-elles un rapport à l'espace-temps particulier comme le suggèrent Vilbrod et Douguet dans leur étude (Vilbrod & Douguet, 2006) ?

3.4 Le public et le privé

Est-ce que le smartphone modifie la division des rôles et des espaces de travail de l'infirmière libérale ? Contrairement aux médecins généralistes ou aux infirmières hospitalières qui ont un espace de travail défini (hôpital, salle de consultation…), les infirmières libérales sont nomades. Elles peuvent recevoir des patients à leur cabinet, mais l'essentiel de leur activité se réalise au domicile du patient. Les temps de trajets entre les patients représentent presque un cinquième de leur temps de travail (URPS PACA, 2018). Avant l'avènement du téléphone portable, les temps et les espaces de travail étaient définis, le travail administratif et la réception des messages se réalisait en dehors des temps de soin. Les infirmières libérales étaient joignables sur la ligne fixe de leur cabinet, un répondeur recueillait les messages lors de leurs absences. Certains cabinets d'infirmiers employaient une secrétaire. Après sa tournée, Martine écoutait « *les messages sur le répondeur »* et devait *« repartir chez les patients ».* A l'hôpital, la séparation entre les temps de coordination et les temps de soins perdure. Le soin se réalise dans la chambre du patient à certains horaires alors que le bureau infirmier est dédié à la préparation des soins et au travail administratif. Parfois, la division du travail est formalisée, une infirmière ou une secrétaire réalise le travail de coordination, sur un temps de « coupé », pendant que les autres infirmières soignent les patients sur les horaires de roulement hospitalier. Le travail de coordination des espace-temps travail et personnel reste complexe. Les infirmières hospitalières réalisent « *des prouesses quotidiennes pour faire face au cumul de leurs contraintes temporelles »* (Bouffartigue & Bouteiller, 2006). Bouffartigue et Bouteiller ont identifié une compétence temporelle de « *jongleuse* » que les infirmières développent au cours de leur processus de socialisation professionnelle (Bouffartigue & Bouteiller, 2008).

Malgré les « *prouesses quotidiennes* », une meilleure conciliation de l'articulation de la vie privée et de la vie professionnelle est une des motivations à migrer de l'exercice salarial à celui libéral. Les roulements de travail, les horaires atypiques et le manque de souplesse dues aux difficultés de remplacements sont peu compatibles avec les obligations parentales. Un tiers des soignants abandonnent la profession salariée pour ces raisons, selon une enquête menée sur plus de 5000 soignants travaillant dans 55 établissements français (Jasseron et al., 2006).

En 2006, Vilbrod et Douguet avaient mis en évidence un rapport à l'espace-temps spécifique et l'importance de « la gestion de l'emploi du temps » des infirmières libérales (Vilbrod & Douguet, 2006) mais n'avaient pas décrit plus en profondeur ce sujet. Plusieurs infirmières libérales, observées au cours de cette thèse, ont fait le choix de l'exercice libéral pour maitriser leurs horaires et leur emploi du temps. Une organisation de travail plus souple qu'à l'hôpital leur permet d'ajuster leur tournée à leurs activités personnelles et au rythme scolaire de leurs enfants. Certaines infirmières, sélectionnent leur patientèle pour maitriser ce critère et refusent des soins non compatibles avec celui-ci. Mais travailler en libéral, c'est aussi réaliser des adaptations du domaine personnel vers celui professionnel. Lou, Popy ou Lola ont déjà pris leurs enfants sur la tournée lorsqu'elles n'avaient pas de mode de garde. La différence de salaire permet à Aurore, mère célibataire, de salarier une assistante maternelle à domicile pour s'occuper de ses enfants et se libérer du temps de travail. Martine, dont les enfants sont adultes, planifie des temps pour ses activités associatives et ses différents engagements. L'arrivée du téléphone portable a rendu la séparation des espaces temps traditionnels plus perméables, les infirmières libérales sont joignables sur leur temps personnel comme sur leur temps de travail. Par exemple Lou, Popy et Gaëtan réalisent un « appel rituel du matin » à leur conjoint, faute d'avoir pu converser le matin lors de leur réveil matinal. Cet appel leur permet de renforcer leurs contacts mais aussi de coordonner leurs tâches domestiques. Gaëtan rappelle à son conjoint d'étendre la lessive quand Popy organise la gestion du repas du soir. Le smartphone permet une ouverture au monde. Que l'infirmière soit en transport ou en soin chez un patient, elle peut consulter ou communiquer via Internet et les réseaux sociaux avec ses proches. Elle peut coordonner sa vie personnelle, professionnelle et répondre à tous, quel que soit le moment ou le lieu.

Cependant, la majorité des appels reçus par les infirmières, lors de la tournée, ne sont pas privés mais professionnels. Grâce au smartphone, les infirmières emmènent leur « bureau » au domicile du patient. Elles reçoivent des appels ou SMS de nouveaux patients, des familles et de patients ponctuels ou réguliers. Les autres infirmières du cabinet leur envoient aussi des messages comme les « SMS de facturation ». En tant que cheffe d'entreprise, elles sont également la cible privilégiée des démarcheurs commerciaux. Le téléphone mobile leur permet d'être en soin avec un patient particulier, tout en étant connecté au reste de leur patientèle et de leur cabinet. Les infirmières libérales peuvent répondre aux sollicitations de leurs rôles de parent, de conjoint, de chef d'entreprise, de soignant, de collègue sans distinction de lieu ou de temps de réception de l'appel. Ce don d'ubiquité a pour contrepartie une vulnérabilité au monde qui implique une mobilisation de chaque instant. L'attention de l'infirmière est déportée vers l'extérieur, vers un autre interlocuteur. Les sollicitations se manifestent par des appels, des SMS, des notifications qui interrompent le moment présent, la relation de soin. Maurizio Ferraris évoque la « militarisation de la vie individuelle », l'utilisateur de smartphone est interpellé constamment, mis en demeure de répondre aux appels (Ferraris, 2016). Cette notion renvoie la question philosophique plus large du rapport aliénation, liberté et technique. Le smartphone accroit-il notre liberté en augmentant technologiquement nos capacités humaines et en nous libérant de certaines tâches, ou nous réduit-il au rôle du domestique sommé de répondre à la sonnette de son maître ? Je ne répondrai pas directement à cette question qui divise depuis longtemps technophiles et technophobes mais décrirait les usages observés chez les infirmières libérales.

Le smartphone nous interpelle via trois sens sur cinq. Visuellement, les pastilles sur l'écran d'accueil du smartphone ou le flash nous informent qu'un message ou une notification est reçu. Le son des appels, des SMS et des notifications nous pousse à décrocher ou à vérifier l'identité du requérant. La sensation devient corporelle, lorsque l'appareil vibre dans nos poches pour signaler un appel. Les infirmières observées ont reçu près de 80 notifications et une cinquantaine d'appels et de SMS sur une journée de travail, sans compter les e-mails. Caroline Datchary a réalisé une enquête ethnologique sur plusieurs types de travailleurs recevant de multiples sollicitations « dans un empan temporel serré », elle en a établi le concept de dispersion (Datchary, 2011).

D’un côté, ce concept peut être vu de façon négative comme un éclatement de l’attention entre les différentes sollicitations, voire un éparpillement de son attention. L’attention est considérée comme une nouvelle ressource rare par une branche de l’économie, la valeur passant de l’objet marchand au récepteur (Citton & Crary, 2014). Dans une société capitaliste de surabondance d’informations et d’opportunités, seules les capacités d’attention du consommateur réduisent la réception.

D’un autre côté, le concept de dispersion peut être une maitrise de l’ensemble des différents éléments d’une situation complexe qui nous donnerait accès à une vision panoptique de la situation. Le smartphone permet d’élargir les possibilités de prise en soin du patient. L’infirmière, par exemple, a accès aux résultats d’analyses biologiques et au médecin en temps réel, ce qui permet une coordination plus efficiente. Cependant, la somme des informations liée à une vision panoptique de toutes les prises en soin des patients de la tournée peut être difficilement traité. Comment l’infirmière gère t’elle ces informations et sollicitations, tout en maintenant son attention dans l’interaction avec le patient présent en face d’elle ? Le tiraillement n’est pas qu’« une charge mentale » ou une charge cognitive (C. Martin et al., 2013), il se manifeste physiquement. L’infirmière ne peut pas être, au même moment, au téléphone avec un autre interlocuteur et accorder une écoute active au patient présent en face d’elle. L’objet smartphone s’introduit entre eux, il devient une barrière qui marque les limites de la sphère professionnelle dans la relation avec le patient et dans l’espace physique du domicile. Le tiraillement est aussi temporel, lorsque l’infirmière est interpellée par les notifications ou appels, elle est appelée vers une situation future ou passé. Elle se projette sur une autre action, sur un autre patient au dépens de sa concentration sur la relation présente. Pour Jauréguiberry, c’est une logique critique qui pousse les acteurs à ne pas se soumettre à la tyrannie d’une simultanéité constante (Jauréguiberry, 2003). Ils prennent conscience du coût de l’ubiquité et élaborent des tactiques pour s’y soustraire. Les usages des infirmières observées sont nombreux : séparer les téléphones personnels et professionnels, séparer les lignes téléphoniques, éteindre ou éloigner physiquement l’appareil pendant les soins ou lors de ses vacances, filtrer les correspondants préalablement autorisés... Nous allons étudier les différentes « ruses », bricolages et « tactiques » mises en place par les infirmières.

Tactique fonctionnaliste

Les concepts de statut et de rôle du courant fonctionnaliste peuvent nous éclairer sur les tiraillements de l'infirmière libérale. Le statut est *« la place qu'un individu donné occupe dans un système donné à un moment donné »* (Linton, 1999). Le rôle est *« l'ensemble des modèles culturels associés à un statut donné. Il englobe par conséquent les attitudes, les valeurs et les comportements que la société assigne à une personne et à toutes les personnes qui occupent ce statut »* (Durand & Weil, 2006). Les infirmières observées ont un statut professionnel d'infirmière libérale auquel sont associés différents rôles (administratif, soignant, collègue…) mais elles sont aussi des mères, des conjointes, des chefs d'entreprise. Afin de séparer les rôles professionnels de ceux personnels, certaines infirmières ont fait le choix d'avoir deux téléphones portables avec deux numéros de téléphones et deux abonnements différents.

- Division des rôles professionnels et personnel en séparant les outils

Daphnée, Sonia et Julie se transmettent le smartphone professionnel lors des relèves, elles le déposent dans la boîte au lettre du cabinet ou chez le premier et dernier patient de la tournée. Comme à l'hôpital, seule l'infirmière qui travaille reçoit les appels professionnels, celle qui est de repos n'est pas dérangée sur son temps personnel. Plusieurs facteurs réduisent l'efficacité de ce modèle, basé sur le principe d'un téléphone associé à une fonction. Le choix technologique du smartphone professionnel est décisif. Les téléphones professionnels sont souvent les anciens smartphones du titulaire ou des appareils de moyenne gamme de prix. Les infirmières appliquent le même raisonnement économique aux forfaits, qui sont souvent moins chers et moins performants. Daphnée a deux téléphones mais elle utilise son portable personnel pour « *taper des textos* » et son « *4g plus performant* » pour naviguer sur les applications. Elle dit : « *sur le wiko (marque du portable professionnel), c'est que « téléphone et message », après il y a les pages jaunes sur les deux mais je ne m'en sers que sur le mien ».* Outre la performance de l'outil, son appropriation par l'utilisateur est importante. Daphnée préfère l'ergonomie de son téléphone personnel, mais contacter des patients avec son téléphone personnel limite le cloisonnement des fonctions. Lors d'un appel ou SMS, les patients enregistrent le numéro de

l'interlocuteur comme un numéro professionnel, ils sont susceptibles de l'utiliser à l'avenir.

La séparation entre téléphone personnel et professionnel permet de contenir les appels des nouveaux patients qui appellent sur la ligne professionnelle, mais reste perméable aux autres patients qui ont déjà été contacté une fois par l'infirmière, via son téléphone personnel. La clientèle des infirmières libérales étant surtout des patients chroniques, le risque d'avoir déjà appelé avec son téléphone personnel est plus élevé. Les infirmières vont alors bricoler des filtres en enregistrant à leur tour le numéro des patients chroniques sur leur téléphone personnel.

Une variante observée de la séparation fonctionnaliste des appareils est le transfert d'appel d'une ligne fixe professionnelle sur le portable de l'infirmière qui travaille. Cette option plus économique, permet de transférer les appels sur un seul smartphone payé avec le compte professionnel, cependant le problème d'interopérabilité entre les téléphones des différentes infirmières devient crucial. L'infirmière enregistre dans une « fiche contact », le numéro, l'adresse et certaines informations administratives des nouveaux patients sur son smartphone personnel. Cet enregistrement prépare le filtrage des appels par reconnaissance de numéro. La « fiche contact raccourcit le temps de temps de relève, en transmettant automatiquement les coordonnées téléphoniques et la localisation du nouveau patient. Si les téléphones sont de la même marque ou interopérables, l'infirmière peut envoyer la fiche sous forme de SMS à sa collègue. Cette dernière l'enregistrera automatiquement, ce qui est une économie cognitive appréciée par les infirmières observées. Dans le cas contraire, elle doit recopier l'ensemble des données pour sa collègue ou s'envoyer un SMS, avec les informations, et les copier-coller. Le transfert de numéro permet donc d'utiliser son smartphone habituel pour un usage professionnel, mais peut devenir une charge de travail supplémentaire, au cours des transmissions, selon les choix technologiques des infirmières.

Les tactiques des infirmières sont évolutives selon les circonstances ou les équipes. Par exemple, Daphnée et sa collègue utilisaient initialement leur téléphone personnel. Elles avaient des cartes de visite avec leurs numéros personnels comme dans le cabinet de Gaëtan. Elles ont décidé de prendre un portable professionnel, pour limiter les appels reçus sur leurs jours de repos, notamment ceux d'une patiente atteinte d'une maladie psychiatrique qui les appelait plusieurs fois dans la nuit, sans problème

urgent. Martine a décidé de garder la ligne professionnelle sur son portable personnel afin de gérer les appels des patients, tous les jours.
Elle ne veut pas déléguer ce travail à ses collaboratrices récemment recrutées. Elle me dit que le choix est temporaire, elle basculera la ligne sur la collègue qui travaille lorsqu'elle sera plus expérimentée.

Division des rôles et du temps de travail : public et privé

- ### Invisibilité du travail de nuit

Les infirmières libérales assurent la continuité des soins de leur patientèle propre en dehors des heures d'ouverture de leur cabinet. Comment gèrent-elles les sollicitations les nuits et les weekends ? Les agences régionales de santé, qui ont pour mission d'organiser le système de soins en région, décrivent sur leur site Internet, les modalités de permanence des soins médicaux et dentaires, mais la permanence des soins infirmiers de ville reste invisible (ARS, 2023). Seul, le code de déontologie infirmier, précise que « *dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité »* (Art. R. 4312-12). Si l'infirmier *« décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins* » (Code de déontologie des infirmiers, 2006). La continuité des soins, sous entends que les infirmières libérales se relaient auprès du patient les weekend et jours fériés inclus. L'intervention de nuit est d'ailleurs prévue par l'assurance maladie puisqu'il existe un tarif de nuit (Assurance Maladie, 2023a) mais en l'absence de textes juridiques clairs, les infirmières se positionnent différemment. Cependant, les soins de nuits sont très rares. D'après une enquête de 2017, sur 286 infirmières libérales, la fréquence des appels de nuit varie entre 2 à 12 fois par an par tournée. Les appels concernent principalement des perfusions, des décès ou des angoisses des patients et des proches (URPS PACA, 2018). La majorité des infirmières libérales observées précise qu'ils ne sont pas « *de garde* » en opposition à l'hôpital qui assure un service continu. Les nuits et les vacances sont les espaces temps les mieux protégés par les infirmières mis à part quelques exceptions que nous étudierons. Les infirmières organisent leurs soins afin de ne pas être dérangé

la nuit. Les horaires de pose de perfusion sont habilement calculés pour que l'infirmière puisse enlever le dispositif au matin.

Popy avertit ses patients qu'elle ne répond pas la nuit, elle dit :« *sinon tu n'arrêtes pas. Si ça ne va pas il y a les pompiers, le SAMU. Ils sont faits exprès de toute manière. Je ne suis qu'infirmière, je ne pourrais rien vous passer, non, on est claires* ». Popy anticipe ce type de situation en ne sélectionnant que des patients dont les soins ne demanderont pas d'intervention nocturne de sa part. Elle préfère refuser un patient que d'intervenir la nuit. D'autres infirmières comme Julie définissent des horaires de fin de service : *« on n'est pas de garde, donc à partir du tarif de nuit, on n'est pas censé répondre [...] officiellement vers 20h, on arrête un peu de regarder le téléphone ».* Julie énumère quelques exceptions à cette règle : *« si on attend un retour d'hospitalisation ou si quelqu'un est parti aux urgences en fin de journée. On attend des nouvelles de la femme. On leur dit éventuellement appelez nous même si vous rentrez à 2h du matin. Laissez-moi un message. Au moins je sais que vous êtes rentré, et moi je vous rappellerai demain matin* ». Pour des cas exceptionnels comme des patients en fin de vie, Gaëtan utilise une option de filtrage de son téléphone. Le téléphone est en silencieux sauf pour le numéro du patient présélectionné, il préfère que la famille lui téléphone car le bruit plus subtil des textos ne le réveille pas la nuit.

Les infirmières qui utilisent leur téléphone personnel préviennent leurs patients habituels lorsqu'elles partent en congé. Elles laissent un message, sur leur répondeur, avec les coordonnées de leur collègue. Malgré ces précautions, Lola a déjà reçu un appel de patient, lors de ses vacances en plein désert du Maroc. Les mesures de cloisonnement permettent donc de limiter les sollicitations entre le rôle personnel et le rôle professionnel mais la frontière reste perméable. La liberté des choix d'horaires de travail du professionnel libéral et l'absence de cadre législatif précis, concernant la continuité des soins la nuit, renforcent une gestion individuelle des situations. Enfin, les tactiques de cloisonnement observées centralisent les appels professionnels sur l'infirmière qui travaille. Le temps professionnel est lui-même divisé pour laisser une place aux soins directs du patient.

- Optimisation des temps de pause et de trajet

Les infirmières structurent leur journée de travail. Elles utilisent les temps de trajet entre les patients et les temps de pause méridienne pour réaliser le travail administratif afférent aux soins ainsi que les appels personnels.

David garde son téléphone en vibreur et en sonnerie mais ne réponds pas pendant les soins. En moto, la vibration lui permet de sentir l'appel et de décrocher avec le Bluetooth de son casque de moto. L'infirmière libérale passe près de 19% de son temps dans les transports entre les patients (URPS PACA, 2018), le smartphone permet de « *rentabiliser* » ce temps en passant des appels professionnels ou personnels. Le véhicule devient un espace de travail pour l'infirmière nomade. Daphnée me dit : « *le siège passager c'est mon bureau. J'ai mon agenda personnel, mon agenda professionnel, le classeur avec les ordonnances, les étiquettes, la mallette avec les clés, les médicaments »*. Lou contacte les laboratoires d'analyse. Viviane rappelle à un patient son rendez-vous du lendemain. Popy s'occupe d'organiser la gestion des déchets médicaux ou réponds aux familles entre deux patients, elle dit « *rentabiliser les trajets entre deux patients* ». David maitrise l'art de l'appel en scooter. Il choisit les appels, qu'il doit passer de son casque Bluetooth, en fonction de la durée du trajet et de la qualité du réseau. Il évite de téléphoner, sur les portions de route les moins desservies en réseau 4G, pour que la conversation ne soit pas coupée. David va adapter la durée et le lieu de l'appel selon l'objet de la conversation. Il dit : « *Je ne prends pas le risque qu'il n'entende pas bien, qu'il y ait du vent ou que ça coupe. Si j'ai besoin de parler au calme et sérieux, je n'appelle pas en roulant. J'appelle à la pause [...] Si j'appelle en roulant, c'est après avoir évalué que la distance entre les deux patients me permet d'avoir assez de temps pour passer l'appel. Je veux que ma tournée soit fluide, je ne veux pas à avoir à m'arrêter pour passer un coup de fil. Si j'ai besoin de temps pour parler, je le fais à la fin ou sur un trajet qui est long. Si c'est un truc sérieux où j'ai besoin d'un environnement plus calme pour parler, je n'appelle pas en roulant. Ça dépend du motif de l'appel, après si c'est pour faire le point quand le patient va bien sur le matériel, je peux le faire en roulant ».* Lorsque le sujet de l'appel est plus complexe, Viviane préfère se garer afin de rester concentré sur une seule tâche et de prendre éventuellement des notes. Popy n'utilise pas le Bluetooth, elle dit : *« c'est un truc qui m'énerve. Tu entends la conversation de tout le monde à côté, alors ça m'insupporte ».* Elle m'explique qu'elle met son téléphone, en mode haut-parleur, entre ses cuisses : *« je le mets en l'air comme ça, puis je parle tout le long ».* Elle demande oralement à l'assistant vocal *« SIRI »* d'appeler son

interlocuteur ou elle lui dicte des SMS. Cependant, elle a rencontré des difficultés avec l'assistant vocal car elle ne *«ne vérifiait pas »* les SMS avant de les envoyer. Elle dit : *« des patients que je connaissais bien m'ont envoyé un point d'interrogation ».*

Après relecture du SMS, Popy a réalisé que l'assistant vocal avait écrit « *on ira manger une raclette ».* Dorénavant, elle *« jette juste un coup d'œil avant d'envoyer. Tout ça je le fais en voiture, car comme ça, je ne l'ai pas dans ma main. C'est pour avoir le moins de manipulation sur mon téléphone, pour ne pas se planter, même si ce n'est pas bien de le faire en voiture. Tu es toujours pressé et voilà ».*

Le smartphone a permis de rentabiliser le temps de trajet des infirmières libérales, elles appellent, dictent des SMS ou plus récemment des messages vocaux. La communication orale est adaptée au travail nomade des infirmières, mais fait surtout partie de leur culture professionnelle, comme nous l'avons vu dans la partie historique de cette thèse. Un magazine professionnel d'infirmière libérale se décline d'ailleurs en podcast car « *chaque jour, les infirmières libérales passent des heures en déplacement, et dans leur véhicule… bien plus que dans leur propre cabinet. L'Infirmière libérale magazine s'adapte à ce mode d'exercice très particulier et s'invite dans les tournées* » (Espaceinfirmier.fr, 2018). Gaëtan trouve dangereux d'utiliser le Bluetooth en scooter, il ne passe que des appels urgents lors des temps de trajet. Il dit : j'utilise *« ma pause pour tout ce que l'on peut décaler. De 13h à 17h, j'essaye de mettre là les appels, mes messages, tout ce qui n'est pas urgent. Après s'il y a un problème à régler tout de suite, je m'arrête et je le règle. C'est vrai que le téléphone, on l'utilise tout le temps finalement ».* Toutes les infirmières observées réalisent du travail administratif sur le temps de pause méridienne. David décrit ce travail comme « *une deuxième partie de ton boulot* [...] *des fois j'arrive tôt, à 10h-10h30, j'enchaine les coups de fil pendant au moins 1h* [...] *ce n'est pas trois bricoles, quand tu veux faire les choses bien ou que la situation le nécessite. Quand Mr Z ne va pas bien, tu appelles le médecin traitant, le pharmacien, le prestataire. Tout ne se goupille pas avec un appel de trois minutes. J'ai mis en place chez les patients des fauteuils coquilles, ça a duré des mois, il fallait faire des ententes préalables. Le médecin traitant, il ne savait même pas ce que c'était. Il n'avait jamais dû en faire ».*

Malgré la division du travail et le report des tâches administratives sur les temps de pause et de trajet, les notifications et appels sont susceptibles d'interrompre les infirmières au cours des soins. Lola a fait le choix de le laisser dans la voiture.

- Quand le smartphone reste à la porte du domicile du patient

Lorsque l'infirmière emmène son smartphone au domicile du patient, elle prend le risque que sa relation de soin soit interrompue par les appels et notifications. Comment le patient vit il la présence de cet objet à son domicile ? La sociologie interactionniste peut nous aider à explorer cette question.

Erving Goffmann identifie huit réserves de territoire du moi : l'espace personnel, la place, l'espace utile, le tour, l'enveloppe (corporelle), le territoire de la possession, les réserves d'information et les domaines réservés à la conversation (Goffman, 1973). Bonneville et Grosjean se sont appuyé sur le travail de Goffman pour étudier l'introduction de l'ordinateur portable lors des visites au domicile des soignants au Québec (Bonneville & Grosjean, 2009). Ils décrivent l'ordinateur portable du soignant comme un marqueur de frontière entre l'espace personnel du patient et celui utile du soignant. L'intrusion de cet objet peut être vécu comme une offense territoriale, même si le patient a invité le soignant, dans son espace personnel, via la contractualisation de la relation de soin. Dans cette étude, l'ordinateur portable permet d'accéder au dossier du patient, c'est un outil de travail pour le professionnel, mais qu'en est-il du smartphone ? Il dépasse l'espace utile du soignant, pour certains c'est un prolongement de soi (Amri & Vacaflor, 2010) ou un troisième cerveau (Biasi, 2018). Il fait partie au minima du territoire de la possession du soignant qui est définit par « tout ensemble d'objets identifiables au moi et disposés autour du corps » (Goffman, 1996) à l'instar des effets personnels. L'infirmière peut le considérer comme une réserve d'information qui est un « ensemble de faits qui le concerne dont l'individu entend contrôler l'accès lorsqu'il se trouve en présence d'autrui » (Goffman, 1996). Carine, par exemple, tourne systématiquement l'écran de son téléphone face à la table, lorsqu'elle le pose, afin que les patients ne voient pas qui la contacte. Elle me dit « *je mets systématiquement le flash pour être sûre que c'est le mien qui sonne « ... » ça respecte ma confidentialité, je ne regarde pas qui c'est* ». Qu'il soit considéré comme une partie de soi ou comme un potentiel envahisseur du territoire du patient, certaines infirmières comme Lola on fait le choix de laisser le téléphone dans la voiture pendant les soins.

Dans sa vie personnelle, Lola ne se sépare pas de son téléphone. En tant qu'infirmière, elle dit que le smartphone modifie sa « *façon d'être avec les patients* », sa « *disponibilité d'esprit* » est « *altérée* » lorsqu'elle entend *« bipper »*. Chaque notification a une sonnerie différente qui se réfère à un type d'application. En entendant le son, Lola identifie quel media est utilisé et se projette sur le type de message ou d'interlocuteur. Elle sait *« si c'est un snap*[6]*, un SMS, un mail ».* Elle me dit *« je ne vais peut-être pas le regarder car je vais avoir les mains dans le cambouis, mais je vais y penser. Et du coup, je suis addict complet, il va me tarder de regarder ».* Elles sont quatre infirmières à laisser le téléphone dans la voiture. Cette tactique permet d'éviter la tentation de répondre ou de regarder les notifications. Mais Lola est celle qui l'applique systématiquement, elle dit : il « *n'y a pas d'urgence qui ne puisse attendre 30 mn* ». Sonia et Julie laissent leur téléphone personnel dans la voiture mais gardent le professionnel. Il y a quelques exceptions à cette règle. Le smartphone peut être nécessaire lorsqu'il faut réaliser « *des photos de plaies »* pour le suivi de la cicatrisation du patient ou si elles attendent un appel d'un autre patient ou d'un médecin pour une situation particulière. La dernière exception est lorsque le temps de soin est important. La durée d'un « *soin trop long* » varie selon les infirmières : « *15 à 20 mn* » pour Daphnée, par exemple, ou plus d'une heure pour Lola. Lola ne comprend pas ses collègues qui font « *des soins avec l'oreillette à l'oreille* », elle dit qu'elle « *est peut-être vieille France, une mentalité d'hospitalière »*. En essayant d'approfondir ce concept avec Lola, il semblerait que sa « *mentalité hospitalière* » rejoindrait l'idéal infirmier décrit par André Petitat (Aïach & Fassin, 1994). Petitat souligne un conflit identitaire infirmier entre un idéal enseigné en formation initiale alliant côté relationnel et côté technique via une prise en charge globale du patient et les dimensions hospitalières de valorisation de l'encadrement et de hiérarchie technique. L'idéal enseigné à l'IFSI prône la prise en charge globale du patient quand la pratique en institution et les évolutions de carrières des infirmières hospitalières évoluent vers des spécialisations techniques ou d'encadrement (dont IPA ou cadre de santé). C'est bien la prise en charge globale du patient qui semble être altérée par le smartphone pour Lola. Le smartphone permet au soignant d'avoir un accès continu à « son bureau ».

[6] Message, image ou vidéo visible sur une courte période sur l'application Snapchat

L'infirmière est tiraillée entre la possibilité de répondre aux sollicitations administratives liées à son rôle de cheffe d'entreprise et celle d'être présente dans une relation de soin singulière. Le conflit de l'infirmière ne se situe plus, comme l'a décrit Antoinette Chauvenet, entre le pôle technique et le pôle relationnel (Chauvenet, 1972) ; c'est un tiraillement moderne entre un pôle relationnel de face à face avec le patient et un pôle administratif renvoyant à son rôle de cheffe d'entreprise ou d'infirmière envers le reste de la patientèle. Le smartphone convoque, au domicile du patient, l'ensemble des statuts de Lola : infirmière mais aussi mère, épouse, chef d'entreprise… Pour pouvoir conserver son statut d'infirmier, lors du soin, Lola se sépare de l'appareil physiquement. Elle diffère les sollicitations des autres rôles et statuts, ils sont en latence.

D'autres infirmières résolvent ce conflit différemment en conservant le téléphone portable. Une des variantes observées est le mode silencieux. Cette option permet d'enregistrer, dans le journal d'appel, le numéro du correspondant sans pour autant déclencher la sonnerie. Martine garde son téléphone avec elle pendant les soins, elle dit : *« je sature parfois au niveau des sonneries de téléphone donc je coupe ma sonnerie. Par contre, ça m'oblige à aller voir régulièrement ce qui s'est affiché. Je laisse la sonnerie quand j'attends un coup de fil particulier car j'ai beaucoup de numéro qui m'emmerdent. Ce matin, j'ai été appelé trois fois, tu vois ce sont des publicités. On est complètement envahi* ». Elle veut rester informée des appels sans être dérangée, le mode silencieux lui permet de filtrer les numéros indésirables et ne pas être « *tout le temps dans l'immédiateté* ». Gaëtan active l'option silencieux sans vibreur, pendant les soins, mais également pendant les pauses. Il est informé des sollicitations de ses différents statuts mais choisit le moment pour y répondre. Il me dit « *c'est l'expérience ça* », cette pratique semble similaire à celle du filtrage par répondeur que nous avons étudié précédemment.

- La tactique du « moment de secrétariat **»** et le degré d'urbanité du domicile du patient

J'ai pu observer les deux hommes infirmiers, réaliser un « *moment de secrétariat »* chez un patient de la tournée. C'est un moment professionnel de consultation de son smartphone ou d'appels pendant que le patient réalise un soin (souvent d'hygiène) de façon autonome ne nécessitant pas une vigilance accrue.

L'infirmier reste à proximité en cas d'urgence ou d'accident mais réalise une autre tâche. Certains facteurs conditionnent ce moment, le soin doit être long et le patient assez autonome, l'infirmier doit être présent et intervenir s'il y a un problème. Le soin doit également être récurrent pour que le moment de secrétariat soit régulier et non opportun. Gaëtan le décrit comme un temps où « *tu regardes qui a appelé, tes mails, si tu as des coups de fil à passer [...] en plus c'est 9H- 9H15 quand tu arrives chez elle. Avant c'est trop tôt, à 7h, tu n'arrives à joindre personne. Ça tombe bien si tu dois joindre ton banquier, le notaire ou un médecin, un autre patient, un prestataire, beaucoup de prestataires… Si tu as des problèmes de la veille à régler, c'est là que tu le fais ! ».* Gaëtan dit que la patiente est autonome, il réalise ce *« moment de secrétariat »* pendant sa douche, il dit qu'elle est au courant. Pour Gaëtan *« ça ne pose pas de problème. Je ne leur laisse pas le choix, si je suis au téléphone. Si je dois passer un coup de fil personnel, j'attends en bas de l'immeuble, je passe mon coup de fil et je monte. Si je suis chez les gens, quand tu écris dans un cahier, que tu poses ton téléphone à côté où je sais que l'on va me rappeler ou ce genre de chose, je décroche. Je vais m'excuser de décrocher mais je ne culpabilise pas en fait, parce que c'est pour le travail et ça pourrait être pour eux ».* David réalise aussi un moment de secrétariat chez un patient qui a une perfusion de trente minutes. Il répond à un appel de son collègue, je note lors de l'observation qu'*« ils parlent du bon coin, de ma présence… David lui donne des transmissions sur le pansement d'un patient en lui disant je t'expliquerais plus tard. Finalement, il fait les transmissions de l'état clinique du patient numéro trois et d'une autre patiente. Il arrête la conversation au bout de cinq minutes et me dit que d'habitude il fait l'administratif chez cette patiente, les coups de fil aux prestataires médecins traitants mais comme on est un jour férié c'est particulier. Il remplit le cahier de traçabilité puis vérifie ses mails et SMS sur son téléphone ».*

Les autres infirmières observées n'ont pas de temps de secrétariat dédié chez un patient précis mais réalisent certains appels occasionnels de façon opportune. Daphnée me dit : *« dès fois ça m'arrive, quand je dois appeler le laboratoire. Tu vois Gégé, avant il était plus autonome. Je lui faisais le dos, ça m'arrivait de téléphoner au médecin, de passer un texto. Pas tout le temps, mais ça m'arrive ».* Elle ajoute *« tu prends le temps que tu trouves en fait, quand tu sais que ça ne craint pas. Ça m'arrive de téléphoner pendant un soin, mais je n'aime pas non plus, car je n'aimerais pas passer tout le temps chez la personne au téléphone. Je trouve que ce n'est pas correct.*

Ça va m'arriver de répondre, mais j'essaye d'être le plus bref possible, car ça ne me plairait pas que l'infirmière me fasse le soin, se barre et n'ai toujours pas raccroché son téléphone ».

Le domicile du patient est-il un lieu de travail comme un autre ? il y a-t-il une différence entre répondre à un appel pendant une consultation au cabinet et répondre au domicile du patient ? Pour Jauréguiberry, le téléphone portable est un révélateur du degré d'urbanité du lieu (Jauréguiberry, 2003). L'auteur a classé les lieux publics en fonction de la réaction des gens face à une personne ayant une conversation sur un smartphone. Il est convenu, par exemple, que l'on puisse téléphoner dans une gare ou un hall, c'est un espace neutre qui génère peu de lien social. Par contre, répondre au téléphone pendant une conférence ou une réunion, peut attirer de signes physiques de désapprobation tels que des regards ou des mimiques. Si nous poursuivons cette analyse, dans un spectre interactionniste, ces signes physiques révèlent que le territoire du moi a été offensé, il s'en suit un échange réparateur (Goffman, 1996). Daphnée trouve que « *ce n'est pas correct* » de répondre au téléphone. Quand elle s'excuse auprès du patient, elle effectue un échange réparateur de cette offense. Gaëtan s'excuse également mais *« ne culpabilise pas »*, il considère que c'est aussi son espace professionnel. Aurore illustre cela en comparant le domicile du patient au milieu scolaire. Elle dit : « *c'est comme si étais institutrice. Tu avais une classe, tu lui réponds devant l'ensemble des élèves. Pour autant tu réponds à l'enfant, pour autant les autres écoutent. Tu ne nommes pas la personne. Ils ne savent pas où il est mais ils entendent que tu rentres une prise de sang, un pansement. Ils entendent qu'il n'y a pas qu'eux, qu'ils ne sont pas les seuls, ça leur permet d'intégrer pas mal de chose. Et puis à la fois, c'est dans ton espace professionnel. Je ne vois pas pourquoi je prendrais du temps dans mon espace personnel, pour répondre à un patient ou le rappeler, alors qu'il est là dans mon espace professionnel* ».

La question du degré d'urbanité du domicile du patient est complexe car elle est négociée entre l'infirmière et le patient presque singulièrement. Une sorte de contrat informel est passé avec le patient qui accepte que son domicile devienne lieu de travail. Je n'ai pas eu la possibilité d'interroger les patients sur leur vécu de ce temps administratif et d'étudier si le consentement est éclairé ou si le patient se retrouve dans l'impossibilité de refuser.

Enfin, la question de la confidentialité se pose aussi selon la nature des échanges concernant les autres patients. Corinne Martin avait identifié que « *celui qui téléphone dans la rue force les passants à assumer le rôle de complices qui partagent le secret des coulisses de son interaction et à pratiquer ainsi l'écoute « clandestine », à leur corps défendant. Ce qui les conduit à disposer d'informations confidentielles* » (C. Martin, 2003). Lorsque David réalise des transmissions sur d'autres patients à son collègue, il ne cite pas les noms de famille et donne des informations sur une clientèle qui n'habite pas dans le même quartier, ce qui peut limiter les conséquences en termes de confidentialité. Cependant, le patient qui est perfusé entend la conversation et peut s'interroger sur la gestion de ses propres informations personnelles.

Une division du travail invisible : mode vocationnel ou auto exploitation ?

Le statut d'infirmière libérale est prédominant aux autres statuts chez Martine et Aurore. Quel que soit le jour ou l'heure, elles répondent présentes pour leur patientèle. Martine fonctionne en heures de repos et Aurore reste toujours connectée à son travail. Est-ce par vocation ou par auto exploitation que ces infirmières gardent le contrôle des appels sur la ligne professionnelle ?

- La tactique des heures de repos

Martine essaye de regrouper son travail administratif sur ses temps de pause mais utilise, indifféremment, jours de repos et jours de travail. Elle est très engagée dans le tissu associatif de son quartier, elle s'investit dans des projets portant sur les inégalités sociales en santé. Il n'y a pas de frontière entre engagement personnel et professionnel. Martine ne parle pas de jours de repos mais d'« *heures de repos* », elle articule ses différentes activités par plages horaires. Elle dit : « *ça dépend de comment est mon programme les jours où je travaille. Il y a des jours où j'ai tellement de coups de fil à passer pendant les deux heures de pause de l'après-midi, tellement de mails. J'essaye de le réserver sur mes jours de travail mais ça ne suffit pas [...] Je fonctionne plus en heures de repos qu'en jour. Si je dois aller quelque part je vais m'organiser. Souvent je travaille le matin mais l'après-midi, j'ai mon temps libre. Je n'ai pas l'impression d'être envahie par mon activité professionnelle, j'aime ce que je fais et mon organisation me permet de le faire sans être surchargée* ».

Cette organisation semble lui convenir même si elle comporte un risque, elle dit : *« il y a deux, trois ans, je crois que j'ai frôlé le burnout. J'avais trop de choses à faire particulièrement au printemps je crois que ça m'a marqué et j'ai eu quelques symptômes du burnout. Je me suis dit attention, sois vigilante, réserve toi des temps de repos et depuis je fais attention ».* L'HAS a d'ailleurs identifié des facteurs de vulnérabilité au burnout spécifiques aux professionnels de santé : *« la confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge exigeant d'être impliqué dans l'intimité des patients, dispositifs de soin complexes, tensions démographiques, insécurité…* » (HAS, 2019).

- La tactique d'incorporation du smartphone d'Aurore

Aurore est connectée nuit et jour, sept jours sur sept. Elle n'a éteint son téléphone qu'une fois en *« en 10 ans de carrière ».* Elle a un seul téléphone car son *« personnel et professionnel sont intimement liés ».* Elle décrit son smartphone comme un « *outil de travail précieux* » qui recèle *« 10 ans de labeur, toutes les rencontres que j'ai pu faire, tous les professionnels rencontrés, tous les numéros que j'ai glanés ».* Lors des tournées, elle est la seule infirmière observée à porter une montre connectée. Pour Aurore, la montre *« est indispensable, ça me permet de dicter des SMS au volant, de vérifier qui te téléphone pendant le soin… Je pose le téléphone à l'entrée, et avec ma montre, je sais qui m'appelle pendant le soin ».* Aurore utilise le « *mode spectacle »,* à chaque appel ou notification le téléphone émet un bip et la montre vibre à son poignet. Lorsque je l'interroge sur le fonctionnement, elle me dit : *« Cette vibration-là, c'est celle que j'ai toute la journée pour me dire une notification, un Messenger, un message, un appel vocal, un message vocal, peu importe, et après comme sur l'appli, j'ai tout mon téléphone ».* Avec la montre connectée le smartphone franchit un stade supérieur d'intimité, la montre est en interface directe avec la peau. Elle permet au smartphone de devenir plus qu'un prolongement de soi, il devient soi. Lorsqu'elle reçoit un appel, le patient entend l'intégralité de la conversation car la montre est en mode haut-parleur. Elle répond aux appels professionnels pendant le soin du patient. Pour les appels personnels, elle s'écarte du patient, elle dit s'« *éloigner de trois pas, c'est personnel* ». Aurore dit qu'elle peut répondre devant un autre patient car « *c'est professionnel, ça appartient à l'espace professionnel. On est tous dans le professionnel, je crois que l'on fait tous comme ça* ».

Outre la notion de degré d'urbanité du domicile du patient étudié précédemment, il y a une porosité entre les temps professionnels et les temps personnels chez Aurore. Pendant ses vacances, elle reste joignable mais elle dit que les répercussions sont « *énormes* » sur sa vie privée. Elle dit : *« c'est bouffant pour la personne qui est avec moi »* car Aurore ne va *« jamais décrocher du boulot.* Elle a déjà interrompu des activités avec ses enfants pour une urgence, pour eux le téléphone « *c'est le travail de maman ».* Aurore dit que son hyper connexion « *coûte plus à son entourage qu'à elle* ». Elle y trouve une forme de reconnaissance : *« d'être encore dans la place malgré la concurrence, la jeunesse ».* Elle dit *« j'ai toujours pris le boulot comme ça même quand je travaillais en ville. Je voulais creuser mon trou, que l'on parle de moi et que mon nom fasse son chemin. Je ne voulais pas être une infirmière lambda noyée au milieu de X infirmières que l'on appelle comme ça ».* La notion de réputation, d'« *avoir un nom qui tourne* », est importante pour Aurore. Elle est très investie, car *« rien n'est acquis, c'est une activité de bouche à oreille sur la satisfaction des gens ».* Son investissement ressemble plus à l'image d'Épinal du médecin de campagne ou du curé de village, Aurore agirait-elle par vocation ? Le modèle vocationnel a été étudié, dans un premier temps, chez les prêtres ressentant l'appel de dieu et lui vouant leur vie (Suaud, 1978) puis il a été élargi aux professions du sport, de l'art et de la médecine. Une des caractéristiques de la vocation est le dévouement et la disponibilité totale tel le prêtre qui « devient une théologie faite homme, corps et âme » (Suaud, 2018). Aurore et Martine sont totalement disponibles à leur patientèle et dévouées à leur statut d'infirmière libérale. Martine, infirmière la plus ancienne du quartier, est engagée dans les associations locales et la lutte contre les inégalités sociales. Aurore contribue activement à la vie du village et entretient sa réputation d'infirmière du village. Une autre hypothèse serait une logique utilitariste, qui pousse les infirmières à toujours travailler plus, mais les actes réalisés, sur les jours de repos, ne sont pas forcément économiquement rentables. Le désintéressement est souvent associé à la vocation, au don de soi qui « *l'emporte sur les éventuels profits matériels* » (Suaud, 2018). La reconnaissance n'est pas financière, selon Pierre Bourdieu les activités désintéressées sont porteuses d'un profit symbolique (Bourdieu, 1977). Aurore ne fait qu'un avec son statut d'infirmière libérale, elle dit :*« C'est moi qui prends tous les aléas, les bons comme les mauvais côtés. C'est moi que l'on appelle et c'est moi que l'on attend ».*

Cependant, le modèle vocationnel a un coût. Lorsqu'elle prend un remplaçant, certains patients préfèrent décaler le soin jusqu'à son retour, ils ont « *l'habitude* » que ce soit elle. Aurore me dit : « *tu es victime de ça et tu t'enfermes là-dedans. Enfin moi, je me suis laissée m'enfermer là-dedans et tu ne peux pas en sortir. Si j'en sors, je culpabilise, j'ai l'impression d'abandonner, de refuser ou quoi. Et après, le patient se vexe aussi. Comment je n'ai pas été disponible pour lui !* ». Elle me dit : « *J'ai fait un progrès au bout de 10 ans de libéral, je ne sors plus sur mes jours de repos. J'ai décidé que mes jours de repos étaient mes jours de repos intégralement parlant donc je ne sors plus. Je refuse ».* Quel que soit le modèle ou les tactiques choisies, les infirmières sont toujours en recherche d'équilibre entre leurs différents rôles. Les professions libérales ont une certaine maitrise de leur emploi du temps mais la séparation entre temps professionnel et temps privé est plus relative que chez leurs homologues salariés. Etant leurs propres patronnes, elles décident des horaires et de leur investissement temporel et physique. Le smartphone leur permet une flexibilité en étant joignable sur leurs temps de transport ou au domicile du patient. Elles peuvent aussi s'accorder des « bulles d'air privé » (Jauréguiberry, 2003) en ayant accès à leurs interlocuteurs privés, quel que soit le lieu ou l'heure de travail. Par contre le risque d'« auto-exploitation » est important, la logique utilitaire ou de rentabilité peut primer. Une volonté d'optimiser tous les temps (transport, pause et temps chez le patient) peut transformer une liberté en une aliénation. Au départ, l'infirmière va chercher à fusionner, densifier ses temps de travail et ses temps personnels. Elle va récupérer des petits temps privés pour plus d'efficacité. Le modèle vocationnel peut également être un piège, l'infirmière risquant un épuisement professionnel, comme Martine. Chez les soignants la logique utilitaire ou le modèle vocationnel sont majorés par un besoin de reconnaissance ou de se sentir indispensable (Benedetto-Meyer & Boboc, 2021) . Le modèle vocationnel trouve écho chez la soignante à « l'idéal maternel [don, amour, responsabilité sans limite] » présent dans le travail du care (Benelli & Modak, 2010). En 1988, les infirmières ont manifesté sous le slogan « *ni bonne, ni nonne, ni conne* » mais la représentation de l'infirmière laïque disponible et dévoué comme son ancêtre reste d'actualité, comme nous l'avons vu lors de la période COVID (Bernard et al., 2021). Le don de soi et la disponibilité sont des valeurs socialement reconnues et ancrées dans l'histoire de la profession infirmière (Aïach & Fassin, 1994) (Collière, 1982) (Knibiehler & Hess, 2011).

Nous émettons l'hypothèse que les infirmières libérales trouvent un terreau dans les valeurs soignantes qui renforceraient leur vocation ou leur auto-exploitation. La division du travail selon le genre peut également enrichir cette hypothèse. Les infirmiers libéraux sont en grande majorité des femmes (83%) qui cumulent leur emploi avec le travail domestique. Au cours de son étude sur les mamans entrepreneuses, Julie Landour s'est demandé si l'indépendance favorisait l'articulation entre travail et famille. Elle constate un vécu genré de la flexibilité entre les travailleurs salariés et ceux libéraux, il y a un « *renforcement de la division sexuée du travail dans l'indépendance* » (Landour, 2019b) (Landour, 2019a). Les femmes travaillant en activité libérale ont quasiment le même temps de travail domestique que leurs homologues salariées. Pourtant, les hommes libéraux accordent un temps nettement inférieur au travail domestique que les hommes salariés (45% des hommes travailleurs libéraux accordent deux heures par semaine au travail domestique). Le revenu des travailleurs libéraux étant directement lié à leur temps de travail, les infirmières auraient tendance à optimiser leur temps de travail domestique et professionnel. Dans la littérature (Landour, 2019a), les femmes ont tendance à cumuler plusieurs fonctions par rapport aux hommes, le genre peut donc être un facteur favorisant l'auto exploitation de l'infirmière libérale.

En résumé

L'infirmière libérale est nomade, son lieu de travail se partage entre les domiciles des patients, son cabinet et son véhicule. En permettant d'être joignable en tout temps et en tout lieu, le smartphone a estompé les séparations traditionnelles entre les espace-temps professionnels et personnels. Les infirmières observées ont développé différentes « ruses » pour faire face aux sollicitations de leurs rôles professionnels et personnels. Ces bricolages vont d'une division, voire d'une séparation du smartphone, à une incorporation via une montre connectée. Ces tactiques sont évolutives mais elles questionnent la confidentialité des appels professionnels et le degré d'urbanité du domicile du patient. Elles interrogent également l'articulation de la vie professionnelle et personnelle des infirmières qui avaient choisi l'exercice libéral pour plus de flexibilité mais qui peuvent se retrouver dans un modèle de don de soi allant jusqu'au burn out.

Les valeurs historiques du modèle vocationnel, associées à la profession infirmière, et la division sexuelle traditionnelle du travail accentuent ce phénomène. En introduisant, des sollicitations du pôle administratif et des autres patients, dans la relation de soin, le smartphone a également fait évoluer le conflit historique entre les pôles technique et relationnel du soin. Dans la prochaine partie, nous allons étudier les transmissions qui constituent un élément fondamental pour l'exercice infirmier mais qui sont souvent situées à la frontière du temps personnel et du temps professionnel.

3.5 Transmissions entre pairs

Les interactions entre infirmières libérales au cours de la journée sont nombreuses. Certaines infirmières libérales communiquent par message ou par téléphone au cours de la tournée avec leurs collègues. Nous avons pu observer le cas du « SMS de facturation » ou celui de la « fiche patient » dans la première partie de l'analyse de cette thèse. Daphnée dit que son associée « est d'abord une amie », elles échangent quotidiennement des informations personnelles et professionnelles, d'autres infirmières n'ont pas ce type de relation avec leur collègue mais toutes ont un temps de transmissions à chaque fin de cycle de travail. Dans les services hospitaliers, les équipes se relaient afin de maintenir la continuité des soins 24 heures sur 24. Les infirmières rédigent leurs transmissions journalières dans le dossier de soin du patient informatisé et/ou matérialisé. Le temps de travail d'une équipe varie de 7 à 12 heures selon les établissements. La succession des équipes auprès du patient se déroule de façon continue. Les infirmières rédigent des transmissions écrites dans les dossiers des patients et un temps de chevauchement d'équipe est habituellement prévu pour une relève orale quotidiennement. Les infirmières libérales se succèdent également auprès du patient et passent leurs relèves à la fin de leurs périodes de travail qui peuvent varier entre 3 et 15 jours. Les modalités de relève sont très diverses mais les transmissions restent un moment important de communication ancré dans la pratique infirmière.

Myriam, infirmière libérale, décrit ses transmissions de retour de congés dans son blog : « J'attendais donc au soleil le coup de téléphone qui me ramènerait illico presto à la réalité (du moins à celle du lendemain et des jours suivants) : le passage de relais communément appelé les transmissions, aussi indispensables dans notre profession que la crème solaire sur une plage de Méditerranée en plein mois d'août ! Les transmissions qui permettaient d'être au courant de tout ce qui se déroulait durant la tournée et de ne pas avoir l'air d'une buse devant les patients ! J'avais auparavant rédigé un semblant de liste pour les soins du lendemain, histoire d'épargner à ma collègue des répétitions inutiles. Pendant que je me remémorais la tournée, je revenais peu à peu à la réalité en ayant la sensation bizarre d'être un genre d'Hibernatus revenant à la vie après une cinquantaine d'années dans un bloc de glace !!! Lorsque le téléphone a sonné (enfin), [...] j'ouvrais grand les oreilles. Je gardais l'esprit concentré et le poignet souple. J'étais prête à dégainer mon stylo et à tout noter de A à Z. Après quelques minutes de discussion sur les bienfaits des vacances [oh combien méritées !], nous sommes passées aux choses sérieuses. J'écoutais attentivement ma collègue me raconter les événements marquants de la semaine. Nous avons établi la tournée du lendemain qui avait quelque peu évoluée : certains soins avaient été ajoutés et d'autres s'étaient terminés. Aucun changement majeur mais des petites choses çà et là qui me faisaient voir la tournée sous un jour nouveau. J'allais devoir me présenter à certains, prendre les choses en cours de route, découvrir ou redécouvrir bref, me réadapter. Tout cela me paraissait si proche et si lointain à la fois. Je notais en face de certains noms : « prendre les pansements au cabinet », « facturer pour après-demain », « prendre le chemin à droite puis descendre... », histoire de ne pas être (trop) paumée. Au fil de la conversation, la tournée me paraissait de plus en plus familière. Plus nous en parlions et plus je me réappropriais mon travail : un peu comme un sas de sécurité entre deux mondes, entre deux vies qui n'en faisaient qu'une au final. Les transmissions étaient maintenant terminées et je posais la toute dernière et plus difficile question : est-ce que quelqu'un avait disparu ? Une sorte de rituel étrange et déroutant qui faisait pourtant partie de notre quotidien : le soin, la maladie, l'accompagnement, la mort. Le téléphone raccroché, je regardais ma montre : une bonne demi-heure s'était écoulée. Une demi-heure pour se remettre dans le bain, pour réintégrer ce qu'il y avait à faire.

Une demi-heure indispensable, comme un passage de flambeau parce que désormais, c'était mon tour jusqu'à la prochaine transmission... » (lahitte 2018). L'infirmière ayant terminé son cycle de travail transmet, à celle encore en repos, des informations cliniques et organisationnelles sur la tournée et éventuellement certains objets, comme des clés du domicile des patients. La relève peut être complétée ou précédée d'autres échanges d'informations, via différents moyens de communication, que nous détaillerons. Les transmissions peuvent durer d'une trentaine de minutes, dans le cas de Charline, à plus d'une heure selon les infirmières. Lola la décrit comme « *une charge de travail* », « *il faut se dire que quand tu as fini ta journée, tu as encore ce temps-là qui fait partie de ton temps de travail, comme quand tu es en service en fait* ». Les transmissions de Lola se réalisent à la fin de la tournée, après le « *baiser du soir des enfants* ». Martine envoie des informations écrites en amont pour « *ne pas déranger l'autre trop tard* ». Viviane fragmente les transmissions en une « *grosse relève* » en début d'après-midi « *car le principal des soins est le matin* » et un temps court le soir pour les réajustements. La relève est un temps important pour les infirmières, en cas d'indisponibilité d'une des deux infirmières, Elles ont toutes un mode alternatif de relève asynchrone. Les infirmières libérales utilisent souvent plusieurs outils de communication sur leurs téléphones portables (SMS, téléphone, répondeur, e-mail, WhatsApp, Messenger…) pour réaliser ou compléter leurs transmissions. Pourquoi ce temps de relève est-il si important dans la profession infirmière ? Comment le smartphone participe-t-il à ces temps d'échange ? Dans un premier temps nous allons nous intéresser à la définition de la relève et à ses composantes dans la littérature puis nous explorerons les différentes facettes des transmissions grâce au smartphone.

- Définition des transmissions

En France, les infirmières utilisent de façon indifférenciée les mots « relève » ou « transmissions ». Pourtant, les définitions de ces termes apportent des nuances à cette notion. Le dictionnaire Larousse définit la relève comme l'« action de relever, de remplacer une équipe, une troupe par une autre équipe qui assure ce remplacement. » (Larousse, 2021) ou le « remplacement de quelqu'un dans une fonction, dans un travail » (Dictionnaire de l'Académie Française, 2024b). La relève permet d'assurer la continuité de la prise en soins en remplaçant le professionnel auprès du patient.

Le terme de transmission est plus axé sur le transfert de responsabilité et sur le contenu transmis, c'est l'« action de transmettre, de faire passer quelque chose à quelqu'un » (Dictionnaire de l'Académie Française, 2024a). Au niveau législatif, le Code de la santé publique encadre le partage d'informations entre professionnels, au sein d'une équipe de soin, et insiste sur la continuité des soins dans le respect de la vie privée du patient et du « secret professionnel » (Article L1110-4, 2021). La notion de responsabilité est également présente car « dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité » (Code de déontologie des infirmiers, 2006). Les différents types de transmissions sont détaillés dans plusieurs référentiels qui régissent la profession d'infirmier en conformité avec le code de la santé publique (Référentiel d'activités et de compétences. Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier, 2009). Les transmissions écrites et orales font partie des activités qui sont « le plus souvent réalisées »[7] par l'infirmière qui est également responsable de « la rédaction et transmission de documents de suivi pour la continuité des soins ». Elle réalise la « transmission orale d'informations recueillies vers les médecins et les professionnels de santé » ainsi que la « transmission d'informations à partir de différents documents utilisés pour les soins : dossiers, feuilles... ». Les transmissions figurent dans le descriptif de plusieurs compétences infirmières, elles sont reconnues comme un élément de recueil d'informations pertinent (compétence 1), au même titre que les informations données par le patient lui-même. L'infirmière doit vérifier et synthétiser les informations transmises afin de repérer les anomalies (compétence 4). Enfin, elle tracera ces informations en « conformité avec la règlementation et la protection du patient (traçabilité, comptabilité, liaison avec les organismes de remboursement.) ». Le temps de relève est aussi un temps de construction clinique, assimilé à un temps de réunion professionnel voire interprofessionnel, au cours duquel l'infirmière argumente le projet de soin et la démarche clinique du patient (compétence 2). L'infirmière a le choix des « outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations », elle adapte ces outils « dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral ». Avant d'étudier les différents outils utilisés par les infirmières libérales, nous allons détailler la composition d'une relève et ses objectifs.

[7] Les activités détaillées sont « celles qui sont les plus souvent réalisées elles ne sont pas exhaustives » p 29 (Référentiel d'activités et de compétences. Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier, 2009)

Dans un premier temps, les mots-clés en français « relève » et « transmissions » ont été utilisés, ainsi que les termes MeSH : « transfert de patient », « nursing handover », « patient handoffs » et « shift changeovers ». La recherche a été réalisée en septembre 2021, puis réactualisée en septembre 2023 sur les moteurs de recherche Google Scholar, Lissa, PubMED, le portail de l'université et du centre de documentation de l'IFSI de Montpellier. Les critères d'inclusion étaient des articles scientifiques, des livres en français et en anglais, accessibles gratuitement ou via les abonnements de l'université, parus entre 2013 et 2023. Cependant, tous les articles sélectionnés n'étaient pas pertinents. Par exemple, en France, le terme de transmission est souvent utilisé pour la transmission de savoir ou le tutorat. De même, le mot de relève est utilisé au Québec comme synonyme de relève générationnelle infirmière et non comme un passage de relai entre équipes de soins. Le terme de « transfert » a été privilégié pour les articles québécois. L'abondance de la littérature professionnelle sur les transmissions démontre l'importance de la question de la relève infirmière hospitalière. Les transmissions infirmières sont un phénomène étudié dans de nombreux pays Européens, Anglo-Saxons et même en Asie ou en Afrique (Gu et al., 2012), (Mamalelala et al., 2023), (Flemming et Hübner 2013). La majorité des articles comparent plusieurs types de relèves afin de définir celle diminuant les risques d'erreurs. Il y a d'ailleurs eu une augmentation du nombre de publications depuis 2008 (Flemming & Hübner, 2013), suite à des incitations nationales et internationales visant à prévenir les erreurs lors des transmissions (World Health Organization, 2007). J'ai choisi de débuter mes recherches à partir de 2014, car une revue de littérature Cochrane synthétisait déjà les recherches précédentes sur « l'efficacité des différents styles de transfert de soins infirmiers pour assurer la continuité de l'information chez les patients hospitalisés » (traduction libre de l'article en anglais) (Smeulers et al., 2014). La revue Cochrane avait exclu le peu d'auteurs intégrant les transferts au domicile et s'était consacrée aux transferts hospitaliers. Un article français aborde la coordination des sorties d'hospitalisation et l'identification des besoins des infirmières libérales (Demagny-Warmoes et al., 2018). Les transmissions ville-hôpital sont peu étudiées, mais celles entre infirmières libérales encore moins. Nous pouvons émettre l'hypothèse, que la spécificité française du statut d'infirmière libérale limite grandement le nombre d'auteurs potentiels.

La revue de littérature Cochrane établit une définition axée sur le transfert de responsabilité et la continuité des soins (Smeulers et al., 2014). C'est un « échange d'informations spécifiques sur un patient d'un professionnel de santé à un autre, ou d'une équipe de professionnels de santé à une autre, accompagné de ce patient dans le but d'assurer la continuité et la sécurité des soins du patient […]. Un transfert infirmier se produit lorsqu'une infirmière transfère la responsabilité des soins d'un patient à une autre infirmière, par exemple à la fin d'un quart de travail infirmier ». Un article plus ancien, mais souvent cité, identifie sept fonctions principales de la relève (infirmière et médicale) à partir d'une revue de littérature anglo-saxonne d'environ 400 articles (Patterson & Wears, 2010). Certaines fonctions, comme le transfert de responsabilité et de données cliniques, l'identification des erreurs nommée « résilience » par les auteurs et l'utilisation de « récits stéréotypés » (vocabulaire professionnel synthétique résumant en quelques mots la pathologie du patient, ses surveillances et les actions à prévoir), sont souvent citées dans la littérature. Les auteurs identifient trois autres fonctions : « l'interaction sociale », qui permet une co-construction de savoir et une intégration de la philosophie des soins, « la cognition », qui est destinée à expliquer à un nouvel acteur la chaîne des intervenants et leurs responsabilités et « les normes culturelles », qui visent à maintenir et négocier les valeurs du groupe autour de « comment les choses doivent être faites ». Lors des observations, toutes les infirmières organisent leur transfert de données cliniques, oral ou écrit, selon le plan chronologique de passage chez les patients de la tournée. Elles identifient le transfert de responsabilité comme primordial dans l'exercice libéral. Quand la relève est asynchrone, Martine envoie un SMS « *accusé de réception* », car en l'absence de confirmation de sa collègue, elle devra continuer d'assurer la tournée le lendemain. Lors des relèves, les infirmières peuvent se transmettre des objets, nécessaires à la continuité des soins, comme un téléphone, divers documents professionnels ou des clés et bips de patients. Si la relève n'est pas en face à face, les infirmières déposent, dans un second temps, ces éléments dans une boîte aux lettres ou chez le premier patient de la tournée. Chez les infirmières libérales, la fonction « cognition » est observée uniquement lors des transmissions aux remplaçantes. Les transmissions sont plus longues que pour la collègue habituelle qui connaît les patients, la tournée et les différents intervenants. La nouvelle infirmière, qui remplace pendant les périodes de congés, n'a pas ces connaissances préalables.

Daphnée doit détailler ses transmissions et lui permettre de poser des questions. Des ergonomes ont étudié la question du rôle de l'expérience et du collectif, en situation de relève de poste hospitalière, aéronautique et ferroviaire. Ils ont observé que les novices ont besoin de plus de détails pour avoir « une représentation fonctionnelle de la situation de travail qu'ils auront à gérer » (Bris et al., 2015). Ils doivent pouvoir poser des questions et demander des précisions. Popy a une remplaçante pour les mercredis de ses semaines de tournée. Elle lui rédige un e-mail listant " *tous les noms des patients et lui dit ce qu'elle doit faire et s'il y a eu quelque chose d'important. C'est plus une conduite à tenir* ». Contrairement à la relève de Daphnée, Popy réalise une relève courte qu'elle nomme la « *micro relève* ». C'est une relève opérationnelle centrée uniquement sur les actes à réaliser et non pas sur une approche holistique du patient. Cette transmission rapide et peu contextualisée a pour objectif de limiter les interrogations de la remplaçante du jour. Pour Popy, elle n'a « *pas à se poser de questions. Elle regarde ses papiers, elle a juste à imprimer mon mail et elle sait ce qu'elle a à faire* ». Ce type de relève opérationnelle se retrouve dans d'autres métiers. Elle permet d'assurer les tâches sur un temps court de remplacement, mais assure une prise en charge limitée des fonctions du métier (Bris et al., 2015). Les relèves avec la collaboratrice de Popy sont différentes car « *elle sait ce que je fais ».* Popy informe sa collègue des évolutions, de « *tous ceux qui ont vu les médecins, les modifications de traitement et tout ça ».* Dans la lignée du travail sur les trajectoires de Anselm Strauss, Grosjean et Lacoste ont comparé des relèves dans trois services hospitaliers. Elles ont identifié que la transmission des données cliniques du patient et de l'histoire de la maladie permettent de contextualiser le soin dans la trajectoire du patient. De plus, l'utilisation de récits brefs et de langage opérationnel démontrent l'existence d'une culture commune préalable (Grosjean & Lacoste, 1998). Quand la relève s'effectue entre des opérateurs plus expérimentés, l'infirmière a une « vision prospective des problèmes à venir » (Bris et al., 2015). Elle prépare des questions en amont basées sur sa dernière tournée, ses connaissances et ses expériences antérieures (Kerr, 2002). lorsque les transmissions sont verbales, la fonction cognition fait alors place à « de véritables dialogues où l'information est conjointement élaborée » (Bris et al., 2015).

Grosjean et Lacoste ont même identifié, dans certains services, une « co-construction de savoir » (Grosjean & Lacoste, 1998). Le dialogue entre soignants expérimentés permettrait de mettre l'intelligence collective au service du diagnostic et de la résolution de problème pour le patient, c'est la fonction « interaction sociale » de Patterson. Pour Lola, la relève permet de transmettre plus que des éléments cliniques ou des outils. Elle dit : « *je pense qu'il y a plusieurs choses : raconter ce que tu as fait, justifier ton boulot et le valoriser, le verbaliser. Et aussi, il y a de l'émotion à fond aussi sur d'autres trucs, tu le déposes et tu partages. Il y a un vrai relai par ta collègue le lendemain* ». Popy verbalise ses pratiques au moment de la relève pour harmoniser les normes culturelles de l'équipe. Elle dit : « *Comment leur expliquer (aux patients) que l'on fait la même chose, mais que l'on n'est pas organisé pareil. Donc on fait pareil, comme ça pas de problème de patient qui dit il y en a une qui fait plus ou qui fait moins. On a toujours été d'accord le dessus, on s'entend dès le départ. C'est celle qui a vu le patient en premier qui dit comment il faut faire* ». Le partage d'émotions est cité par Lola mais lors des observations, la plupart des infirmières ont partagé des SMS, sans attendre le temps des transmissions, quand une situation inhabituelle survenait. Finalement, les fonctions de la relève de Patterson (figure 11) sont retrouvées chez les infirmières libérales. Les transmissions permettent d'assurer la qualité et la continuité des soins, de transférer les données cliniques et de « faire équipe ». Les observations nous ont permis d'ajouter une fonction plus opérationnelle de transfert de matériel et de déroulé chronologique des soins chez les infirmières libérales (figure 12).

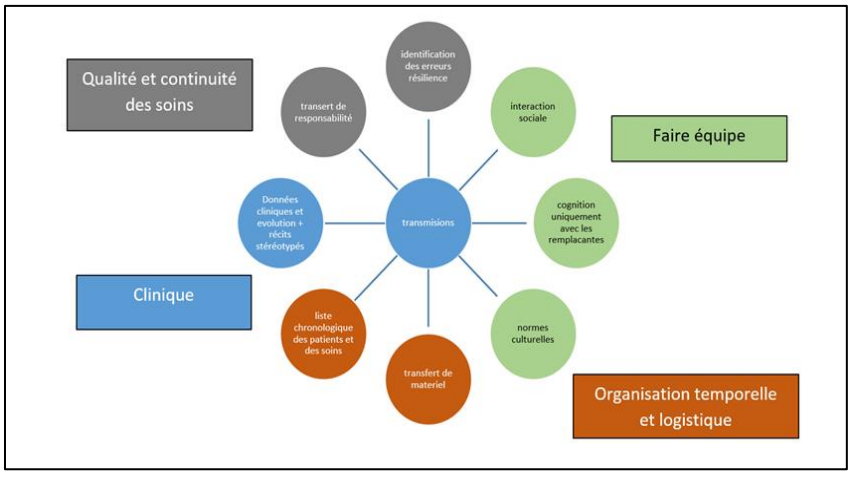


Figure 12: Fonctions de la relève chez les infirmières libérales observées

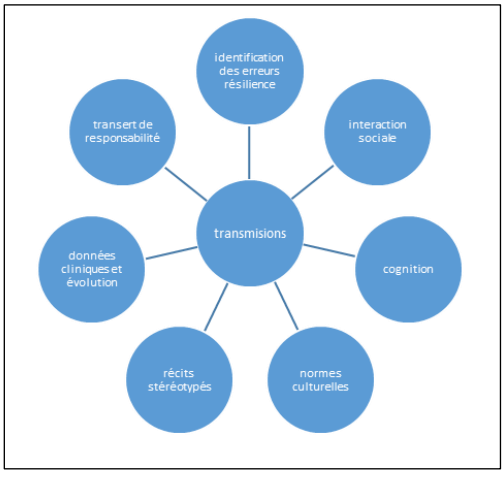


Figure 11: Fonctions principales de la relève selon la revue de littérature de Patterson et Wears

Les transmissions sont un temps d'échange et de partage autour des données du patient et du travail infirmier. Pour Strange, c'est un temps de valorisation et de mise en exergue du « savoir infirmier » (Strange, 1996). Les transmissions permettent de consolider l'équipe comme un système social (Broca & Ferreira, 2015). Nous allons nous interroger sur la place des transmissions dans la culture infirmière.

Du processus de socialisation au rite des transmissions

En France, les transmissions sont enseignées tout au long de l'enseignement théorique et clinique des étudiantes infirmières. Le référentiel de formation infirmière permet l'acquisition des compétences au cours des stages et des unités d'enseignements. En première année, l'UE 3.1S2 raisonnement et démarche clinique infirmière (compétence1), approfondit « les transmissions écrites et orales : transmissions ciblées, dossier de soins, planification ». En deuxième année, l'UE 3.2S3 « projet de soins infirmiers » (compétence 2), va détailler la traçabilité des soins, le dossier de soins et les transmissions. En troisième année, l'UE 5.5S5 « mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins » (compétences 4 et 9), va enseigner l'art de « synthétiser des informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé des soins, compte-rendu infirmier, transmissions…). Les transmissions sont enseignées tout au long de la formation théorique (2100 heures) mais elles sont surtout observées, expérimentées et intégrées par les étudiants lors de la formation clinique qui représente la moitié de la formation infirmière (2100 heures). Ces stages font intégralement partie du processus de socialisation du futur infirmier, l'étudiant va observer les manières de faire, de dire et de penser du groupe social infirmier qu'il souhaite intégrer. Les infirmières libérales observées considèrent que les modes de transmission hospitaliers et notamment la relève orale, en face à face, restent la référence. C'est « celle apprise au cours des stages » pour Carine. Il y a plusieurs types de socialisation au cours de la vie, la socialisation primaire, au cours de l'enfance, et la socialisation secondaire au cours de l'apprentissage du métier ou du premier emploi. Mireille Darmon parle même de « socialisation secondaire plurielle », car selon les trajectoires, les socialisations peuvent être multiples (Darmon, 2023). Une grande partie des stages infirmiers et le premier emploi des infirmières libérales se déroulent dans une institution hospitalière.

La future infirmière libérale est alors immergée dans l'instance socialisatrice de l'hôpital. Le processus de socialisation se déroule « dans le temps et par la répétition des interactions et des injonctions » (Zolesio, 2018). L'étudiant va intégrer les construits sociaux, les « dispositions sociales » du groupe de référence infirmier qu'il reproduira plus tard dans son exercice. Plusieurs sociologues ont travaillé sur la socialisation secondaire des futurs médecins et infirmiers au cours de leurs études et pendant leur premier emploi (Hughes, 2016) (Becker, 1977) (F. Davis, 1966). Le devenir des professionnels de santé se joue pendant et/ou après le diplôme (Dubar, 2022). Les transmissions hospitalières sont un moment d'échanges quotidiens. Les infirmières échangent des informations cliniques en utilisant du vocabulaire professionnel, elles partagent leur vision du projet du patient et les diagnostics infirmiers. Elles parlent également de leur pratique professionnelle et de leurs émotions. On peut donc faire l'hypothèse que ces temps de relève sont des temps forts du processus de socialisation des infirmières.

Certains auteurs définissent les transmissions comme un des rites les plus puissants des équipes infirmières (Scovell, 2010) (Thomson, 2015). Le rite a une dimension collective, il introduit une coupure entre le profane et le sacré, Myriam décrivait dans son blog un « *sas de sécurité entre deux mondes* » (Lahitte, 2018). La répétition et la fréquence des transmissions orales contribuent à la cohésion du groupe autour des valeurs du projet thérapeutique (Kecskeméti, 2003). Le rituel des transmissions remplit aussi des « fonctions psychologiques, sociales et protectrices précieuses » (Strange, 2001) pour les infirmières qui font face à la douleur, la maladie et la mort. Le rituel permet le partage des émotions et les « violations des aspects tabous de la culture», il sert à « normaliser ces transgressions » (Strange, 2001). Les temps de transmissions, comme les réunions d'équipe, renforcent la cohésion du groupe infirmier et « créent le social en faisant naître des communautés dont ils sont l'élément organisateur et dont ils garantissent la cohésion émotionnelle et symbolique » (Wulf, 2005). De plus, on retrouve dans la littérature, un consensus sur la similitude des contenus et la structure des transmissions infirmières d'un pays à l'autre, notamment celles réalisées verbalement en face à face (Flemming & Hübner, 2013).

La revue Cochrane identifie différents styles de transferts « dans la pratique quotidienne » (Smeulers et al., 2014). Il y a les « transferts verbaux » ou « par une combinaison de lecture et de conversation » en face à face (Lally, 1999), ceux combinant des notes et un échange verbal et les transmissions au chevet du patient. Les transferts enregistrés sont également mentionnés, cependant, la revue conclut sur une absence de preuves probantes sur le style de transfert le plus efficace. Quels sont les styles de transfert observés chez les infirmières libérales et quelle place tient le smartphone dans les transmissions ?

Les différentes formes de relève des infirmières libérales

Plusieurs infirmières décrivent la relève, en face à face, comme la relève idéale. C'est le seul type de relève étudié qui ne nécessite pas la médiation technique du téléphone portable directement. Cependant, le smartphone a un rôle dans cette relève, il peut être utilisé pour se donner rendez-vous, avertir d'un retard ou transmettre des informations écrites au préalable par SMS ou e-mail.

Pour Lola : « *c'est un bon moment pour les deux personnes. Moi, si je lui dis de venir c'est que je suis disposée à faire ça, que je n'ai pas les gamins. Et puis, elle, ça lui fait une pause, parler des patients. Elle est dans le jus, on n'oublie rien* ». Mais ce type de relève n'est pas systématique, Pour Lola, elle dépend des « *périodes, quand on avait un petit trou en fin de matinée avant de réattaquer sur les pansements à 11h30. Elle venait à la maison boire un café et on faisait les relèves. Ça c'était cool aussi* ». Le face à face est le mode d'interaction le plus complet, il permet d'utiliser l'ensemble des canaux de communication verbaux et non verbaux de façon synchrone. Nous avions évoqué, dans la partie interactions avec les patients, la complémentarité de la communication non verbale et verbale. Plusieurs articles démontrent l'importance du non verbal lors des relèves infirmières (Forde et al., 2020) (Frankel et al., 2012). Cependant, le mode face à face est peu usité en exercice libéral car il nécessite la disponibilité physique des deux infirmières, dans un même lieu géographique et pour un temps important. Les autres types de relève sont toutes médiatisées par téléphone portable, c'est la relève téléphonique qui est majoritairement observée chez les infirmières libérales. Pour Lola « *quand tout va bien on se téléphone ».* Elles s'appellent après la tournée du soir.

Lola prend des notes dans son agenda papier et planifie les soins de la journée « *je me marque que les trucs importants. Pour certains, ça va vite, comme Mme B à qui on met seulement les bas de contention. On dit RAS (rien à signaler), pour d'autres ça va être plus ou moins long »*. Michèle Grosjean et Michèle Lacoste ont étudié les communications orales et écrites des infirmières lors des transmissions hospitalières. Leur approche interactionniste, linguistique et ergonomique a mis en exergue la complémentarité des deux modes de communication. La communication orale permet de contextualiser les faits, elle favorise le récit narratif ; le jeu des questions réponses permet d'éviter les interprétations et de contrôler les erreurs. Les transmissions orales renforcent aussi la cohésion et la normalisation du groupe via « l'introduction d'éléments de civilité », et la négociation synchrone. Comme Myriam, Lola et Viviane réalisent des relèves téléphoniques, sans envoi de support écrit. L'infirmière qui prend la relève écrit les transmissions dans un cahier ou sur une feuille. Les transmissions orales sont « *plus détaillées et plus souples* » pour Julie par contre elles sont moins organisées et chronophages. Afin de diminuer le temps des transmissions orales, plusieurs infirmières s'adressent des supports écrits détaillés au préalable. Popy et sa collègue s'envoient les transmissions par e-mail puis elles se téléphonent pour compléter « *pour éviter de passer une heure au téléphone* ». Popy rédige une « *pré relève »,* elle écrit « *tous les noms des patients et ce qui s'est passé dans la semaine : les choses importantes, les choses habituelles on s'en fiche* ». Elle envoie le document après la tournée du matin et appelle sa collègue sur le trajet de la tournée du soir, « *l'appel doit durer moins de 10 mn. Le but c'est que ça ne dure pas une heure pour se raconter notre vie donc tout est synthétisé sur le mail ».* David note « *le strict minimum à l'écrit, ce que tu veux être sûr que ce ne soit pas oublié, ce que ton collègue ne pourra pas deviner en allant au boulot par exemple* ». Il m'explique qu'il écrit *« toilette au lit »* mais ajoute à l'oral *« des informations sur son état général, si elle tient l'appui… ».* L'expression écrite est plus concise, composée d'abréviations professionnelles, le « langage codé » remplace le langage naturel (A. Michel & Lacoste, 1998). De plus, le passage de l'oral à l'écrit a une influence sur le contenu transmis. Julie, par exemple, dit qu' « *il y a toujours un truc que tu n'as pas marqué comme : au fait elle mange une compote aux pruneaux (rire). Je me vois mal le noter sur la feuille, c'est bête parce que ça fait partie de la relève mais il y a toujours un petit détail ».* Lors du passage à l'écrit, il y a un temps de recherche de la formulation adéquate et une appréhension de ce que l'autre peut interpréter, de ce que l'écrit dit de la présentation de soi.

L'oral est impermanent et permet d'étayer ses propos en communication synchrone lorsque le message semble incompris. L'écrit laisse une trace, « dans notre culture il a une aura de sérieux et de crédibilité », il est même « le mode privilégié d'administration de la preuve » (Michel et Lacoste 1998). Viviane note les relèves orales sur son agenda papier, elle dit « *c'est légalisé. En fait, si on a un contrôle de la sécurité sociale, il faut montrer quel soin on a eu et ça sert pour nous retrouver, car on ne sait pas si on a fait une injection tel jour à un mec qu'on a vu une fois dans notre vie ».* Contrairement à la relève orale qui a une dimension sociale, la relève écrite peut être utilisée pour se concentrer sur les faits professionnels et limiter les interactions en cas de conflits entre infirmières. Lola me dit qu'avec son ancienne associée : « *qui est partie et avec qui ça ne se passait pas bien depuis un moment, on se faisait de plus en plus de relève écrite. L'avantage c'est que c'est rapide, tu la lis chez toi quand tu as le temps. L'inconvénient c'est que tu n'as pas tous les petits détails de ce qui s'est passé dans les maisons et des fois, il y a des oublis* ».

A partir des années 1970, l'ethnologue Jack Goody rompt avec le paradigme occidental traditionnel datant d'Aristote, de l'écriture comme simple enregistrement de la parole. Il démontre le pouvoir des mots écrits et notamment les effets du passage du discours oral à celui écrit, tant du point de vue de la structuration de la pensée que de l'organisation sociale (Goody et al., 1986) (Goody et al., 1994). Pour Goody, l'écriture est « une technologie intellectuelle » (Goody, 2007). Le passage à l'écrit organise la pensée, la fige en un temps donné et permet l'accumulation de savoirs. Martine a besoin d'un temps de préparation quand elle doit envoyer des transmissions écrites après une longue période d'activité, elle dit : « *il y a beaucoup de choses à dire. Il faut réussir à catégoriser les transmissions globales et ciblées. Si je suis prévenue avant je note sur des feuilles ».* Martine comme d'autres infirmières libérales utilisent les transmissions ciblées pour structurer leur relève écrite. C'est une méthode créée aux États-Unis par deux professeurs en soins infirmiers à l'Université de Minneapolis et importée en France dans les années 1990, elle a été enseignée dans les IFSI avec les diagnostics infirmiers. Ce modèle d'organisation du récit narratif structure le discours en quatre champs : une cible inspirée du diagnostic infirmier, les données, les actions et les résultats des actions entreprises. Il permet de mettre en exergue la démarche clinique infirmière afin de « *comprendre rapidement la situation et les soins nécessaires à dispenser au patient »* (Ripoche 2012).

La « technologie intellectuelle » est aussi composée d'artefacts tels que les tableaux. Carine a créé un tableau, sous format Word, de la liste des patients qu'elle incrémente au fur et à mesure pendant sa semaine de travail. Elle a « *mis les bilans sanguins au début, puis les soins ponctuels et les chroniques, on garde le tableau et on fait des copiés collés en fin de relève* ». Carine a donc priorisé l'information et le tableau avec des items préalablement déterminés qui orientent les informations à transmettre. Pour Goody, le tableau compare « synchroniquement ce que la parole ne permet d'appréhender que diachroniquement » (Goody, 2007). Grosjean et Lacoste s'inspirent du concept « d'artefact cognitif » de la psychologie et l'anthropologie cognitive, les listes d'actes de Popy et les tableaux de Carine en sont l'exemple. Les artefacts cognitifs n'amplifient pas seulement la capacité mémorielle ou l'efficacité, ils modifient « la façon d'accomplir la tâche » (A. Michel & Lacoste, 1998). La liste que Popy réalise, à l'attention de sa remplaçante, a valeur d'instruction, c'est une des caractéristiques principales de cet artefact (Boudès & Browning, 2005). Après avoir réalisé les opérations de raisonnement infirmier et de contextualisation des soins dans l'histoire de vie du patient, Popy, qui a l'expertise, rédige la liste d'actes pour sa remplaçante. La capacité de prescription de la liste est une de ses autres caractéristiques selon Boudès ; en écrivant une liste, l'expert relaie une partie de son pouvoir à celui qui ne sait pas. La liste ou le tableau ont donc une influence sur le contenu du message mais le media technologique choisi pour la diffusion également. Pour Martine : « *on ne dit pas les mêmes choses par téléphone, on raconte plus l'histoire, ce qui s'est passé. Alors que par mail ou message c'est plus résumé, les informations sont précises, on parle moins de l'humain, peut-être par manque de temps. C'est quand même mieux de parler quand c'est sur les choses humaines ».* Un article sur les relèves infirmières écrites et orales en psychiatrie, démontre que « les soignants tendent à s'effacer dans les observations écrites, pour se concentrer sur des éléments saillants dans la pratique des soignants » alors qu'ils « inscrivent bien les émotions et traits humains des soignants comme des patients dans leurs discours » (Maritaud et Teston-Bonnard 2022). L'écrit, par ses caractéristiques de traçabilité permanente et de synthèse, laisse moins la place à l'expression des émotions ou aux interactions sociales. Les supports de transmissions écrites observées chez les infirmières libérales sont nombreux, que ce soit en complément des transmissions orales, ou en substitution en cas d'indisponibilité d'un des deux infirmières. Lou et

Fanny envoient la liste des patients par SMS ou photographient leur liste écrite pour l'envoyer par MMS.

Carine, David et Popy envoient par e-mail leur tableau ou pré-relève. Gaëtan utilise WhatsApp en complément et tous s'envoient des SMS lorsqu'il manque une information. Martine et Aurore ont un usage multiforme du smartphone dans les transmissions, Aurore dit communiquer avec son remplaçant « *par tous les moyens SMS, mails, appels directs, on se voit* ». Martine envoie des e-mails et ses collègues lui répondent par WhatsApp ou par SMS, selon leurs préférences. Les infirmières libérales passent facilement d'un mode de communication à un autre, le smartphone n'est pas l'unique acteur technologique utilisé dans ces échanges. Un réseau d'acteurs technologiques est mobilisé, le Bluetooth de la voiture de Lou pour écouter les messages en conduisant, la tablette de Popy pour avoir plusieurs écrans ou l'ordinateur de Martine pour rédiger ses e-mails sur un écran plus grand avant de les envoyer avec son smartphone. Martine garde aussi des supports « *papiers, car des fois je sature au niveau des écrans* ». Plusieurs infirmières observées impriment les transmissions ou au moins la liste des patients. Elles notent sur ce support papier des informations au cours de la tournée. Seul David fait une copie écran sur son smartphone afin de respecter ses « *valeurs écologiques* ». L'impression des transmissions ou des « to do list » est également mentionnée, dans la littérature sur les transmissions numériques (Flemming & Hübner, 2013). A la « technologie intellectuelle » de l'écriture s'ajoute celle du support choisi. Chaque support a ses limites et ses possibilités. Le grand écran de l'ordinateur de Martine permet d'avoir une vision globale des transmissions, le support papier permet les annotations en temps réel mais n'est pas partageable. Les transmissions numériques permettent une recherche plus aisée par mots-clés, contrairement aux messages oraux. Enfin, comme nous l'étudierons dans la partie suivante sur WhatsApp, l'ergonomie de l'application peut avoir une influence sur la présentation du message. L'échantillon des infirmières observées étant restreint, j'ai voulu vérifier les hypothèses émises en posant la question : « comment faites-vous vos transmissions ? » sur le groupe Facebook (cf. partie méthode). En mai 2019, le sondage a obtenu 325 votes et 21 commentaires soit 266 infirmières libérales répondant après le tri des réponses multiples. Le sondage confirme que les transmissions orales par téléphone, sont le mode de transmission le

plus utilisé par les infirmières libérales (191 votes sur 325 soit 59%) même si elles ne détaillent pas les différents supports de transmissions orales.

Le face à face est le troisième mode de communication (34 votes sur 325 soit 10%). 14 infirmières sur 266 déclarent réaliser leurs transmissions sur WhatsApp, seules sept infirmières utilisaient un cahier. Ce sondage a plusieurs limites, il a été réalisé sur un réseau social donc sur un public infirmier déjà sensibilisé au numérique, et l'utilisation du support papier est probablement sous-évaluée par rapport à la population générale des infirmières libérales. De plus, le choix de ne poser qu'une seule question ne permet pas de valider l'utilisation conjointe de plusieurs modes de communication ou d'un support écrit préalable par exemple. Enfin, les réponses multiples ou celles sur les modes de transmission par défaut sont peut-être sous évaluées, les répondants indiquant leur mode prévalant.

Cependant, les résultats du sondage semblent confirmer la représentativité de l'échantillon qualitatif.

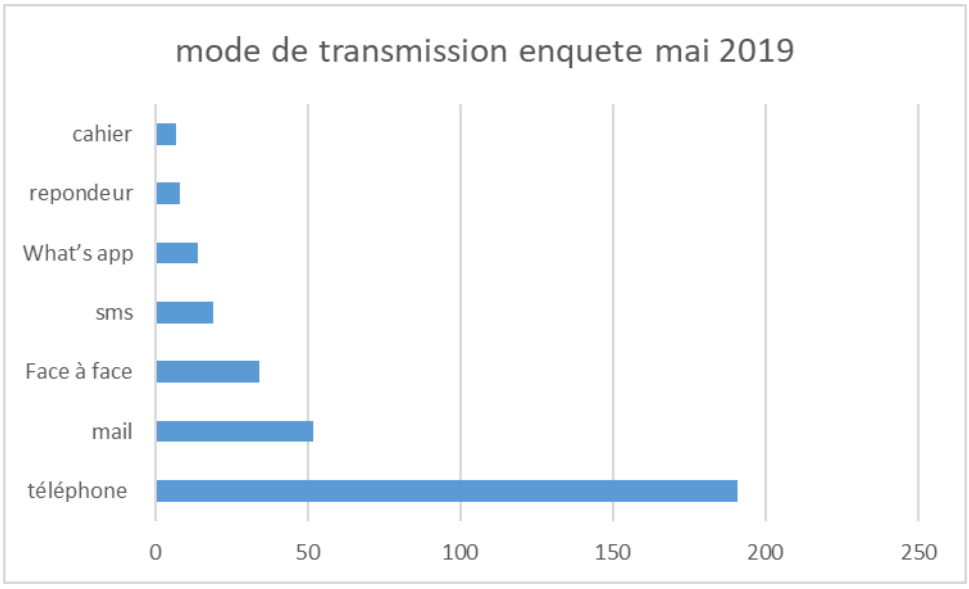


Figure 13: Sondage Facebook du 8/05/19 : nombre de votes par mode de transmission infirmière

Dans les commentaires, plusieurs infirmières évoquent leurs transmissions par SMS et par WhatsApp et certaines rappellent les risques concernant la confidentialité. Avec la popularité des groupes WhatsApp après le confinement, j'ai souhaité approfondir cette pratique chez les infirmières.

Transmissions sur WhatsApp

Lors des observations, Gaëtan et ses collègues réalisent des relèves par téléphone « *ou par mail quand on ne peut vraiment pas faire autrement* ». Il dit « *c'est des relèves très rapides que l'on fait nous, on ne se prend pas la tête* ». Gaëtan envoie au préalable « *la photo de la liste (des patients) »*, mais de nombreuses informations figurent déjà sur les groupes WhatsApp de l'équipe. Comme Julie, Carine et Martine, il a initié ce mode de communication depuis 2018, en s'inspirant du *« fonctionnement de son ami anesthésiste qui gère ses gardes et ses relèves avec ses collègues comme ça ».* Il a choisi WhatsApp pour son interopérabilité, car il avait essayé « *les imessages groupés mais comme ils n'ont pas tous des iPhones ce n'était pas possible ».* De plus, Lola trouve intéressant que tous les utilisateurs visionnent les échanges au lieu de « *recevoir une réponse unique* » par SMS. WhatsApp est une application de messagerie instantanée gratuite, elle est disponible sur toutes les marques de smartphone ou d'ordinateur. Avec plus de 2 milliards d'utilisateurs actifs en 2023, c'est la première messagerie instantanée du monde (« WhatsApp », 2023).WhatsApp a initialement été créé pour remplacer les SMS. Cette application permet le partage de messages écrits ou de notes vocales, de vidéos, de documents et de photographies en passant par le réseau Internet. L'intérêt principal de cette application est de pouvoir échanger du contenu sécurisé avec plusieurs interlocuteurs sur un groupe commun à faible coût. Cette application était réputée sécurisée, car le contenu des messages est crypté mais depuis son rachat en 2014 par Facebook, la confidentialité des données est controversée. L'État français a d'ailleurs demandé aux membres du gouvernement de la désinstaller en 2023 (Grallet, 2023). L'utilisation de WhatsApp « s'est intégrée dans les pratiques de travail des organisations de santé » (Rathbone et al., 2020). Une enquête menée dans un hôpital universitaire italien à Rome a mis en évidence la large diffusion de WhatsApp en milieu hospitalier. Les médecins et les infirmières l'utilisent entre pairs, pour « partager des informations scientifiques, gérer et partager des agendas, communiquer sur des situations cliniques, demander des informations ou donner des indications, envoyer des données sur les patients sous forme d'images ou de vidéos , recevoir des informations sur les patients d'autres hôpitaux » (De Benedictis et al., 2019). Les auteurs ont précisé dans leur article que seuls les médecins communiquaient via cette application avec les patients.

Les infirmières auraient, pour leur part, un usage de WhatsApp réservé aux échanges entre pairs. Selon une étude auprès de 402 infirmières espagnoles en soins intensif en Espagne , WhatsApp serait le canal principal pour obtenir ou diffuser les informations manquantes lors de la relève infirmière (Morán-Pozo & Luna-Castaño, 2023). Gaëtan ouvre l'application pour chercher « *l'adresse et le code du portail de la 3e patiente qui est nouvelle ».* Il dit échanger avec ses collègues « *les données sur les patients, les adresses des nouveaux patients, leurs indisponibilités, les codes d'entrée, les refus de prise en soins … comme ça tous les associés et les remplaçants sont au courant ».* Partager les informations sur un groupe ouvert à toutes les infirmières du cabinet au lieu de les échanger avec celle qui prend la relève permet d'éviter qu'« *une partie des informations se perde* » dans les relèves successives. Gaëtan dit être rassuré car il sait que l'information est enregistrée lorsqu' il est de repos. Il pourra ainsi y avoir accès quand il en aura besoin. Julie parle de « *laisser une trace de l'information* ». Carine et ses collègues échangent des vidéos lorsqu'ils sont formés sur un nouvel appareil : « *celui qui est formé filme et envoie aux autres. Comme ça, quand tu es devant la nouvelle pompe, tu sais quoi faire* ». Martine partage des photographies de plaies, certaines informations cliniques et administratives ainsi que des protocoles. Elle dit : « *ça sert à comparer, c'est très compliqué de travailler à trois. Moi par exemple, je n'ai pas travaillé depuis huit jours et je travaille demain. Je n'ai pas eu toutes les informations, j'ai besoin de remonter le fil* ». La possibilité de visualiser l'ensemble de la conversation sur WhatsApp permet à l'infirmière d'accéder au contexte des informations. Elle peut prendre connaissance des évolutions chronologiques des situations des patients et du processus de prise de décision de ses collègues.

Le groupe WhatsApp a aussi des fonctions sociales, les infirmières partagent des moments insolites de la tournée comme la photographie d'un graffiti trouvé sur la porte d'une patiente de Gaëtan ou des moments plus personnels comme les clichés des enfants de Julie. Cependant, l'abondance d'informations diverses peut nuire à la lisibilité du contenu. Gaëtan, comme les autres infirmières libérales utilisant l'application, a créé plusieurs groupes pour éviter que les informations des patients soient « *noyées au milieu des informations administratives ».* Les groupes subdivisés ont des fonctions et des objectifs définis. Ils peuvent être ouverts à tous comme le groupe « Planning » de Martine ou plus confidentiel comme le groupe « Associés » de Carine, destiné à la gestion du cabinet.

Gaëtan a un groupe similaire *« ouvert seulement aux associés pour traiter les questions administratives, la banque, le courrier, la femme de ménage ».* Le groupe WhatsApp devient un espace à habiter pour les différents membres du groupe restreint, dont le cadre est autant défini par les humains que par les non-humains. Des paramétrages sont nécessaires dès la création du groupe, l'utilisateur doit par exemple délimiter les membres invités et nommer le groupe selon les paramètres imposés par l'application. Le groupe WhatsApp devient « un cadre interactionnel, un espace de l'entre soi pour reprendre Bachelard, mais aussi un espace clos protégé de toute intrusion et inférence extérieures aidant ainsi à l'accomplissement de l'objectif » (Ghliss & Jahjah, 2019). Martine s'interroge sur la stratégie à adopter face aux différents espaces créés, elle dit « *je pense qu'il ne faut pas multiplier les groupes. Il faut que l'on réfléchisse, mais là on est en transition d'équipe donc il va falloir reprendre avec la nouvelle arrivée et voir l'organisation que l'on fait* ». Malgré la question de la gestion des différents groupes et celle de l'hyper connexion liée aux multiples discussions instantanées, ce moyen de communication a été adopté par de nombreux soignants dans différents pays (Rathbone et al., 2020) (De Benedictis et al., 2019) (Meyer et al., 2021). Lorsqu'elles sont interrogées sur la confidentialité des propos échangés, les infirmières, qu'elles soient libérales ou hospitalières connaissent le risque de fuite des données confidentielles. Julie me dit éviter de nommer les patients dans les messages, pourtant quelques noms de famille figurent dans les messages observés. Il est difficile d'évaluer le risque pour les patients. Dans une enquête sur le contenu des messages échangés par des médecins en Afrique du Sud, les auteurs ont évalué à moins de 7% les données permettant d'identifier les patients dans les conversations sur WhatsApp (Meyer et al., 2021). McDonald, Maling et Puttick évaluent la mention de données patients à 28 %, dans les échanges entre infirmières cliniciennes spécialisées en Nouvelle Zélande (McDonald et al., 2022). Plusieurs gouvernements ont diffusé des recommandations à l'instar de la NHS en Angleterre, qui invite entre autres, les patients comme les professionnels de santé à vérifier les paramètres de protections des données de leurs messageries instantanées (NHS England, 2022). En France, les ARS proposent différents outils alternatifs de messagerie (Medimail, SPICO…) aux professionnels mais la diffusion et l'appropriation de ceux-ci sont assez limitées, comme nous avons pu le voir précédemment.

L'utilisation des messageries instantanées par les professionnels de santé est un phénomène mondial. Cependant, elle pose des questions en matière de confidentialité car « bien qu'il soit crypté de bout en bout, WhatsApp appartient à Facebook » (McDonald et al., 2022). Ce sont les facteurs individuels d'« utilité perçue », qui expliqueraient la diffusion de l'usage de WhatsApp malgré les risques connus par les utilisateurs. De Benedictis fait l'hypothèse d'une « adoption par la porte dérobée, ce qui est le cas pour les technologies qui sont si faciles à utiliser qu'elles sont diffusées sans discussion ni définition préalable de la politique, et qui sont apportées par des professionnels de la santé sans aucune approbation ou évaluation formelle de la part des cadres supérieurs sur les opportunités et les risques que ces innovations pourraient entraîner » (De Benedictis et al., 2019). En effet, l'application de messagerie favorise les rapports verticaux (Rathbone et al., 2020), tous les membres de l'équipe peuvent intervenir, ce qui augmente la rapidité des réponses aux questions et la fonction de résilience étudiée chez Patterson. On constate un renforcement des fonctions de cohésion du groupe et du partage d'émotion, le nomadisme du dispositif permet également de rendre l'information accessible partout et à tous. Nous émettons l'hypothèse que l'adaptation rapide de ce mode de communication par messagerie instantanée est liée à un besoin de communication multimodale en équipe. Ce type de conversation alliant juxtaposition de photos, de texte et de smileys contextualise les échanges. En linguistique, les auteurs parlent d' « images conversationnelles », la narration est enrichie (Ghliss, 2019). Cependant, les conversations WhatsApp ne remplacent pas la communication en face à face, elles en sont une extension. Selon la linguiste Marie Anne Paveau, il y a une continuité entre la vie en ligne et la vie hors ligne (Dupont, 2023) (Ghliss, 2019). Par exemple, la conversation sur WhatsApp de Carine avec ses associés s'est terminée par un repas au restaurant car « *ils avaient besoin de se voir physiquement, le soir, pour en discuter de vive voix* ». En 2022, j'ai renouvelé le sondage Facebook afin d'actualiser mes données en prévision d'une présentation en congrès. J'ai posé la même question qu'en 2019 « comment faites-vous vos transmissions ? » (Cf. partie méthode). Le sondage a obtenu 139 votes au total soit 118 infirmières libérales après le tri des réponses multiples. Il y a eu également 20 commentaires.

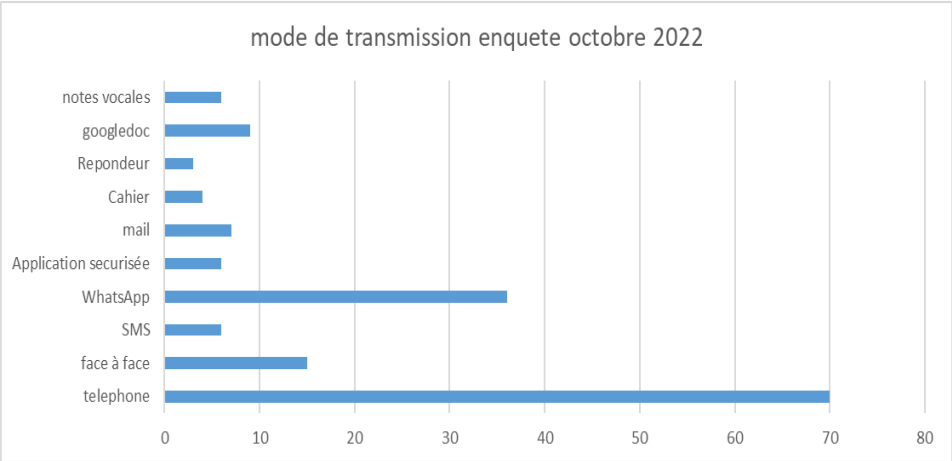


Figure 14: Sondage Facebook du 2/10/22 : nombre de votes par mode de transmission infirmière

En 2022, le téléphone est toujours le mode de transmission privilégié (70 votes sur 139 soit 67%), le face à face reste en troisième position. Néanmoins, les e-mails ont reculé au profit des transmissions vocales et écrites sur WhatsApp (36 votes sur 139 soit 26%). L'utilisation de WhatsApp chez les infirmières libérales semble perdurer avec un intérêt grandissant pour des messageries garantissant la sécurisation des données. Plusieurs infirmières ont ajouté, en réponse ou en commentaire, le nom d'applications sécurisées, mais Google Docs, qui n'est pas sécurisé, a également été ajouté. L'apparition de commentaires sur les notes vocales sur WhatsApp m'ont particulièrement intéressée. Ainsi, nous allons étudier plus précisément ce mode de communication

Messages vocaux : l'oralité en question

Lors des observations, David privilégie les messages vocaux avec ses collègues car il peut les enregistrer pendant les trajets en voiture. La présentation de soi à l'oral est simplifiée contrairement au SMS ou à la dictée vocale, qui nécessitent une relecture orthographique. Il trouve également « *pratique* » de les écouter au volant ou en scooter sur son casque Bluetooth sans manipuler le téléphone contrairement aux messages écrits. Les messages vocaux sont particulièrement adaptés à la pratique nomade des infirmières libérales, ils permettent d'optimiser les temps de trajets, qui représentent près de un cinquième de leur temps de travail (URPS PACA, 2018). Les transmissions orales font partie intégrante de l'histoire et de la culture infirmière, ce média avait donc les attributs pour séduire les infirmières libérales.

Pourtant, lors du sondage sur l'utilisation de messages vocaux avec les patients, cinq infirmières ont échangé vivement sur leur utilisation entre professionnels. Outre le fait que le modérateur rappelle aux infirmières du groupe que « *les données des patients n'ont rien à faire sur WhatsApp ☺ c'est illégal* » ; une des infirmières écrivait en commentaire « *je passe ma vie à faire des vocaux et à en écouter, beaucoup plus pratique car la majeure partie du temps quand je bosse c'est sur la route* ». J'ai pu interagir sur le fil de conversation Facebook avec cette infirmière et lui demander de préciser son usage. Elle les utilise pour des conversations personnelles mais aussi en complément de ses relèves écrites qui sont « *plus pratiques pour retrouver des informations* », mais elle dit : « *parfois il y a des trucs tu ne peux pas écrire 20 lignes pour raconter donc c'est vocal ou appel* ». La discussion s'est engagée avec un autre infirmier qui « *n'utilise JAMAIS ce système* », il souligne dans sa publication « *la perte de temps pour celui qui doit écouter au lieu de lire* », la nécessité d'être dans « *un environnement permettant d'écouter correctement* » et « *l'impossibilité de chercher des mots-clés dans les messages pour retrouver une information* », ces arguments sont similaires à ceux retrouvés dans la presse Française sur le sujet (Godin, 2022). Dans les commentaires, les infirmières opposent la permanence et la structure de la relève écrite à la contextualisation et au caractère « naturel » de celle réalisée à l'oral, ce qui pourrait ressembler à une opposition oral/écrit. La pensée de Derrida a transcendé cette opposition binaire en ne réduisant pas l'écriture au signe alphabétique mais en l'élargissant à une chaîne de signifiants. Pour Guillemette, « l'écriture n'est pas une reproduction de la langue parlée », elle « n'est pas une simple graphie mais l'articulation et l'inscription de la trace » (Guillemette & Cossette, 2006). Le message vocal laisse aussi une trace, il s'inscrit sur un support qui est consultable, cumulable et stockable. L'utilisateur peut l'écouter à nouveau, rechercher une information en mode accéléré et le partager avec d'autres infirmières. Le message vocal dépasse l'opposition binaire oral/ écrit en se parant d'une partie des attributs du message écrit, il relève ainsi pleinement de la raison graphique (Goody,1986).

En résumé

Les modalités de relève sont très diverses, les infirmières libérales utilisent les différents canaux de communication profanes qui leur sont offerts par ce nouvel acteur qu'est le smartphone. Chaque infirmière élabore son propre « bricolage », en choisissant le mode de communication le plus approprié au contenu envoyé et à ses préférences. Il s'agit d'un processus évolutif qui s'adapte aux disponibilités de chacun ou à leurs affinités. En mélangeant les fonctionnalités écrites, les messages oraux, les émoticônes et les images, le smartphone s'inscrit dans « la raison graphique »(Goody, 1986). Cependant, les transmissions constituent avant tout un moment de partage et de communication entre infirmières, un moment d'échange de savoir et de normalisation. Ancrées dans la pratique infirmière, elles sont une part constitutive de leur identité professionnelle. Par définition, le terme de relève contient en même temps la suppression et la conservation. La relève articule la continuité des soins et la discontinuité des professionnels se relayant au chevet du patient, elle laisse la place à l'autre sans être absent. Lors de la relève, les infirmières transmettent leur culture professionnelle. Outre la fonction de passage de relais, les transmissions font partie du processus de socialisation des infirmières et sont même qualifiées de « rite » par certains auteurs (Strange, 2001). Nous émettons l'hypothèse que les infirmières libérales, qui travaillent en colloque singulier avec le patient, perpétuent ce rite, qui leur permet de faire groupe en dehors de l'hôpital où elles ont été formées. Nous avons étudié comment les infirmières libérales se transmettaient une partie de leur culture professionnelle au travers des transmissions ; le smartphone va nous éclairer sur leur recherche de savoir professionnel après leur formation initiale.

3.6 La recherche de savoir infirmier sur smartphone

Le secteur de la santé est en perpétuelle évolution, plus de 80 nouveaux médicaments ont obtenu une autorisation de mise sur le marché en 2022 (Demarti, 2023). Les avancées technologiques modifient fréquemment les prises en soins post opératoire**,** les infirmières libérales doivent donc actualiser leurs connaissances et s'adapter aux nouvelles technologies et thérapeutiques.

Le développement professionnel continu (DPC) est d'ailleurs obligatoire depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009 et celle de Modernisation du système de Santé de 2016. Les orientations du DPC sont définies par le ministère de la santé en collaboration avec les Ordres professionnels et la CPAM. Ce dispositif de formation permet aux infirmières libérales de se former sur certaines grandes évolutions thérapeutiques mais qu'en est-il des mutations du quotidien ? Lors du retour au domicile des patients, les infirmières libérales ont besoin de se renseigner sur les pathologies, les techniques opératoires, les traitements ou les soins des patients. Comment utilisent-elles le smartphone pour répondre à ces interrogations ? Dans un premier temps Daphnée demande à sa collègue ou à un médecin en qui elle a confiance, mais elle peut aussi demander aux étudiants en stage ou aux prestataires en soins, voire téléphoner au service hospitalier si nécessaire. Elle dit : «*je vais là où je pense que j'aurai une réponse plus rapide* », elle préfère s'adresser à un interlocuteur plutôt qu'effectuer une recherche anonyme sur Internet. Contrairement à Daphnée, David et les autres infirmières observées utilisent systématiquement leur smartphone pour réaliser « *un premier tour d'horizon sur Internet* », elles peuvent s'adresser également à d'autres professionnels pour approfondir si besoin la réponse. Pour des informations théoriques, Gaëtan dit utiliser « *Safari évidemment quand tu as besoin, ce matin j'ai cherché quoi ? Un anticorps, je n'avais pas l'information. J'ai cherché sur Google ce que c'était* ». Gaëtan recherche « *les mots-clés* » et vérifie *« à l'intérieur comment le texte est fait, je sélectionne comme ça ».* Il ne se réfère pas à un *« site particulier* » alors que Viviane ou Lola ont identifié des sites fiables qu'elles consultent fréquemment. Parfois la recherche sur Internet est secondaire à l'information d'un interlocuteur ; par exemple Lola et sa collègue étaient étonnées de la réponse d'un infirmier prestataire de soin à leur question sur la précipitation d'un produit (ACUPAN®) lors la perfusion d'une patiente. Le prestataire leur avait dit « *vous avez une validité médicale* » mais elles sont « *quand même allées voir sur Internet et ce n'est pas conseillé* ». Elles ont exercé leur jugement critique en recoupant les informations pour évaluer si l'information était fiable. Ce travail de vérification des prescriptions permet d'éviter les erreurs en argumentant scientifiquement auprès du prestataire et du médecin, il fait partie des compétences professionnelles des infirmières. Guy le Boterf décrit la compétence comme la mobilisation pertinente de différents types de savoirs au moment opportun, lors d'une situation de travail (Le Boterf, 1997) (Le Boterf, 1999).

Les savoirs mobilisés sont théoriques ou déclaratifs mais également des savoirs faire procéduraux et des savoirs sociaux que l'on pourrait nommer « savoir-être ». Dans les exemples précédents les infirmières ont utilisé la recherche sur Internet pour compléter leur savoir théorique. Michel Serres avait déjà identifié la tendance à rechercher des savoirs théoriques sur Internet, sa « petite poucette » trouvait ses réponses sur les moteurs de recherche au lieu de chercher l'information dans une bibliothèque (Serres, 2012). Mais comment les infirmières obtiennent-elles des renseignements sur les savoirs procéduraux ? Une des surprises des entretiens avec les infirmières a été de découvrir leur façon de chercher du savoir sur un soin technique innovant ou non réalisé depuis longtemps. En libéral, une mise à jour des connaissances est indispensable face à la rareté de certains soins, les innovations thérapeutiques et selon la clientèle choisie ou le lieu d'implantation. Popy me dit qu'elle regarde un « *tuto* » sur YouTube via son smartphone quand elle n'a « *pas fait un soin depuis longtemps* ». Elle visionne les vidéos chez elle « *la veille avant d'y aller* » mais également chez le patient lorsqu'elle a « *un doute* ». Martine, plus âgée que Popy, utilise préalablement le moteur de recherche Google qui la dirige ensuite vers un tutoriel YouTube, tout comme David ou Viviane qui commencent toujours par Google même « *si c'est con, car je pourrais aller sur YouTube d'abord* ». En 2019, j'ai été étonnée par cette pratique professionnelle, je connaissais l'utilisation personnelle des tutoriels en vue de bricolage domestique ou celle par les étudiants infirmiers pour visualiser un soin avant d'aller en stage ou en préparation d'un examen (Doo Young Lee, 2013) (Massey et al., 2017) mais je n'avais pas imaginé son utilisation par des professionnels en vue de formation continue.

L'utilisation de YouTube à des fins professionnelles était peu documenté en 2019 (Madathil et al., 2014) (Burton, 2022) et la qualité des vidéos controversée (Lacroix, 2018) (Duncan et al., 2013) (Fischer et al., 2013), seulement quelques articles traitaient d'autoformation dans d'autres domaines que la santé (Cyrot & Jeunesse, 2012). En 2024, de nombreux articles (Özsaban et al., 2021) (Colgan et al., 2023) démontrent l'intérêt des tutoriels pour les soignants mais émettent des réserves qualitatives (Gorgy et al., 2022). De quelle manière les infirmières utilisent-elles YouTube dans leur pratique professionnelle ? Comment s'approprient-elles cette plateforme commerciale, initialement dédiée au divertissement ?

Dans un premier temps nous allons définir YouTube, ses usages et la notion de tutoriel puis nous explorerons l'offre de vidéos susceptibles d'intéresser les infirmières libérales, leurs critères de choix et ce qui peut les influencer.

Public et usages de YouTube

YouTube est un site web américain interactif d'hébergement de vidéos accessible via Internet. Steve Chen, Chad Hurley et Jawed Karim, trois anciens employés de PayPal, ont créé, en février 2005, un site de rencontre qui permettait une présentation vidéo des utilisateurs. Face au peu d'engouement du public, ils décident au bout de cinq jours de changer de cible et de partager simplement des vidéos (Chantrel, 2019). Par la suite, YouTube connaît un succès grandissant et est racheté par Google, en octobre 2006, pour 1,65 milliard de dollars (« YouTube », 2019a). La version française est lancée le 19 juin 2007, par le PDG de Google à Paris, cette version est destinée à concurrencer l'hébergeur français de vidéos Dailymotion. Le modèle économique de YouTube est publicitaire, il ressemble donc à celui d'autres médias comme la télévision ou la radio. La publicité est alors insérée dans le contenu vidéo. Une version payante sans publicité est accessible au public depuis 2015. Le but premier de la plateforme est de permettre aux utilisateurs de partager, regarder et commenter gratuitement des vidéos. Le site est classé par thématique et doté d'un moteur de recherche qui permet d'accéder aux vidéos en insérant des mots-clés. Les contenus sont proposés par des particuliers mais également par les chaînes et médias officiels. Susan Wojcicki, PDG de YouTube en 2017, estime qu'une personne sur cinq visionne des vidéos YouTube dans le monde, « en moyenne, nos internautes passent plus d'une heure par jour à regarder YouTube uniquement sur leurs appareils mobiles »(« Updates from VidCon », 2017). En 2023, c'est presque deux personnes sur cinq qui visionnent en moyenne 28 heures et cinq minutes par mois (kemp, 2024). YouTube est la deuxième plateforme mondiale de réseaux sociaux avec 2,49 milliards d'utilisateurs actifs mensuels en 2023 (Facebook en a 3 milliards) (Reisacher, 2024). En France, les utilisateurs de YouTube étaient 46 millions par mois en 2019, soit plus de 80% de la population connectée (Ryst Justine, 2019) et la moitié des vues se réalisait sur des mobiles (Duffez, 2019). En 2023, YouTube a atteint les 50,70 millions d'utilisateurs (kemp, 2024).

Nous pouvons supposer que les infirmières libérales comme Popy et Martine qui utilisent quotidiennement leur smartphone dans leur activité professionnelle en font partie. De plus, lors du BrandCast 2016, YouTube a présenté son audience en France, la plate-forme accueillait un français sur deux de 16 à 44 ans quotidiennement et 48 % des utilisateurs avait entre 25 et 49 ans sans différence de genre. Deux tiers des utilisateurs se connectaient plusieurs fois par jour (Pignol, 2017). L'âge moyen des infirmières libérales correspond à la tranche d'âge des utilisateurs de YouTube mais quels sont leurs usages professionnels de YouTube ?

Lors des observations plusieurs infirmières utilisaient la plateforme pour diffuser de la musique à l'instar de Lola qui stimule certains patients atteints de démence en leur faisant écouter leur chanson préférée de Dalida. Popy s'en sert avec les patients qui parlent peu, quand « *ils n'ont rien à dire alors au lieu d'avoir un gros vide pendant 20 mn* », « *donc voilà YouTube ça sert à ça (chercher des tutos) et à mettre de la musique quand on s'ennuie* ». En 2016, 64% des utilisateurs consomment des vidéos pour se relaxer et se divertir (Pignol, 2017), cette activité continue à progresser les années suivantes (Ryst Justine, 2019). Cependant, les utilisateurs de YouTube n'écoutent pas seulement de la musique, 52% d'entre eux s'informent (Shearer, 2018) (Pignol, 2017) et apprennent via des tutoriels. Une enquête réalisée en 2018 par le Pew Research Center auprès de 4594 adultes américains révèle qu'« environ la moitié des utilisateurs de YouTube estiment que la plate-forme est très importante pour les aider à comprendre comment faire des choses qu'ils n'ont jamais faites auparavant. Cela correspond à 35% de tous les adultes américains, une fois comptabilisés les utilisateurs et les non-utilisateurs du site » (Smith et Toor 2018). En 2024, 21% des adultes en âge de travailler utilisent les réseaux sociaux pour du réseautage ou des recherche liées au travail (kemp, 2024). Lors de mon enquête en 2019, Il y avait environ 300 chaînes YouTube de plus d'un million d'abonnés en France (*YouTube*, 2019b). Cinq ans après c'est plus de 500 chaînes dont certaines sont dédiés à la vulgarisation scientifique ou à la santé. YouTube propose des vidéos de vulgarisation, de prévention ou d'éducation à la santé via ces chaînes officielles mais également via des vidéos de particuliers. Le public est très large, il va des patients et proches, aux étudiants (Doo Young Lee, 2013) et professionnels de santé.

L’utilisation du média vidéo rend la diffusion d’informations médicales plus facilement accessible que la littérature écrite (Liu et al., 2018) (Colgan et al., 2023) (Forbes et al., 2016).

Qu’est-ce qu’un « tuto » ?

De nombreux types de vidéos sont disponibles sur YouTube, cependant les infirmières interviewées ont évoqué utiliser des tutoriels. Selon la définition du Petit Larousse, c’est un « logiciel permettant de se former de manière autonome à un autre logiciel, se nomme par extension *tuto* » (Larousse, 2020). Être autonome, c’est être régi par ses propres lois. Le tutoriel permettrait donc d’apprendre par soi-même, sans intervention extérieure, si ce n’est une vidéo préenregistrée. Avec l’expansion des plateformes comme YouTube les tutoriels se sont diversifiés et un large choix de vidéos pédagogiques est proposé. Ces vidéos décortiquent les différentes étapes de gestes techniques allant de la construction d’une maison (Rijven, 2017), au changement d’une chasse d’eau, à la pose d’une sonde vésicale par une infirmière (IFSI Foch, 2018). Elles sont consultables gratuitement et en tout lieu par les internautes, elles permettent de comprendre la réalisation d’une étape de construction d’une maison comme celle d’un acte médical par un patient. D’ailleurs, dans les commentaires du tutoriel sur la pose d’une sonde vésicale, une utilisatrice de YouTube remercie les concepteurs de la vidéo et exprime l’intérêt de celle-ci pour les patients : *« je suis une personne qui est entrain de porter la sonde là maintenant. J'avais peur car je ne savais pas ce qui trouve en moi (la sonde, boule de sonde...) mais en regardant la vidéo et vos explications, je les trouve très professionnelles et en même temps très simples. Je suis un peu soulagée ...Merci beaucoup »* (IFSI Foch, 2018). Une autre utilisatrice insiste sur la notion de *« vidéo très utile, simple sans jargon médical incompréhensible pour le commun des mortels et faite avec professionnalisme et dans le respect* ». Dans les commentaires de ce tutoriel comme dans de nombreux autres « tuto » des infirmières et des étudiantes remercient également les concepteurs ou posent des questions plus précises. Le mode commentaire permet une interaction asynchrone entre les utilisateurs ou avec le concepteur de la vidéo. Peut-on considérer les tutoriels comme un mode de transmission du savoir procédural ?

Dans leur méta-analyse, Höffler et Leutner, ont démontré l'intérêt de la vidéo pour l'apprentissage des savoirs moteurs procéduraux alors que la différence n'est pas conséquente pour les apprentissages impliquant des connaissances déclaratives ou de la résolution de problème (Höffler & Leutner, 2007). L'implication des neurones miroirs et leur activation au cours du visionnage du geste faciliterait l'apprentissage (Biard, 2019) (Castro-Alonso et al., 2019). Cependant, trouver une information n'est pas un exercice aisé, il faut discriminer l'information pertinente et récente du flux d'informations « inutiles, mais parfois plus facilement perceptibles » (Biard, 2019). Les experts seront moins confrontés à ces difficultés au vue de leurs connaissances préalables (Schnotz & Lowe, 2003) (Gorgy et al., 2022). Les tutoriels ont donc un public de patients qui souhaitent comprendre les soins réalisés par les infirmières et un public d'étudiantes qui complètent leur apprentissage par ces vidéos qu'ils peuvent visionner sans limite (McAlister, 2014) (Massey et al., 2017) (Özsaban et al., 2021). D'après les entretiens réalisés auprès des infirmières et les articles, les tutoriels sont également consultés par un public de professionnels qui révise ou réactualise ses connaissances (Colgan et al., 2023) (Gorgy et al., 2022).

Les infirmières libérales et YouTube

En l'absence d'évaluation du nombre d'infirmières diplômées utilisant YouTube à des fins professionnelles, j'ai souhaité réaliser un sondage exploratoire auprès du groupe « entraide entre infirmiers libéraux » de Facebook (cf. partie méthode). La question posée le 17 mars 2019 était « *face à un soin technique que vous ne pratiquez pas souvent que faites-vous ? ».* Ce sondage était à choix multiple, il y a eu 310 réponses cumulées et 22 commentaires. Après traitement des données c'est un total de 209 infirmières qui ont répondu une ou plusieurs réponses à cette question. Les infirmières ayant répondu étaient issues de tous les départements français et des DROM COM. Le biais de recrutement sur un réseau social est à prendre en compte dans l'interprétation des résultats, car les infirmières répondant étaient peut-être plus familiarisées avec l'utilisation des technologies numériques et de YouTube.

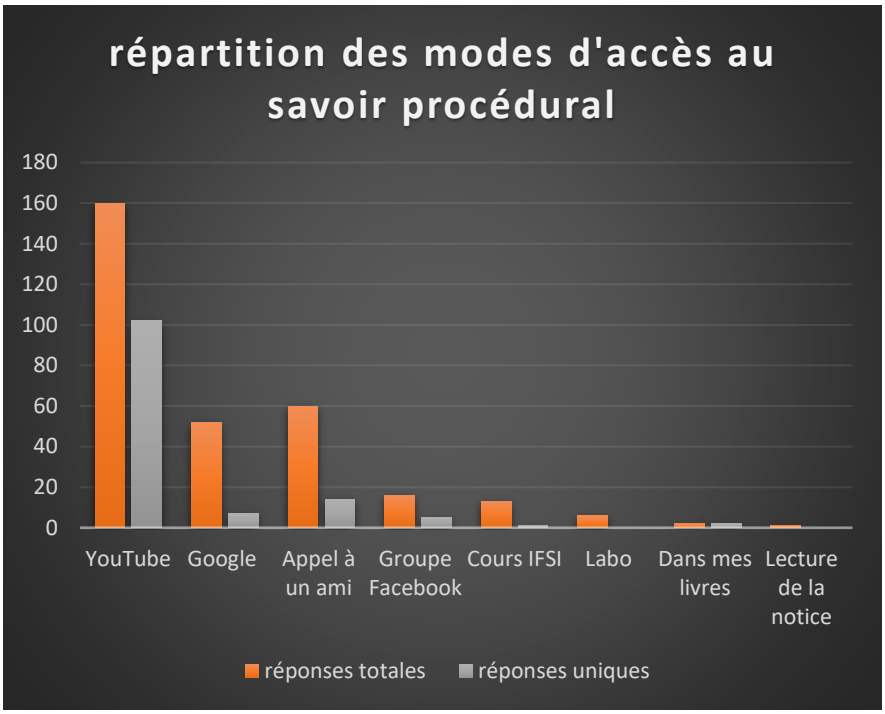


Figure 15 : Sondage Facebook du 17/03/19 : nombre de votes par mode d'accès au savoir procédural

Le recours à YouTube pour rechercher du savoir procédural est majeur. Presque la moitié des infirmières sondées utilisent uniquement YouTube pour chercher des informations sur un soin (102 infirmières sur 209), voire160 infirmières sur 209 si on comptabilise les votes multiples. Les autres modes de recherche sont majoritairement associés à la recherche sur YouTube ou Google, ils sont peu utilisés de manière unique (deux infirmières cherchent dans les livres et un dans ses cours uniquement). L'option de recherche d'information sur le groupe Facebook est peu plébiscitée (16 réponses), pourtant les infirmières répondant appartiennent tous au groupe « infirmières libérales » de Facebook. L'analyse des commentaires peut nous éclairer sur ce point. Une infirmière écrit « *J'évite de demander sur le groupe... pas envie de me faire tailler sur mon « ignorance »* (27 approbations par « like » du commentaire). Une autre infirmière ajoutera « *Franchement, vu la bienveillance de certains collègues, je ne demanderai pas non plus ».* En tout 34 infirmières seront en accord avec les trois commentaires sur ce thème alors que seulement six approuvent le commentaire du régulateur « *Faut faire fi de ce genre de remarques (voire même bloquer les gens) C'est dommage de se priver pour une minorité ».*

On constate également que Google est souvent associé à un autre mode de recherche, ce qui confirme ce que les infirmières ont exprimé dans les entretiens. David utilisait Google « *pour faire un tour d'horizon* » avant d'approfondir la question sur un autre site ou de visionner une vidéo sur YouTube proposée par le moteur de recherche.

YouTube semblerait être un mode de recherche de savoir privilégié par les infirmières libérales, il permettrait de visionner des soins sans pour autant s'exposer au regard des autres. L'anonymat de la recherche permet de prévenir les éventuelles critiques de la communauté de professionnels. Nous pouvons émettre l'hypothèse que Facebook est moins utilisé car il expose les infirmières au risque de perdre la face au sens de Goffman. Viviane, Popy et Martine privilégient YouTube, Popy dit ne pas vouloir déranger sa collègue et Viviane « *n'y pense même pas vue les rapports* » qu'elle entretient avec ses collègues. Les infirmières demandent parfois un avis auprès de leurs pairs mais dans un deuxième temps. Martine recherche « *leur expérience, comment elles voient les choses* ». Elle m'expliquera que cet avis lui permet d'adapter le soin à la spécificité du domicile car la plupart des « tutos » sont réalisés dans des conditions hospitalières ou de laboratoire. Ce recours à une personne de confiance n'est pas négligeable, il est utilisé par 60 infirmières dans le sondage dont 46 qui complètent cet avis par d'autres moyens numériques. Lola, Gaétan, Daphnée ou Carine n'hésitent pas à demander à leurs collègues. Certaines infirmières comme Daphnée n'ont pas « *ce truc de regarder sur Internet ni pour le perso ni pour le pro ».* Elle préfère continuer à demander à ses collègues, à un médecin ou à une étudiante infirmière en stage en argumentant que c'est « *sûrement une histoire de génération* ». Les entretiens et la littérature démontrent, qu'au-delà d'une génération, c'est l'appropriation de l'outil numérique qui influe sur l'usage (Proulx, 2002) (Ologeanu-Taddei et al., 2015). Nous avons pu constater que les infirmières libérales, quel que soit leur âge, ont recours à YouTube pour la consultation de tutoriel mais comment choisissent-elles les vidéos dans le vaste catalogue de la plateforme ?

Dans un premier temps nous étudierons les critères de sélection des infirmières libérales observés, les modalités de recherche et le contenu en santé disponible sur YouTube au moment de l'enquête en 2019. Puis nous évoquerons les mutations post COVID des contenus en santé disponibles sur YouTube en 2024.

- Critères de choix des tutoriels

En 2023, il existe entre 800 millions et 1 milliard de vidéos disponibles sur YouTube, comment les infirmières sélectionnent-elles les plus pertinentes dans cet immense flux d'informations ? Popy et Martine sélectionnent les vidéos en se basant sur leur pratique et leur connaissance. Martine dit : « *la confiance vient en regardant les gestes* », Popy vérifie si les infirmières « *font des choses sensées* ». Elles n'hésitent pas à zapper comme Popy «*si d'entrée elles font des trucs pas du tout comme toi, tu te dis bon je vais aller voir une autre vidéo* » ou si le contenu n'est pas adapté à leur pratique. Viviane change de vidéo si « *c'est long, ils mettent 30 ans à désinfecter et ça je connais déjà* ». Popy ne se réfère pas à un site qui fait autorité mais à certains critères qui reflètent une situation d'apprentissage : *« c'est bien fait, comme c'est des étudiantes elles sont encadrées et tout ça. Tu sais que c'est fait dans les règles. Des fois tu as des doutes sur certains trucs que tu vois. A la limite, je préfère que ce soit là, tu vois que tu es dans une classe de cour. Il y a un adulte à côté donc tu te doutes que c'est un prof donc normalement c'est bien fait ».* Popy dit être rassurée par le contexte scolaire : « *c'est parce que tu vois que c'est une classe, tu te dis elles font des choses sensées donc du coup j'ai plus confiance* ». Martine et Viviane vérifient si le site leur semble fiable ou si il est associé à un CHU. D'ailleurs Viviane dit « *de toute manière, il n'y a que des IFSI ou des CHU, il n'y a pas d'infirmière qui fait ça en free-lance »*. Pourtant nos recherches par mots-clés en 2019 et en 2022 sur le site YouTube ont montré une variété d'auteurs de vidéos qui dépasse les lieux habituels de production de connaissance.

Les chaînes françaises en soins infirmiers et de vulgarisation médicale

Afin de répertorier une partie de l'offre de vulgarisation médicale et en soins infirmiers j'ai utilisé plusieurs requêtes le 15 août 2019 sur le moteur de recherche de YouTube. Trois principales chaînes apparaissent avec les mots-clés « vulgarisation médicale ». La première est « primum non nocere » réalisée par un chirurgien maxillo-facial qui utilise le pseudonyme Primum (Morel, 2019), puis « Dans Ton Corps » conçu par Julien Ménielle « infirmier pendant 10 ans puis journaliste dans un grand quotidien gratuit »(Menielle, 2019) et « WhyDoc » la chaîne d'un jeune docteur généraliste Corentin Lacroix.

Les trois auteurs vidéastes de vulgarisation médicale se présentent comme des professionnels de santé, seul Primum utilise un pseudonyme mais donnera une interview levant son anonymat (Choisnet, 2019). Une recherche avec les mots-clés « vulgarisation + soins infirmiers » ne permet pas d'identifier de chaînes particulières mais différentes vidéos qui vont des récits de vie d'étudiantes ou d'infirmières à des précisions sur les études ou sur la réalisation de certains soins. Enfin, les mots-clés « chaînes de soins infirmiers » permettent d'identifier trois chaînes principales « Les Tutos Infirmiers » qui sont décrits comme « Des tutos de soins infirmiers faits par des étudiants en soins infirmiers ! » (*Les Tutos Infirmiers - YouTube*, 2019). Le site « infirmier et infirmière » qui est associé à une page Facebook, selon sa page de présentation, il s'adresse « aux infirmières du monde » et a l'ambition de proposer une articulation entre « les actus publiées sur notre chaîne YouTube » et les « fonctionnalités Facebook pour commenter et échanger sur les sujets de leur choix » (*infirmier et infirmière - YouTube*, 2019). La troisième chaîne est Pratik'inf (2019), elle est réalisée par une infirmière libérale diplômée depuis 2007 et vise un public d'étudiantes infirmières. C'est la seule chaîne de soins infirmiers sur les trois dont l'auteur est une infirmière libérale en exercice. De plus, aucune des chaînes observées ne sont affiliées à une université ou à un IFSI. Pourtant la chaîne « infirmier infirmière » (81 vidéos) propose certains fichiers PowerPoint signés par des IFSI ou issus d'une chaîne YouTube de manipulateur en radiologie mais la majorité des vidéos n'ont pas d'auteur identifiable ni de date de création. La question de la propriété intellectuelle des contenus diffusés sur YouTube et de leur mise à jour est un sujet de discussion depuis les débuts d'Internet (Delamotte et al., 2008). Le contenu de la chaîne « tutos infirmiers » (4 vidéos), est composé de soins simples avec des séquences courtes de type calcul de dose ou pliage de compresse. Ces soins très basiques sont destinés à des étudiants et semblent trop simples pour intéresser des professionnels. Enfin Pratik'inf (42 vidéos), est une chaîne plus personnelle réalisée par une infirmière libérale qui propose des vidéos de nombreux soins plus ou moins complexes, des conseils pratiques aux étudiants mais également un récit personnel du quotidien d'infirmière libérale (*Une matinée dans ma vie d'infirmière libérale - YouTube*, 2019). Cette chaîne serait susceptible d'intéresser un public plus large que les seuls étudiants, les explications de la youtubeuse sur l'adaptation de ses soins au domicile du patient pourraient, par exemple, intéresser Martine.

Une étude plus approfondie sur les utilisateurs de ce type de chaînes pourrait révéler un public de professionnels. Le tableau ci-dessous récapitule les résultats des différentes requêtes de chaînes de vulgarisation médicale et de soins infirmiers sur la plateforme YouTube Française en 2019. Le nombre de vues est à relativiser par rapport au nombre de vidéos. En effet, plus une chaîne produit des vidéos, plus elle a de vues mais inversement moins les vidéos sont populaires. La popularité sur YouTube étant directement corrélée au nombre de vues et donc au potentiel de recette publicitaire, ce sont les vidéos que la plateforme proposera de façon privilégiée dans son algorithme.

Chaîne et date de création	Nombre de vidéo	Nombre de vues	Nombre d' abonnés	Public	Auteur
Primum non nocere (2014)	54	3 131 245	113 373	Tout public et vidéos d' approfondissement	Pseudonymes dans la présentation (mais chirurgien maxillo facial à Rouen
Dans Ton Corps (2016)	163	56 125 625	626 881	Tout public	Julien Ménielle « infirmier pendant 10 ans puis journaliste dans un grand quotidien gratuit »
WhyDoc (2014)	24	220 969	7 168	Tout public	Corentin Lacroix Médecin généraliste 30 ans (thèse 2018)
Les Tutos Infirmiers (2016)	4	201 426	5 388	Etudiantes infirmières	Etudiants infirmiers
infirmier et infirmière (2017)	81	443 056	4 958	infirmières du monde	Non précisé
Pratik'inf (2015)	42	2 770 811	29 923	Etudiantes infirmières	Clémence infirmière libérale diplômée en 2007

Figure 16: Principales chaînes de vulgarisation médicale et de soins infirmiers YouTube France le 15/08/19

En 2019, La majorité des Web TV des hôpitaux proposaient aussi certains tutoriels à destination des infirmières et des patients mais ces publications n'étaient pas clairement identifiées. Elles étaient juxtaposées à d'autres vidéos de différents contenus (présentation des services de l'hôpital, de son histoire, des métiers …). Certains hôpitaux comme le CHU de Rouen ou l'Hôpital Universitaire de Genève ont créé des playlists, afin de faciliter la navigation dans le vaste contenu proposé.

Une playlist regroupe plusieurs vidéos sur un thème, le CHU de Rouen avait, par exemple, une playlist destinée à l'Institut de Formation aux Cadres de Santé (CHU Rouen, 2019) mais aucune aux soins infirmiers en 2019. Les centres hospitaliers ne sont pas les seuls à proposer des tutoriels, des organismes de formation, des prestataires, des laboratoires et certains particuliers, étudiantes ou infirmières, réalisent également des vidéos artisanales à l'aide d'un smartphone ou avec du matériel vidéo plus élaboré. Quel que soit le tutoriel visionné, son mode d'accès est identique, il faut taper des mots-clés relatifs au soin demandé soit sur YouTube ou sur un moteur de recherche plus généraliste comme Google. Mais comment fonctionne un moteur de recherche ?

Algorithme et popularité des vidéos YouTube

La plupart des infirmières observées ne cherchent pas directement sur le site YouTube mais y sont redirigées, via le moteur de recherche Google qui est une filière de la même société nommée « Alphabet ». Le moteur de recherche Google est leader mondial sauf en Chine et en Russie, il détient plus de 90% de part de marché tous appareils confondus dont 98,10% sur smartphone (Reisacher, 2024) (WebRankInfo, 2019). L'entreprise se présente comme un médiateur neutre qui donnerait accès à l'information mais les résultats proposés par le moteur de recherche sont sélectionnés, indexés et hiérarchisés en amont par l'algorithme. Lorsqu'elle est consultée sur un smartphone, la liste de résultats est condensée sur un écran de petite taille, ce qui réduit encore son exhaustivité (Höchstötter & Lewandowski, 2009). Pour Brigitte Simonnot *« Le pouvoir des moteurs est immense : celui de rendre visibles certaines pages au détriment d'autres et de favoriser certaines pratiques »* (Simonnot, 2010), les chercheurs se questionnent sur cette emprise et sur ses conséquences (Smyrnaios & Rebillard, 2009). En effet, c'est un algorithme qui classe les résultats des recherches effectuées sur la plateforme, cet ensemble de règles opératoires et d'instructions est d'ailleurs gardé plus ou moins opaque par l'entreprise (Smith & Toor, 2018). L'algorithme propose également des suggestions de vidéos annexes qui apparaissent sur le côté ou en dessous de la vidéo visionnée, l'utilisateur les sélectionne ou elles peuvent être lues automatiquement, en s'enchainant à la suite de celle initialement choisie. Le classement et la fréquence d'apparition des informations proposées par l'algorithme est nommé « éditorialisation algorithmique » (Bronner, 2022).

L’enquête de Smith et Toor, a étudié la nature des recommandations de vidéos sur YouTube, les auteurs ont effectué plus de 170 000 « visites aléatoires » parmi les vidéos recommandées aux téléspectateurs américains des chaînes populaires YouTube sur une période de six semaines, à l'été 2018. L’article démontre que : « le système de recommandation vidéo de YouTube est un exemple frappant de diffusion de contenu algorithmique dont le but est de garder l’utilisateur plus longtemps sur la plateforme et les guider vers des contenus qui les intéressent davantage ». Cette influence asymétrique induite par l’algorithme peut diriger les internautes vers des contenus plus extrêmes qu’ils n’auraient pas découvert autrement (Zeynep Tufekci, 2018). Dans l’enquête de Smith et Toor, les vidéos recommandées ont été visionnées par 81% des utilisateurs de YouTube. Le moteur de recherche de la plateforme a tendance à recommander aux utilisateurs un contenu de plus en plus long pour augmenter les rentrées publicitaires. Depuis quelques années, certains journalistes invitent les internautes à se méfier des vidéos « les plus "likées" et les plus "partagées" » qui pouvaient se révéler être « également les plus fausses »(Gouthière, 2018). En 2019, le contenu des vidéos de santé n’était ni régulé ni validé par YouTube. Sur cette plateforme c’était la loi du marché qui régnait, la liberté et la responsabilité des concepteurs et des utilisateurs assuraient la régulation des contenus (Chavernac, 2013; Liu et al., 2018). Le risque désinformation ou de propagation d’idées erronées étant important puisque une vidéo populaire est plus diffusée selon un calibrage social et peut sembler plus crédible (Lacroix, 2018; Loeb et al., 2019) (Bronner, 2022). Le Président de la république a d’ailleurs demandé en 2021 un rapport sur « l’impact d’Internet dans nos vies de citoyens » (Bronner, 2022) et notamment sur la désinformation sur les réseaux sociaux. Le rapport Bronner a mis en évidence les mécanismes psychosociaux qui favorisent la diffusion de fausses informations sur les réseaux sociaux ainsi que le rôle des logiques algorithmiques qui contribuent à « façonner nos croyances ou nos comportements »(Bronner, 2022). L’éditorialisation algorithmique, le calibrage social et l’influence asymétrique contribuent à la diffusion de contenus extrêmes et minoritaires afin de capter l’attention des internautes en vue de leur diffuser des messages publicitaires. Cette logique commerciale peut avoir de lourdes conséquences en santé. Dans sa thèse de médecine, Corentin Lacroix a évalué le contenu de 100 vidéos sur l’asthme, la qualité des vidéos était faible, elles contenaient peu d’informations scientifiquement prouvées et 13 d’entre elles contenaient des informations dangereuses (Lacroix, 2018).

Il a également constaté un nombre de vidéos proposant des méthodes alternatives nettement supérieur à celles proposées dans la littérature en santé. Plusieurs articles et revues de la littérature confirment que certains contenus en santé sur YouTube peuvent être tronqués ou obsolètes, voire contenir « des informations trompeuses, principalement anecdotiques, qui vont à l'encontre des normes de référence »(Madathil et al., 2014) (Gorgy et al., 2022) (Loeb et al., 2019). On retrouve dans plusieurs études le ratio de presque 20% de vidéos potentiellement dangereuses (Özsaban et al., 2021) (Duncan et al., 2013). Une revue systématique étudiant les vidéos chirurgicale sur YouTube de 2005 à 2020 conclue même sur une « qualité éducative des vidéos […] médiocre » (Gorgy et al., 2022). De plus, les auteurs démontrent qu'il n'y a pas de corrélation entre « qualité éducative et nombre de vues, likes, aversions ou commentaires ». ils suggèrent une révision par les pairs de ce type de vidéos et « la création de lignes directrices pour fournir une approche structurelle aux téléchargeurs et aux créateurs de contenu aiderait à normaliser la qualité du matériel sur YouTube » (Gorgy et al., 2022). Enfin plusieurs auteurs recommandent « une collaboration mondiale entre les institutions universitaires et YouTube » (Gorgy et al., 2022) et une éducation à l'esprit critique en tant que citoyens et en tant que professionnel de santé (Bronner, 2022). Plusieurs auteurs démontrent l'intérêt et l'utilisation des vidéos sur YouTube pour l'enseignement et l'entretien des compétences psychomotrices et procédurales, des infirmières et des chirurgiens (Burton, 2022) (Özsaban et al., 2021) (Duncan et al., 2013). Les vidéos permettraient d'ailleurs d'améliorer les compétences procédurales des professionnels pour des actes, réalisés peu fréquemment, selon une étude de la portée (scoping review) sur l'utilisation de vidéos par des professionnels de la santé pour le soutien aux interventions en soins cardiaques aigus (Colgan et al., 2023).

YouTube est la plateforme dominante qui propose des vidéos qui peuvent être utilisées par des professionnels et des étudiants mais dont la qualité est variable (Robin H Kay, 2012) (Doo Young Lee, 2013) (Forbes et al., 2016) (McAlister, 2014) (Colgan et al., 2023). Trouver des informations fiables dans le flux d'informations de la plateforme va dépendre des termes utilisés pour la recherche informatique ainsi que des compétences d'analyse critique et une certaine expérience du professionnel de santé. Evelyne Broudoux pose la question du remplacement de la notion d'Autorité par celle de réputation sur le Web (Broudoux, 2007).

Elle construit la notion d'autorité informationnelle sur le web qu'elle compare aux définitions d'autorité traditionnelle de Hannah Arendt (Arendt, 1989), d'autorité rationnelle et légale de Max Weber et d'autorité énonciative de Georges Leclerc (Leclerc, 1996). Cette autorité informationnelle prend en compte les nouveaux acteurs du contexte numérique que sont les pairs, les réseaux sociaux, les autorités du support logiciel et donc leur référencement. Brigitte Simonnot précise la différence entre « *l'autorité des publications* » et *« la réputation »,* elles sont *« socialement construites au sein de communautés agissantes mais les deux notions ne procèdent pas des mêmes critères. Les critères de surface priment dans l'attribution de réputation. Quant à la notion de légitimité, elle est supplantée par les performances techniques qui posent les concepteurs de moteurs en experts dans leur domaine du traitement de l'information en ligne »* (Simonnot, 2010). On peut donc légitimement se demander s'il y a un basculement de pouvoir de celui qui était détenteur du savoir vers celui qui met en relation l'usager avec le savoir. Michel Serres annonçait une mutation du savoir qui était auparavant localisé dans des « espaces métriques » définis : bibliothèques, université, campus… alors que de nos jours ce savoir serait objectivé et distribué en tout lieu (d'autant plus avec le smartphone) (Serres, 2012). Le savoir est géographiquement accessible partout mais l'institution qui le détient a le pouvoir de le trier, de le classer voire de rendre l'accès à certaines données plus difficile sans parler de celui de le censurer. Plusieurs études mettent en avant une diffusion de savoir non conventionnel favorisée par ce nouveau mode de distribution (Lacroix, 2018) (Madathil et al., 2014). Elles soulignent le fait que cet accès fortuit peut emmener l'internaute vers des contenus dangereux en facilitant la visibilité de points de vue non conventionnels et éventuellement non recommandés par les organisations officielles.
Les autorités en santé de tous les pays ont pris conscience de la puissance des médias numériques et du possible effet « caisse de résonnance » de propagation d'informations erronées voire dangereuses sur la vaccination pendant la pandémie du COVID. En 2021, l'académie de médecine américaine a réuni un groupe de travail sur la crédibilité des informations en santé parrainé à hauteur de 100 000 dollars par la branche Healthcare and Public Health Partnerships de YouTube. L'investissement de la plateforme dans ce travail peut nous paraître comme une démarche réflexive qui lui permettrait d'acquérir plus de légitimité.

Néanmoins, ce travail sur la crédibilité des sources a permis de clarifier les règles de fonctionnement de YouTube en matière de gestion des données de santé et d'anticiper d'éventuelles poursuites judiciaires ou réglementations à venir qui pourraient limiter le développement économique de l'entreprise.

Après le COVID : évolution des contenus en santé sur YouTube

Face à l'immensité du flux des contenus sur les réseaux sociaux, vérifier chaque information individuellement se révèle impossible. En mars 2021, la National Academy of Medicine (NAM) a donc lancé un projet visant à poser des principes et des attributs permettant de sélectionner les sources crédibles d'informations sur la santé dans les médias sociaux. L'article est paru en juillet 2021, les principes retenus ne s'appliquent qu'aux sources provenant du gouvernement et des organisations à but non lucratif américains (Kington et al., 2021). Il est à noter qu'une doyenne de soins infirmiers fait partie des nombreux experts multidisciplinaires. Les auteurs se sont appuyés sur les modèles d'évaluation des sources de crédibilité existants aux États-Unis (cf. annexe 10) issus du paradigme de la médecine basée sur des preuves probantes (evidence based medecine). Ils ont également introduit des principes visant à limiter les conflits d'intérêts et la sous-représentation des minorités. Un tableau recoupant les principes et leurs attributs permet de guider les différents acteurs et consommateurs en santé sur les réseaux sociaux (cf. annexe 11). Les auteurs conseillent également de s'appuyer sur les mécanismes de vérification normalisés préexistants comme les accréditations et les normes scientifiques des revues médicales et de santé universitaires. Ils proposent en complément de l'évaluation des sources des stratégies comme l'évaluation du contenu des informations, des mécanismes de gestion de la désinformation, des actions pour favoriser la littératie en santé.
Enfin, ils soulignent l'adaptation nécessaire à la diversité des cultures et langues et la nécessité de favoriser l'autoréglementation et l'évaluation par les consommateurs (Kington et al., 2021). En décembre 2021, l'OMS en collaboration avec le secteur technologique réunit un panel d'experts mondiaux afin d'élargir au niveau international les principes définis dans l'article de Kington et al. Ils valident l'universalité du principe lié au fondement scientifique des contenus mais émettent des réserves sur les principes « d'objectivité » » et de « transparence et responsabilité » (World Health Organization, 2022).

Suite à cet avis de l'OMS, un nouvel article définissant les principes élargis aux particuliers et aux organismes à but non lucratif et lucratif est publié en 2023. Ce deuxième article a une visée mondiale et crée un nouveau principe inclusif et équitable : « Les sources doivent donner la priorité à l'inclusion de voix diverses, équitables et fiables pour les informations sur la santé qui reflètent les données démographiques du public » (traduction libre) (Council of Medical Specialty Societies et al., 2023). En se basant sur les deux articles précédemment cités (Council of Medical Specialty Societies et al., 2023) (Kington et al., 2021), YouTube a mis à jour son règlement sur les contenus en santé et émet « une vision à long terme pour les politiques de désinformation médicale de YouTube » (traduction libre) (Graham & Halprin, 2023). La plateforme a créé un onglet « Obtenir des informations sur les contenus liés à la santé » (YouTube, 2024) qui propose deux nouvelles fonctionnalités pour informer les consommateurs sur la crédibilité des sources. Selon les pays un « panneau d'information sur les sources médicales » peut s'afficher sous la vidéo pour « offrir du contexte sur la source. Il a pour but de vous fournir des renseignements supplémentaires afin que vous puissiez mieux comprendre les sources des contenus liés à la santé que vous trouvez et regardez sur YouTube » (YouTube, 2024). YouTube a retenu les principes d'accréditation standardisés pour les organismes et établissements en santé préexistants ainsi que l'indexation dans des revues scientifiques et les règles de responsabilité publique. En France, le référencement au Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS) servira de certification individuelle des médecins et des infirmières mais ils devront réaliser une démarche individuelle d'éligibilité. La plateforme propose aux autres particuliers créateurs de contenu en santé et aux organisations non accréditées une procédure de contrôle d'éligibilité afin de leur délivrer un panneau d'informations attestant de leur démarche. Cependant, le processus de certification est associé à une acceptation des règles de monétisation de la plateforme YouTube pour tous les diffuseurs de contenu en santé qu'ils soient simples particuliers ou des organisations et établissements de santé. Parallèlement aux panneaux d'information, l'algorithme de YouTube mettra en évidence les vidéos des sources fiables dans une section dédiée lors des « requêtes sur des sujets de santé spécifiques » (Graham, 2022). Les organismes d'accréditation préexistants, l'académie de médecine américaine et les grands éditeurs en santé voient leur influence grandir et leurs normes déjà très répandues devenir des standards numériques internationaux.

Les vidéos des sources qui n'auront pas répondu aux critères d'éligibilité seront moins mises en avant mais toujours disponibles, ces mesures sont « une première étape » dans l'identification des sujets de santé (Graham, 2022). Les entreprises telles que Google et YouTube s'avèrent de nouveaux acteurs de diffusion de contenu de santé aux moyens financiers dépassant largement ceux des organismes comme l'OMS ou les ministères de la santé des différents pays. Ils proposent un mécanisme d'information et d'évaluation des sources validé par les autorités en santé mais imposent dans le même temps des formats et des règles favorisants leur activité commerciale propre. La nouvelle politique d'affichage de panneaux d'informations et de certification de la crédibilité des sources sur YouTube sera-t-elle perçue comme utile par les professionnels ? Les infirmières observées étaient consommatrices de tutoriels. Elles sélectionnaient les vidéos en les comparant à leurs savoirs antérieurs et à leurs expériences professionnelles et non en fonction de l'organisme ou de la chaîne de diffusion. Intègreront-elles dans leurs usages ces nouveaux panneaux d'information ? De plus la politique de YouTube repose sur la volonté des créateurs à s'engager dans la procédure de contrôle d'éligibilité. Les organisations et les établissements en santé utiliseront les certifications déjà acquises mais les particuliers ou professionnels indépendants devront ajouter ces démarches à leur travail de création de contenus. Les nouvelles fonctionnalités de YouTube garantissant la crédibilité des sources vont-elles permettre une montée en qualité de l'offre de tutoriels en santé ou limiter l'émergence des petits créateurs de contenu ?

En résumé

Les infirmières libérales élaborent des requêtes sur Google via leur smartphone pour rechercher des savoirs théoriques sur les nouvelles thérapeutiques ou les maladies des patients. Les observations et l'enquête sur Facebook ont permis de révéler que YouTube était une source majeure de vidéos de savoirs procéduraux pour ces professionnelles. La littérature a confirmé l'intérêt de l'utilisation de vidéos pour l'apprentissage et l'entretien de gestes techniques (Höffler & Leutner, 2007) (Gorgy et al., 2022) (Colgan et al., 2023). Les tutoriels sur YouTube deviennent-ils un corpus de savoir-faire procéduraux à disposition de tous ? Auparavant l'enseignement de ces savoirs était réservé aux salles de travaux pratiques en IFSI, aux tutorats en stage ou aux formations professionnelles.

En étudiant la culture de l'artisanat, Richard Sennet démontre que nos sociétés occidentales ont séparé les savoirs de la tête et de la main, le savoir intellectuel a été valorisé face à un savoir manuel juste nécessaire à la réalisation de ce que la tête avait conçu. L'auteur a identifié un premier changement de paradigme de l'enseignement des savoirs de la main lors de l'introduction de gravures et de dessins dans l'encyclopédie de Diderot (Sennett, 2022). L'association de planches et de dessins de gestes techniques ainsi que leur description permettait de faire connaître le savoir artisanal souvent réservé aux initiés. Aujourd'hui les infirmières libérales préfèrent majoritairement les vidéos sur YouTube à la consultation de manuels. Les tutoriels constituent-ils un deuxième changement de paradigme de la transmission des savoirs procéduraux ? Quelques photos ou gravures pouvaient illustrer « le savoir de la main », mais les vidéos permettent d'accéder au contexte du soin, à l'enchaînement des gestes et d'adapter le soin à l'environnement. Les commentaires sous les tutoriels permettent des échanges qui peuvent étayer ou questionner le contexte ou les sources. Cette hypothèse mériterait d'être approfondie par une enquête visant à déterminer si les professionnels lisent les commentaires associés aux vidéos. Christine Pintus a d'ailleurs étudié les échanges écrits entre infirmiers sur les réseaux sociaux comme Facebook. Elle a repéré que les discussions professionnelles sur des techniques étaient fréquentes mais ne permettaient pas de « véritable opérationnalité de la technique discutée » (Pintus & Ladage, 2021). Suite à notre enquête, nous pouvons nous interroger sur l'apport du tutoriel face aux discussions écrites lors de la transmission de savoirs procéduraux. Christine Pintus évoque la praxéologie de Chevallard, pour qui l'activité humaine se décompose en praxis et en logos. La praxis éclaire la question du « comment fait-on pour ? », le logos y ajoute un discours justificatif qui explique le « pourquoi cette technique fonctionne-t-elle ? » (Pintus, 2018). Le discours et les commentaires ne semblent pas suffire à rendre un geste opérationnel mais l'association de la vidéo et des commentaires pourrait apporter un logos à la praxis. YouTube, initialement plateforme de divertissement, aurait-elle été détournée par les infirmières pour devenir la nouvelle arène ou l'espace de diffusion de la praxis professionnelle ?

Conclusion

Une des difficultés de cette thèse a été de travailler sur un objet contemporain, en constante évolution. Le smartphone a acquis de nouvelles fonctionnalités durant l'écriture de cette thèse, comme les notes vocales, dont certaines infirmières libérales se sont saisies. Cependant, cela a aussi été une formidable occasion d'observer les « bricolages » et les cadres « négociés » par les professionnelles pour s'adapter à l'évolution numérique de notre société. L'exercice libéral des infirmières, qui est une exception française, avait peu intéressé les chercheurs jusqu'à présent. Nous avons commencé par combler cette lacune en décrivant ses caractéristiques, puis nous avons retracé son histoire. Cette dernière est intimement liée à l'histoire des femmes et permet de mieux comprendre les valeurs de la profession ainsi que les représentations populaires encore présentes dans l'imaginaire collectif. En effet, les infirmières libérales sont des femmes soignantes travaillant à domicile mais elles sont aussi des cheffes d'entreprise. L'exercice libéral actuel a vu le jour avec les débuts de la Sécurité sociale et la Nomenclature des Actes Professionnels. Pendant de nombreuses années, il s'est résumé, dans les textes officiels, à une liste d'actes réalisés au domicile du patient. Par le biais du bilan de soin infirmier et du diagnostic infirmier, la réflexion infirmière s'est peu à peu immiscée dans cette liste de cotation. Néanmoins, le travail de l'infirmière libérale ne se limite pas à une liste d'actes. En choisissant de l'observer à travers le prisme du smartphone, nous avons pu découvrir des facettes moins visibles de leur métier.

Nous avons tout d'abord exploré le rôle de cheffe d'entreprise, qui est peu décrit chez les soignants. Le smartphone a mis en lumière les valeurs sous-tendant la sélection de la patientèle et nous a permis d'approfondir la division du temps, de l'espace privé et professionnel des infirmières. Les infirmières ont déployé des « tactiques » pour faire face au tiraillement quotidien des sollicitations du smartphone (Certeau & Giard, 2010). En effet, cet artefact technologique estompe les frontières traditionnelles entre le public et le privé, il permet l'intrusion du professionnel dans la sphère privée, il sert la tentation productiviste ou vocationnelle d'être toujours disponible. Cette question dépasse d'ailleurs largement le cadre des infirmières libérales, l'attention devenant un enjeu de société, le capitalisme se mettant même à « l'assaut du sommeil » (Datchary, 2011) (Citton & Crary, 2014).

Les premiers contacts entre les patients et les infirmiers, au travers des fonctionnalités offertes par le smartphone, ont été une autre facette révélée par ce travail. Nous avons pu observer leur adaptation aux demandes de rendez-vous des patients, par SMS et par e-mails. Le recueil de données, première étape du raisonnement infirmier, a été modifié par ces nouveaux médias. Les observations ont souligné une évolution des codes de civilité par SMS. Le passage à l'écrit modifie les façons traditionnelles de se présenter. Nous nous sommes également interrogés sur les interactions soignant-soigné, via les réseaux sociaux, qui tendent à flouter les limites entre le public et le privé. Ces différentes transformations poussent les infirmières à renégocier le cadre de la relation de soins avec le patient.

Ensuite, nous avons étudié les transmissions entre pairs, qui sont un des rites de la socialisation secondaire des infirmières. Nous avons décrit et observé une grande variété de modes de transmissions. Les infirmières libérales s'approprient les différentes fonctions offertes par le smartphone, afin d'enrichir leurs transmissions par des supports complémentaires. Celles-ci sont composées d'un métissage de supports écrits, de smileys, de photos et d'interactions orales asynchrones ou synchrones. Chaque cabinet d'infirmier a sa propre formule, qui peut évoluer selon les circonstances ou les préférences. Leurs transmissions peuvent débuter sur un média et se poursuivre sur un autre.

Enfin, la possibilité d'accéder au savoir à tout moment et en tout lieu a fait évoluer la relation des infirmières libérales au savoir. Ces dernières utilisent majoritairement Internet pour répondre à leurs interrogations professionnelles. La plateforme de divertissement YouTube a été détournée de son usage initial par les infirmières libérales. Elles l'utilisent, à l'instar de nombreux soignants, comme une bibliothèque de savoirs procéduraux (Robin H Kay, 2012) (Doo Young Lee, 2013) (Forbes et al., 2016) (McAlister, 2014) (Colgan et al., 2023). Ce mode d'accès au savoir permet de visualiser les gestes professionnels et de transmettre oralement du contenu. Il fait donc écho aux transmissions orales de la culture infirmière. Les infirmières libérales ont fait preuve de créativité pour relever les défis posés par le smartphone. Pour s'adapter aux contraintes du domicile, elles « bricolent » et inventent de nouvelles manières de communiquer avec leurs patients mais également entre professionnels. Elles utilisent les moyens à leur disposition, qui sont ceux issus de leur vie personnelle.

Elles « braconnent », détournent des applications destinées au grand public comme WhatsApp ou YouTube pour accomplir leurs transmissions ou leurs recherches (Certeau & Giard, 2010). Les technologies ne modifient pas les besoins des infirmières, elles offrent des manières différentes d'y répondre. Les infirmières libérales conservent les rites de socialisation comme les transmissions, qu'elles font évoluer avec les fonctionnalités offertes par le smartphone. Les transmissions orales se perpétuent, mais sous une forme métissée. De même, la recherche dans les bibliothèques ou auprès des pairs a été remplacée, en premier recours, par une requête sur Google et YouTube. Par ce nouveau mode de recherche de savoir, les infirmières se le réapproprient et s'émancipent d'une vision uniquement écrite et intellectuelle des connaissances. Sennet faisait le constat que « la tête et la main sont séparées intellectuellement, mais aussi socialement » (Sennett 2022). Les infirmières, qui sont encore considérées comme des auxiliaires médicaux dans les textes juridiques, ont longtemps été perçues comme « les petites mains des médecins » (Eyland 2017). Leurs savoirs manuels, procéduraux étaient peu valorisés et séparés de ceux intellectuels. Le savoir médical est enseigné à l'université et confère son prestige social au docteur. Les sciences infirmières, à l'inverse, se sont longtemps transmises par le tutorat et à travers la culture orale. Elles commencent à peine à faire leur entrée à l'université, avec l'ouverture en 2019 de la section sciences infirmières (CNU92). Les « tutos » des infirmières sur YouTube contribueront-ils à revaloriser le savoir de la main ? La mise en valeur des savoirs procéduraux sur YouTube est peut-être l'occasion pour les infirmières de valoriser leur savoir-faire longtemps invisibilisé. En se réappropriant le pouvoir sur leur savoir, les infirmières parviendront-elles à rendre plus symétriques leurs relations de travail avec les médecins ?

De nos jours, la profession évolue vers un élargissement de ses compétences et une reconnaissance du savoir infirmier. Mais l'autonomisation, la reconnaissance et la visibilité du travail des infirmières sont toujours en construction. Nous avions vu précédemment qu'elles choisissaient l'exercice libéral pour « se libérer » des contraintes, notamment temporelles, de l'institution hospitalière. Le smartphone permet aux infirmières de choisir leurs outils de communication, leur patientèle et il facilite leur accès au savoir. On pourrait penser qu'elles sont devenues des libérales « libérées », émancipées grâce à la technologie.

Cependant, l'usage professionnel du smartphone fait émerger d'autres contraintes et problématiques, comme les inégalités numériques, la confidentialité des données des patients sur des applications non sécurisées et le degré d'urbanité du domicile du patient. L'exercice libéral au domicile du patient semble alors incarner des valeurs contradictoires pour les infirmières. Le domicile étant l'espace de vie du patient avant d'être un espace professionnel, les infirmières peut s'y sentir contrainte ou concurrencée par d'autres soignants. Néanmoins, l'exercice libéral est également un laboratoire de création et d'adaptation des soins appris en IFSI. Il est à la fois un lieu d'émancipation, où les professionnelles se réapproprient leur savoir et le réinventent grâce aux nouvelles technologies, mais aussi un lieu de négociation du cadre de la relation de soins médiatisée par ce nouvel acteur qu'est le smartphone.

Bibliographie

Abescat, C., Barnier-Khawam, P., Chaplain, A., Colomba-Petteng, L., Duboscq, C., Jacquin, R., Miljkovic, E., Russo, S., Sihra, J. S., & Vergonjeanne, A. (2022). Terrains « sans contact » : L'enquête qualitative en sciences sociales pendant la pandémie. *Tracés*, *42*, 75-93. https://doi.org/10.4000/traces.13768

Acker, F. (1993). Danièle Kergoat, Françoise Imbert, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier, Les infirmières et leur coordination, 1988-1989. *Sciences Sociales et Santé*, 157-160. Persée http://www.persee.fr. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1993_num_11_3_1749

Aïach, P., & Fassin, P. (Éds.). (1994). *Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Anthropos : Diffusion Economica.

Akrich, M. (2010). Comment décrire les objets techniques ? *Techniques & culture*, *54-55*, 205-219. https://doi.org/10.4000/tc.4999

Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (Éds.). (2006). *Sociologie de la traduction : Textes fondateurs*. 'Ecole des mines de Paris.

Algava E, Blanpain N. (2021). 68,1 millions d'habitants en 2070 : Une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. *Insee Première*, *n° 1881*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969

Amri, M., & Vacaflor, N. (2010). Téléphone mobile et expression identitaire : Réflexions sur l'exposition technologique de soi parmi les jeunes. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, *2010*(1), 1-17. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/enic.010.0000

Andureau, W. (2020, janvier 26). Ce que les émojis disent de vous. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/pixels/article/2020/01/26/ce-que-les-emojis-disent-de-vous_6027243_4408996.htm

ANFIIDE. (2022). Un peu d'Histoire. *Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplomes et des Etudiants*. https://anfiide.fr/accueil/un-peu-dhistoire

Arborio, A.-M. (1996). Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière. *Genèses. Sciences sociales et histoire*, *22*(1), 87-106. https://doi.org/10.3406/genes.1996.1371

Arborio, A.-M., & Fournier, P. (2010). *L'observation directe*. Armand Colin.

ARCEP, & CREDOC. (2023). *Baromètre du numérique. Enquête sur la diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française*. https://www.credoc.fr/publications/barometre-du-numerique-edition-2023-rapport

Arendt, H. (1989). *La crise de la culture*. Gallimard.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'infirmier, JO 2009 (2009). https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/steSomThe.htm

ARS. (2023, mars 27). L'organisation de la permanence et la continuité des soins [Site ARS]. *L'organisation de la permanence et la continuité des soins*. https://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins

ARS Occitanie. (2021). *Rapports d'activité des URPS en Occitanie*. https://www.occitanie.ars.sante.fr/rapports-dactivite-des-urps-en-occitanie

Article L1110-4, Pub. L. No. loi n°2021-1017, Article L1110-4 Code de la santé publique (2021). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798/2023-10-19

Assurance Maladie. (2019). *Honoraires des professionnels de santé libéraux APE par région en 2019* [Amelie.fr]. rémunération. https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/honoraire-professionnels-sante-liberaux-ape-region-2019

Assurance Maladie. (2022, mars 12). *Accès au conventionnement* [Amelie.fr]. exercice libéral. https://www.ameli.fr/herault/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/processus-installation

Assurance Maladie. (2023a, mars 23). *Tarifs conventionnels applicables à l'activité des infirmiers libéraux* [Amelie.fr]. Facturation et rémunération. https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs

Assurance Maladie. (2023b, août 17). *Les avenants à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux* [Amelie.fr]. Textes de référence. https://www.ameli.fr/infirmier/textes-reference/convention/avenants

Assurance Maladie. (2023c, décembre 20). *Le DMP en pratique* [Amelie.fr]. Le dossier médical partagé. https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dmp-et-mon-espace-sante/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique

Assurance Maladie. (2023d, décembre 26). *Honoraires et actes des pharmaciens* [Amelie.fr]. rémunération. https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/remunerations/honoraires-actes-pharmaciens

Assurance Maladie. (2024, janvier 13). *Nomenclature générale des actes professionnels NGAP* [Amelie.fr]. exercice libéral. https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-ngap-lpp

Avril, C., & Schwartz, O. (2014). *Les aides à domicile : Un autre monde populaire*. la Dispute.

Barrault, S., Durousseau, F., Ballon, N., Réveillère, C., & Brunault, P. (2019). L'addiction aux smartphones : Validation française de l'échelle Internet Addiction Test-version smartphone (IAT-smartphone) et caractéristiques psychopathologiques associées. *L'Encéphale*, *45*(1), 53-59. https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.12.002

Baudet, & Vimont. (1981). Démographie d'une profession de santé, les infirmières hospitalières. *Economie et Santé*, *13*.

Béatrice, jerome. (2022, janvier 24). Soins à domicile : La France n'a pas encore pris le « virage », pour la Cour des comptes. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/01/24/soins-a-domicile-la-france-n-a-pas-encore-pris-le-virage-pour-la-cour-des-comptes_6110714_3224.html

Becker, H. S. (1977). *Boys in white : Student culture in medical school*. Transaction Books.

Benedetto-Meyer, M., & Boboc, A. (2021). Numérique et transformations des espaces et des temporalités au travail. In *Sociologie du numérique au travail* (p. 63-98). Armand Colin; Cairn.info. https://www.cairn.info/sociologie-du-numerique-au-travail--9782200630096-p-63.htm

Benelli, N., & Modak, M. (2010). Analyser un objet invisible : Le travail de care. *Revue française de sociologie*, *51*(1), 39-60. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rfs.511.0039

Bergier, B. (2016). *Sans « mobile » apparent : Un quotidien « sans portable », « sans smartphone »*. Chronique sociale.

Bernard, L., Bévillard-Charrière, Q., Taha, S., & Holmes, D. (2021). Une revue intégrative de l'identité populaire de l'infirmière durant la pandémie de la COVID-19: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 145*(2), 91-103. https://doi.org/10.3917/rsi.145.0091

Berry, V. (2012). Ethnographie sur Internet : Rendre compte du « virtuel ». *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, *45*(4), 35-58. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/lsdle.454.0035

Biard, N. (2019). *L'apprentissage de procédures médicales par vidéo : Effets de la segmentation et du contrôle du rythme par l'apprenant* [Thèse de doctorat, Rennes]. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02020680

Biasi, P.-M. de. (2018). *Le troisième cerveau : Petite phénoménologie du smartphone*. CNRS éditions.

Bonneville, L., & Grosjean, S. (2009). L'ordinateur portable en soins à domicile : L'espace interactionnel soignant/soigné en mutation. *Questions de communication*, *15*, 261-278. https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.594

Boudès, T., & Browning, L. D. (2005). La dialectique entre listes et récits au sein des organisations. *Revue française de gestion*, *31*(159), 233-246. https://doi.org/10.3166/rfg.159.233-246

Bouffartigue, P., & Bouteiller, J. (2006). Jongleuses en blouse blanche. *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, *4*. https://temporalites.revues.org/334

Bouffartigue, P., & Bouteiller, J. (2008). Deux groupes professionnels à l'épreuve de la disponibilité temporelle. Infirmières et cadres de la banque, en France, Belgique et Espagne. In *Concilier vie familiale & vie professionnelle en Europe* (p. 187-214). Presses de l'EHESP; Cairn.info. https://doi.org/10.3917/ehesp.lebih.2008.01.0187

Bourdieu, P. (1977). La production de la croyance : Contribution à une économie des biens symboliques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *13*(1), 3-43. https://doi.org/10.3406/arss.1977.3493

Bourneville, D. M. (1840-1909) A. du texte. (1888). *Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière. Femmes en couches, soins aux aliénés, médicaments, petit dictionnaire / publié par le Dr Bourneville,...* https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5701287m

Braun, francois. (2023, mai 3). Discours de cloture de clôture de la réunion plénière du Conseil national de la refondation. *réunion plénière du Conseil national de la refondation*. https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/francois-braun-lance-les-travaux-de-refondation-du-metier-infirmier

Brejon de Lavergnée, M., & Julia, D. (2011). *Histoire des Filles de la Charité : XVIIe-XVIIIe siècle: la rue pour cloître*. Arthème Fayard.

Bris, V. L., Tirilly, G., & Toupin, C. (2015). Le rôle de l'expérience et du collectif en situation de relève de poste. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, *17-2*. https://doi.org/10.4000/pistes.4504

Broca, P. V., & Ferreira, M. de A. (2015). Communication process in the nursing teama based on the dialogue between Berlo and King. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, *19*(3). https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150062

Bronner, G. (2022). *Les lumières à l'ère numérique* (Présidence de la République) [Rapport de comission]. https://www.vie-publique.fr/rapport/283201-lumieres-l-ere-numerique-commission-bronner-desinformation

Broudoux, E. (2007). *Construction de l'autorité informationnelle sur le web*. https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00120710/document

Burton, R. (2022). Nursing Students Perceptions of Using YouTube to Teach Psychomotor Skills : A Comparative Pilot Study. *SAGE Open Nursing*, *8*, 237796082211173. https://doi.org/10.1177/23779608221117385

Cadec, K., & Proulx, S. (2015). Les représentations de l'amitié sur Facebook : Un continuum hors ligne/en ligne. *Communication, vol. 33/2*. https://doi.org/10.4000/communication.5755

Caisse nationale de l'assurance maladie. (2021). *Annuaire santé de la Cnam*. data.gouv.fr. https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/annuaire-sante-de-la-cnam/

Caronne, M., & Bordieu, P. (2014). *La cotation des actes, 3e édition* - (Lamarre). Initiatives Sante. https://books.google.com/books/about/La_cotation_des_actes_3e_%C3%A9dition_Editio.html?hl=fr&id=FQbTBgAAQBAJ

Carrère, A., Roy, D., & Toulemon, L. (2023). *Vieillir à domicile : Disparités territoriales, enjeux et perspectives* (41). Institut des Politiques Publiques. https://www.ipp.eu/publication/vieillir-a-domicile-disparites-territoriales-enjeux-et-perspectives/

Castro-Alonso, J. C., Wong, M., Adesope, O. O., Ayres, P., & Paas, F. (2019). *Gender imbalance in instructional dynamic versus static visualizations : A meta-analysis*. Springer.

Certeau, M. de, & Giard, L. (2010). *L'invention du Quotidien. Arts de faire* (Nouvelle éd). Gallimard.

Chantrel, F. (2019, juillet 22). A son lancement, YouTube était un site de rencontre. *BDM*. https://www.blogdumoderateur.com/lancement-youtube-rencontre/

Chauvenet, A. (1972). Professions hospitalières et division du travail. *Sociologie du travail*, *14*(2), 145-163. https://doi.org/10.3406/sotra.1972.1734

Chavernac, P. (2013). Geneviève Vidal (dir.), La sociologie des usages, continuités et transformations. *Lectures*. https://lectures.revues.org/11547

Choisnet, P. (2019, avril 24). Le rendez-vous du mercredi. Rencontre avec Primum Non Nocere, chirurgien à Rouen et vidéaste sur YouTube. *la dépêche de Louviers*.

Christman, Luther. p. (1988). Men in Nursing. *Annual Review of Nursing Research*, *6*(1), 193-205. https://doi.org/10.1891/0739-6686.6.1.193

CHU Rouen. (2019). *Toute l'actualité et l'information santé du CHU de Rouen en images.* YouTube. https://www.youtube.com/channel/UCMJxRHp1uESUZ5FMMTX7qHA

Citton, Y., & Crary, J. (Éds.). (2014). *L'économie de l'attention : Nouvel horizon du capitalisme?* La Découverte.

CLEISS. (2022a). *Le système de santé britannique* [CLEISS]. Les systèmes de santé européens. https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/royaume_uni.html

CLEISS. (2022b). *Le système de santé espagnol* [CLEISS]. Les systèmes de santé européens. https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/espagne.html

CLEISS. (2022c). *Le système de santé islandais* [CLEISS]. Les systèmes de santé européens. https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/islande.html

CLEISS. (2022d). *Le système de santé italien* [CLEISS]. Les systèmes de santé européens. https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/italie.html

Clémence. (2019, août 15). *Pratik´inf—YouTube*. YouTube. https://www.youtube.com/channel/UCeF90yCBHi1EDzrSb5ucQLQ/about

Clément, J.-M. (1995). *Les Pouvoirs à l'hôpital* (Nouv. éd. à jour au 1er février 1995). Berger-Levrault.

CNOM. (2011, décembre). *Deontologie medicale sur le web.Le Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins*. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/livre_blanc/f5xqk8/livre_blancdeontoweb2012.pdf

CNOM. (2018, septembre). *Préserver sa reputation numérique* [Conseil National Ordre des Medecins]. https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/guide-reputation-numerique

Code de déontologie des infirmiers, Pub. L. No. loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006, articles R4312-1 à R4312-92 Code de la santé publique (2006). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/2022-05-01/

Cohen, Y. (2008). Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, *93*(2), 84-93. https://doi.org/10.3917/rsi.093.0083

Colgan, J., Kourouche, S., Tofler, G., & Buckley, T. (2023). Use of Videos by Health Care Professionals for Procedure Support in Acute Cardiac Care : A Scoping Review. *Heart, Lung and Circulation*, *32*(2), 143-155. https://doi.org/10.1016/j.hlc.2022.10.004

Colin, A. (2019). *État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016* [Thèse Médecine humaine et pathologie, Paris Descartes]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02505145/document

Collectif. (2018). *La réforme du personnel hospitalier, 1903-1909*. HACHETTE LIVRE - BNF.

Collière, marie france. (1982). *Promouvoir la vie* (Inter Editions Masson).

Côté, J. (2012). Les enjeux éthiques de l'utilisation d'internet en recherche : Principales questions et pistes de solutions. *Éthique publique*, *vol. 14, n° 2*. https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.997

Council of Medical Specialty Societies, Burstin, H., Curry, S., University of Iowa, Ranney, M. L., Yale School of Public Health, Arora, V., The University of Chicago Medicine, Boxer Wachler, B., Boxer Wachler Vision Institute, Chou, W.-Y. S., National Cancer Institute, Correa, R., The University of Arizona College of Medicine, Cryer, D., Global Liver Institute, Dizon, D., Brown University, Flores, E. J., … University of Illinois Chicago School of Public Health. (2023). Identifying Credible Sources of Health Information in Social Media : Phase 2—Considerations for Non-Accredited Nonprofit Organizations, For-Profit Entities, and Individual Sources. *NAM Perspectives*, *5*. https://doi.org/10.31478/202305b

Coutant, G. (2018). *Quelle place de l'infirmière dans l'évolution socio-historique des professions de soin ?* Infirmiers.com. http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession/print.html

Crichton, S., & Kinash, S. (2008). Virtual Ethnography : Interactive Interviewing Online as Method. *Canadian Journal of Learning and Technology / La revue canadienne de l'apprentissage et de la technologie*, *29*(2). https://doi.org/10.21432/T2W02T

Cyrot, P., & Jeunesse, C. (2012). Autoformation et réseaux virtuels. Ou à la recherche des traces autoformatives dans les méandres réticulaires de Youtube. *Distances et médiations des savoirs. Distance and Mediation of Knowledge*, *1*(1). https://doi.org/10.4000/dms.137

Dalsuet, A. (2013). *T'es sur Facebook ? Qu'est-ce que les réseaux sociaux changent à l'amitié ?* Flammarion.

Darmon, M. (2023). *La socialisation*. Armand Colin.

Datchary, C. (2011). *La dispersion au travail*. Octares éd.

Davis, F. (1966). *The nursing profession : Five sociological essays*.

Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). User Acceptance of Computer Technology : A Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science*, *35*(8), 982-1003. https://doi.org/10.1287/mnsc.35.8.982

Daydé, M.-C. (2007). *Regard sur la profession d'infirmière libérale*. Lamarre.

De Benedictis, A., Lettieri, E., Masella, C., Gastaldi, L., Macchini, G., Santu, C., & Tartaglini, D. (2019). WhatsApp in hospital? An empirical investigation of individual and organizational determinants to use. *PLOS ONE*, *14*(1), e0209873. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209873

Décision du 20 décembre 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie (2011).

Décret du 10 août (1942).

Delamotte, E., Lamarche, T., & Zimmermann, J.-B. (2008). La propriété intellectuelle emportée par le numérique ? *Terminal*, *102*. https://doi.org/10.4000/terminal.3501

Délégation au numérique en santé. (2024, février). *Enquête sur les Français et le numérique en santé* [Santé.gouv.fr]. Actualités du Ministère. https://sante.gouv.fr/actualites/article/publication-de-l-enquete-sur-les-francais-et-le-numerique-en-sante

Demagny-Warmoes, A., Devictor, J., & Colson, S. (2018). Études quantitatives descriptives parallèles : État des lieux de la coordination des sorties d'hospitalisation et identification des besoins des infirmières libérales. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, *4*(4), e205-e213. https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.10.001

Demarti, charlotte. (2023, février 17). *Les nouveaux médicaments approuvés par l'Europe en 2022* [Le quotidien du pharmacien]. Bilan de l'Agence européenne des médicaments. https://www.lequotidiendupharmacien.fr/medicament-parapharmacie/medicament/les-nouveaux-medicaments-approuves-par-leurope-en-2022

de Pouvourville, G. (2011). L'assurance maladie en France : Beveridge et Bismarck enfin réconciliés ? *Annales des Mines - Réalités industrielles*, *vembre 2011*(4), 19-24. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rindu.114.0019

Derrac, L. (2020). Du concept de « fracture(s) numérique(s) » à celui de capital numérique ? *Louis Derrac.com*. https://louisderrac.com/2020/11/du-concept-de-fractures-numeriques-a-celui-de-capital-numerique/

DHOS. (2004). *Rapport sur l'état des lieux et harmonisation des sources statistiques relatives aux Infirmiers* (p. 78). Observatoire national de la démographie des professions de santé. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportfinal_dhos.pdf

Dictionnaire de l'Académie Française. (2024a). *Relève* (9e édition). https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9R1482

Dictionnaire de l'Académie Française. (2024b). *Transmission* (9e édition). https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A8T1055

Diebolt, É. (2012). Léonie Chaptal (1873-1937), architecte de la profession infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, *N° 109*(2), 93-107. https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-2-page-93.htm

Digital natives, technologie et culture numériques (T. Stenger, Trad.). (2015). In *Digital natives* (p. 27-33). EMS Editions; Cairn.info. https://doi.org/10.3917/ems.steng.2015.01.0027
Djaoui, E. (2014). *Intervenir au domicile*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.
Dodier, N., & Camus, A. (1997a). L'Admission des Malades. Histoire et Pragmatique de l'accueil à l'hôpital. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, *52*(4), 733-763. https://doi.org/10.3406/ahess.1997.279597
Dodier, N., & Camus, A. (1997b). L'hospitalité de l'hôpital. *Communications*, *65*(1), 109-119. https://doi.org/10.3406/comm.1997.1992
Doo Young Lee. (2013). User acceptance of YouTube for procedural learning : An extension of the Technology Acceptance Model. *Computers & Education*, *61*, 193-208. https://doi.org/10.1016/j.compedu.2012.10.001
Doray, P., Bouchard, F., & Prud'homme, J. (Éds.). (2015). *Sciences, technologies et sociétés de A à Z*. Les Presses de l'Université de Montréal.
Douguet & Munoz. (2005). *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants* (48; Série étude). DRESS. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-effets-de-laccreditation-et-des-mesures
DREES. (2005). *La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays d'Europe et au Canada* (406; études et résultats). DREES.
DREES. (2014). *Profil des infirmiers en formation en 2014* [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/profil-des-infirmiers-en-formation-en-2014
DREES. (2020). *E-santé : Les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans*. *1139*. file://advnasvm-nas/FS_Home_3/01568057/Desktop/esant%C3%A9%20medecin%20generaliste.pdf
DREES. (2021). *Démographie des professionnels de santé* [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques]. https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/
DREES. (2022). Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022. *Etudes et Résultats*, *1245*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-medecin-generaliste-sur-six-assure-lui-meme-son-secretariat-en
DREES. (2023). Un tiers des médecins généralistes, et plus de la moitié de ceux exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle, collaborent quotidiennement avec des infirmières. *Etudes et Résultats*, *1282*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-10/ER1282.pdf
DREES. (2024). *Démographie des infirmières et des aides-soignantes* (15; DREES MÉTHODES). Ministère des Solidarités et de la Santé Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-06/DM15.pdf
DRESS. (2021). *Accessibilité potentielle localisée* [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques]. Accessibilité potentielle localisée. https://drees.shinyapps.io/carto-apl/
Dubar, C. (2022). Des « professions » à la socialisation professionnelle. In *La socialisation: Vol. 5e éd.* (p. 123-141). Armand Colin; Cairn.info. https://doi.org/10.3917/arco.dubar.2022.01.0123
Duffez, olivier. (2019, juillet 8). *Chiffres clés sur YouTube 2019 : Ahurissants ! nb de vidéos vues, upload*. WebRankInfo. https://www.webrankinfo.com/dossiers/youtube/chiffres-statistiques
Duncan, I., Yarwood-Ross, L., & Haigh, C. (2013). YouTube as a source of clinical skills education. *Nurse Education Today*, *33*(12), 1576-1580. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.12.013
Dupont, M. (2023, août 4). Marie-Anne Paveau, linguiste : « Les émojis, les gifs et les mèmes redonnent une dimension visuelle à la conversation en ligne ». *Le Monde.fr*.
Durand, J.-P., & Weil, R. (2006). *Sociologie contemporaine* (3e éd. revue et augmentée). Vigot.
Durkheim, É. (2023). *Les règles de la méthode sociologique*. République des lettres.

Efstathopoulou, A. (2016). Revue Médicale Suisse : Visite à domicile par le médecin de famille : État des lieux en Europe et en Suisse. *Revue Médicale Suisse*, *12*(537), 1874-1878. La Revue Medicale Suisse. https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-537/visite-a-domicile-par-le-medecin-de-famille-etat-des-lieux-en-europe-et-en-suisse

Ehrenreich, B., & English, D. (2005). *Sorcières, sages-femmes et infirmières : Une histoire des femmes et de la médecine*. Les Éditions du remue-ménage.

Espaceinfirmier.fr. (2018). "L'Infirmière libérale magazine " passe au podcast ! *Espaceinfirmier.fr*. https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180522-publi-info-l-infirmiere-liberale-magazine-passe-au-podcast.html

Eyland, I. (2017). *Les savoirs professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux* [Thèse de doctorat en Sciences de l'education, Montpellier]. https://www.idref.fr/224077554

Faure, O. (1984). La médecine gratuite au XIXe siècle : De la charité à l'assistance. *Histoire, économie & société*, *3*(4), 593-608. https://doi.org/10.3406/hes.1984.1379

Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing : Present Status and Future Refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *16*(3), 84-87. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x

Ferraris, M. (2016). *Mobilisation totale*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. https://www.cairn.info/mobilisation-totale--9782130736370.htm

Feyfant, V. (2016). *Ce que la dépendance fait au métier d'infirmière libérale : Ethnographie d'une épreuve de professionnalité* [Phdthesis, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II]. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01615483/document

Fiducial. (2021). *Observatoire FIDUCIAL 2021 des infirmiers libéraux*. Fiducial. https://www.fiducial.fr/Sante-Paramedicaux/Comptabilite-et-gestion-de-votre-cabinet-d-infirmier/L-Observatoire-FIDUCIAL-des-infirmiers-liberaux

Fischer, J., Geurts, J., Valderrabano, V., & Hügle, T. (2013). Educational Quality of YouTube Videos on Knee Arthrocentesis: *Journal of Clinical Rheumatology*, *19*(7), 373-376. https://doi.org/10.1097/RHU.0b013e3182a69fb2

Flemming, D., & Hübner, U. (2013). How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. *International Journal of Medical Informatics*, *82*(7), 580-592. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.03.004

FNI. (2023a). *Histoire de la Fédération Nationale des Infirmiers* [Syndicat infirmiers liberaux FNI]. Historique. https://www.fni.fr/decouvrir-la-fni/historique/

FNI. (2023b, juin 8). *C'est parti pour la refonte des référentiels de compétences et de formation* [Federation nationale des infirmiers].

Fondation ITSRS. (2022). *L'histoire de nos sites de formations* [Fondation Itsrs]. Histoire. https://fondation-itsrs.org/l-histoire-de-nos-sites-de.html

Fondation MPB. (2022). *Histoire de la MSBP* [Maison de santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle]. Histoire. https://mspb.com/la-fondation/

Forbes, helen, Oprescu, F., Downer, T., & M Phillip. (2016). Use of videos to support teaching and learning of clinical skills in nursing education : A review. *Nurse Education Today*, *42*, 53-56. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.04.010

Forde, M. F., Coffey, A., & Hegarty, J. (2020). Bedside handover at the change of nursing shift : A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(19-20), 3731-3742. https://doi.org/10.1111/jocn.15403

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, *89*, 33-42. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RSI_089_0033

france assos santé. (2022). *Etat des lieux mon espace santé*. https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2022/12/CSA-pour-France-Assos-Sante-Mon-espace-sante-Rapport.pdf

Frankel, R. M., Flanagan, M., Ebright, P., Bergman, A., O'Brien, C. M., Franks, Z., Allen, A., Harris, A., & Saleem, J. J. (2012). Context, culture and (non-verbal) communication affect handover

quality. *BMJ Quality & Safety*, *21*(Suppl 1), i121-i128. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001482
Frias, A. (2004). Esthétique ordinaire et chats : Ordinateur, corporéité et expression codifiée des affects. *Techniques & culture*, *42*, 1-22. https://doi.org/10.4000/tc.95
Frybes, M., & Visier, L. (1993). La reconnaissance du rôle propre de l'infirmière. Conflit ou malentendu autour de la notion de qualification dans le domaine de la santé en France ? *Les Cahiers du Genre*, 85-95. Persée http://www.persee.fr. https://www.persee.fr/doc/genre_1165-3558_1993_num_7_1_919
Gaglio, G. (2008). La dynamique des normes de consommation : Le cas de l'avènement de la téléphonie mobile en France: *Revue Française de Socio-Économie*, *n° 2*(2), 181-198. https://doi.org/10.3917/rfse.002.0181
Genet, N., & European Observatory on Health Systems and Policies (Éds.). (2012). *Home care across Europe : Current structure and future challenges*. World Health Organization.
Ghliss, Y. (2019). Les photo-discours WhatsApp : Éléments d'analyse d'une affordance d'une application mobile. *Corela*, *HS-28*. https://doi.org/10.4000/corela.8480
Ghliss, Y., & Jahjah, M. (2019). Habiter WhatsApp ? Éléments d'analyse postdualiste des interactions en espace numérique. *Langage et société*, *167*(2), 29-50. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/ls.167.0029
Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *Awareness of dying*. Routledge.
Glaser, B. G., Strauss, A. L., Paillé, P., Oeuvray, K., & Soulet, M.-H. (2022). *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative*. Armand Colin.
Godin, R. L. (2022, août 8). « Je t'envoie un vocal, c'est trop long à raconter » : Les vocaux, il y a ceux qui aiment et ceux qui détestent. *l'OBS*. https://www.nouvelobs.com/societe/20220808.OBS61799/je-t-envoie-un-vocal-c-est-trop-long-a-raconter-les-vocaux-il-y-a-ceux-qui-aiment-et-ceux-qui-detestent.html
Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne 1 : La présentation de soi* (Editions de Minuit). Les Editions de Minuit.
Goffman, E. (1996). *Les relations en public*. Ed. de Minuit.
Goody, J. (2007). *Pouvoirs et savoirs de l'écrit*. La Dispute.
Goody, J., Bazin, J., & Goody, J. (1986). *La raison graphique : La domestication de la pensée sauvage*. Les éd. de minuit.
Goody, J., Paulme, D., & Ferroli, P. (1994). *Entre l'oralité et l'écriture*. Presses universitaires de France.
Gorgy, A., Hawary, H. E., Galli, R., MacDonald, M., Barone, N., & Thibaudeau, S. (2022). Evaluating the educational quality of surgical YouTube® videos : A systematic review. *Health Sciences Review*, *5*, 100067. https://doi.org/10.1016/j.hsr.2022.100067
Gouthière, F. (2018, novembre 30). *Info santé sur YouTube : Le plus populaire n'est pas le plus fiable…* [France Info]. Info santé. https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/info-sante-sur-youtube-le-plus-populaire-nest-pas-le-plus-fiable_3078899.html
Graham, G. (2022, octobre 4). Eclairer vos requêtes sur les sujets de Santé sur YouTube [YouTube]. *YouTube Blog des créateurs*. https://youtubecreator-fr.googleblog.com/2022/10/panneauxinfo.html
Graham, G., & Halprin, M. (2023, août 15). A long term vision for YouTube's medical misinformation policies [Site officiel de YouTube]. *YouTubeOfficialBlog*. https://blog.youtube/inside-youtube/a-long-term-vision-for-medical-misinformation-policies/
Grallet, G. (2023, novembre 29). Les ministres français invités à désinstaller WhatsApp, Signal et Telegram. *Le Point*. https://www.lepoint.fr/high-tech-internet/les-ministres-francais-invites-a-desinstaller-whatsapp-signal-et-telegram-29-11-2023-2545099_47.php#11
Grosjean, M., & Lacoste, M. (1998). *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins*. Presses Universitaires de Lyon; Cairn.info. https://www.cairn.info/communication-et-intelligence-collective--9782130497363.htm

Gu, X., Andersen, H., Madsen, M., Itoh, K., & Siemsen, I. (2012). Nurses' Views of Patient Handoffs in Japanese Hospitals. *Journal of nursing care quality*, *27*, 372-380. https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3182573736

Guillemette, lucie, & Cossette, josette. (2006). Déconstruction et différance. *Signo*. http://www.signosemio.com/derrida/deconstruction-et-differance.asp

Haberey-Knuessi, V., & Obertelli, P. (2017). La relation soignant-malade face au risque de la confiance. *Sociologies pratiques*, *35*(2), 107-117. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/sopr.035.0107

Halté, P. (2018). *Les émoticônes et les interjections dans le tchat*. Lambert-Lucas.

HAS. (2019). Burnout – Repérage et prise en charge [HAS.santé.fr]. *Burnout*. https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974265/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge

Henderson, V., Nite, G., & Harmer, B. (1978). *Principles and practice of nursing* (6th ed). Macmillan.

Henry, S. (2009). Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : Entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux. *Genre & Histoire*, *5*. http://journals.openedition.org/genrehistoire/836

Herzlich, C., & Moscovici, S. (2019). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale* (De Gruyter Mouton). De Gruyter Mouton.

Höchstötter, N., & Lewandowski, D. (2009). What users see – Structures in search engine results pages. *Information Sciences*, *179*(12), 1796-1812. https://doi.org/10.1016/j.ins.2009.01.028

Höffler, tim, & Leutner, detlev. (2007). Instructional animation versus static pictures : A meta-analysis. *Learning and Instruction*, *17*(6). https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2007.09.013

Houllier. (2023). Enquête : 59% des étudiantes IPA ayant un projet en libéral ne sont pas sûres d'exercer comme IPA une fois diplômées. *concours pluripro*. https://www.concourspluripro.fr/exercice-pluriprofessionnel/metiers/enquete-59-des-etudiantes-ipa-ayant-un-projet-en-liberal-ne

Hughes, E. C. (2016). *MEN and their WORK*. QUID PRO, LLC.

Hughes, E. C., & Chapoulie, J.-M. (1996). *Le regard sociologique : Essais choisis*. École des hautes études en science sociales.

IFSI Foch. (2018). *Atelier IFSI Foch—La pose d'une sonde vésicale. - Tutoriel YouTube*. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=wtxIgtjqgLY

IGAS. (2022). *Évolution de la profession et de la formation infirmières*. IGAS. https://igas.gouv.fr/Evolution-de-la-profession-et-de-la-formation-infirmieres.html

Infini'idels. (2023). *Site syndicat infirmiers liberaux Infini'idels* [Site syndicat infirmiers liberaux Infini'idels]. https://www.infinidels.com/

infirmier et infirmière—YouTube. (2019, août 15). [YouTube]. chaîne YouTube. https://www.youtube.com/channel/UCtdkEsHnm6ftuKCpflldvyg/about

Infirmiers.com. (2023, octobre 23). *Vaccination par les pharmaciens à domicile : Les IDEL appelés à la grève* [Infirmiers.com]. https://www.infirmiers.com/exercice-liberal/le-metier-didel/vaccination-par-les-pharmaciens-domicile-les-idel-appeles-la-greve

INSEE. (2016). *L'internet de plus en plus prisé, l'internaute de plus en plus mobile* [Institut national de la statistique et des études économiques]. Stastistiques et études. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281312

INSEE. (2019, octobre 24). *Définition entreprise* [Institut national de la statistique et des études économiques]. Définitions,méthodes et qualité. https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1496

INSEE. (2024, janvier 16). *Espérance de vie à divers âges Données annuelles de 1994 à 2023* [Institut national de la statistique et des études économiques]. Stastistiques et études. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631

Jasseron, C., Estryn-Béhar, M., Le Nézet, O., & Rahhali, I. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT. *Recherche en soins infirmiers*, *85*(2), 46-64. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rsi.085.0046

Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, *no 11*(3), 59-79. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RAI_011_0059

Jauréguiberry, F. (2003). *Les branchés du portable : Sociologie des usages*. Presses universitaires de France.

Jauréguiberry, F., & Proulx, S. (2011). *Usages et enjeux des technologies de communication*. ERES. http://www.cairn.info/usages-et-enjeux-des-technologies-de-communication--9782749214405.htm

Joignot, frederic. (2014, janvier 2). L'amitié à l'épreuve de Facebook. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/culture/article/2014/01/02/l-amitie-a-l-epreuve-de-facebook_4342222_3246.html

Jouët, J. (2000). Retour critique sur la sociologie des usages. *Réseaux*, *18*(100), 487-521. https://doi.org/10.3406/reso.2000.2235

Jounin, nicolas & loup Wolff. (2006). *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé* (64; serie etudes). DRESS. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/entre-fonctions-et-statuts-les-relations-hierarchiques

Kaufmann, J. claude. (1997). Le monde social des objets. *Sociétés Contemporaines*, *27*(1), 111-125. https://doi.org/10.3406/socco.1997.1466

Kaufmann, J. claude, & Singly, F. de. (1996). *L'entretien compréhensif*. Nathan.

Kecskeméti, S. (2003). Rites et rituels en institution psychiatrique. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, *40*(1), 135-144. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rppg.040.0135

kemp, S. (2024, janvier 31). Le temps que nous passons sur les reseaux sociaux. *Datareportal*. https://datareportal.com/reports/digital-2024-deep-dive-the-time-we-spend-on-social-media?utm_source=Global_Digital_Reports&utm_medium=Analysis_Article&utm_campaign=Digital_2024&utm_content=Digital_2024_Analysis_And_Review

Kergoat, D., & Imbert, F. (Éds.). (1992). *Les infirmieres et leur coordination 1988-1989*. Ed. Lamarre.

Kerr, M. P. (2002). A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, *37*(2), 125-134. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02066.x

Kington, R. S., Arnesen, S., Chou, W.-Y. S., Curry, S. J., Lazer, D., & Villarruel, A. M. (2021). Identifying Credible Sources of Health Information in Social Media : Principles and Attributes. *NAM Perspectives*. https://doi.org/10.31478/202107a

Knibiehler, Y. (1979). La « lutte antituberculeuse » instrument de la médicalisation des classes populaires (1870-1930). *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest. Tome 86, numéro 2, 1979. La médicalisation en France du XVIIIe au début du XXe siècle.* https://doi.org/10.3406/abpo.1979.2986

Knibiehler, Y. (Éd.). (1980). *Nous, les assistantes sociales : Naissance d'une profession: trente ans de souvenirs d'assistantes sociales françaises (1930-1960)*. Aubier Montaigne.

Knibiehler, Y. (1981). *Les infirmières visiteuses.*

Knibiehler, Y. (Éd.). (1984). *Cornettes et blouses blanches : Les infirmières dans la société française, 1880-1980*. Hachette littérature.

Knibiehler, Y., & Hess, O. (2011). *Histoire des infirmières : En France au XXe siècle*.

La carte de France des infirmiers libéraux. (2016). [Solutions médicales]. installation. http://solutionsmedicales.fr/s-installer-en-liberal/la-carte-de-france-des-infirmiers-liberaux

La ruche. (2018, mai 4). *Quels liens entre les IDEL et les autres professionnels de santé ?* [La Ruche]. exercer-infirmiere liberale. https://laruche.cbainfo.fr/exercer-infirmiere-liberale/relation-professionnelle/liens-professionnels-sante/

Lacoursière, A. (2021, octobre 8). Le Québec face au tsunami gris : Soins à domicile : plus de privé, moins de stabilité. *La Presse*. https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-10-08/le-quebec-face-au-tsunami-gris/soins-a-domicile-plus-de-prive-moins-de-stabilite.php

Lacroix, C. (2018). *Evaluation des informations concernant l'asthme dans les vidéos YouTube* [Thèse de médecine, Nantes]. http://www.sudoc.fr/227772806
Lafleur, S. (2015). Foucault, la communication et les dispositifs. *Communication*, *vol. 33/2*. https://doi.org/10.4000/communication.5727
Lahitte, M. (2018, juillet 23). Transmission... [Overblog]. *La petite infirmière dans la prairie*. http://www.lapetiteinfirmieredanslaprairie.com/
Lally. (1999). An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *Journal of Nursing Management*, *7*(1), 29-36. https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.1999.00095.x
Landour, J. (2019a). *Sociologie des Mompreneurs : Entreprendre pour concilier travail et famille?* Presses universitaires du Septentrion.
Landour, J. (2019b, avril). L'indépendance favorise-t-elle l'articulation Travail / Famille ? *connaissance de l'emploi.Le cnam. Centre d'étude de l'emploi et du travail*, *147*. https://ceet.cnam.fr/publications/connaissance-de-l-emploi/l-independance-favorise-t-elle-l-articulation-travail-famille--1076672.kjsp
Larousse. (2021). Transmission. In *Le petit Larousse illustré*. Larousse.
Laurent Thévenot, Bernard Conein, & Nicolas Dodier. (1993). *Les objets dans l'action : De la maison au laboratoire*. Editions EHESS.
Le Boterf, G. (1997). *De la compétence : Essai sur un attracteur étrange* (4ème tirage 1995). Les Ed. d'Organisation.
Le Boterf, G. (1999). *Compétence et navigation professionnelle* (2e éd. rev. et augm). Éd. d'Organisation.
Le Drianic, C., & Nieto, M. (2019). *À propos du groupe Entraide Infirmières libérales*. Facebook. https://www.facebook.com/groups/1470293636556572/
Leclerc, G. (1996). *Histoire de l'autorité. L'assignation des énoncés culturels et la généalogie de la croyance*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. https://www.cairn.info/histoire-de-l-autorite--9782130474371-p-7.htm
Lecordier, D. (2022). La mobilisation des savoirs infirmiers dans la clinique. *Recherche en soins infirmiers*, *148*(1), 5-7. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rsi.148.0005
LeLoup, D. (2017, janvier 6). Un « ami Facebook » n'est pas automatiquement un « ami », selon la Cour de cassation. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/pixels/article/2017/01/06/pour-la-cour-de-cassation-un-ami-facebook-n-est-pas-automatiquement-un-ami_5058744_4408996.html
Les Tutos Infirmiers—YouTube. (2019, août 15). https://www.youtube.com/channel/UCkovB87ciSRuDjUzAEu0NEg/about
Létourneau, J., Roy, E., & Moretti, S. (2021, août 27). *Médias sociaux et pratique infirmière* [Ordre des infirmières et infirmiers du Québec]. chronique déontologique. https://www.oiiq.org/medias-sociaux-et-pratique-infirmiere
Ling, R., & Yttri, B. (1999). *Nobody sits at home and waits for the telephone to ring : Micro and hyper-coordination through the use of the mobile telephone*.
Linton, R. (avec Filloux, J.-C.). (1999). *Le Fondement culturel de la personnalité*. Dunod.
Liu, X., Zhang, B., Susarla, A., & Padman, R. (2018). *YouTube for Patient Education : A Deep Learning Approach for Understanding Medical Knowledge from User-Generated Videos*. https://arxiv.org/abs/1807.03179v1
Loeb, S., Sengupta, S., Butaney, M., Macaluso, J. N., Czarniecki, S. W., Robbins, R., Braithwaite, R. S., Gao, L., Byrne, N., Walter, D., & Langford, A. (2019). Dissemination of Misinformative and Biased Information about Prostate Cancer on YouTube. *European Urology*, *75*(4), 564-567. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2018.10.056
Loi n° 71-525 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux, Pub. L. No. 71-525, loi JO 6/07/1971 (1971).
Loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé, JO 2016 (2016).

Ma, Q., & Liu, L. (2005). The Technology Acceptance Model : A Meta-Analysis of Empirical Findings. In M. A. Mahmood (Éd.), *Advances in End User Computing* (p. 112-128). IGI Global. https://doi.org/10.4018/978-1-59140-474-3.ch006

Madathil, K. C., Rivera-Rodriguez, A. J., Greenstein, J. S., & Gramopadhye, A. K. (2014). Healthcare information on YouTube : A systematic review: *Health Informatics Journal*. https://doi.org/10.1177/1460458213512220

Magnon, R. (1991). L'exercice des soins infirmiers en France, et perspectives d'avenir. *CEFIEC Alsace*. Premier colloque infirmier Européen, Strasbourg.

Magnon, R. (2001). *Les infirmières : Identité, spécificité et soins infirmiers : le bilan d'un siècle*. Masson.

Maillard, C. (2015). "Ras la seringue", le premier conflit infirmier. *Les Tribunes de la santé*, *46*(1), 43-48. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/seve.046.0043

Mamalelala, T. T., Schmollgruber, S., Botes, M., & Holzemer, W. (2023). Effectiveness of handover practices between emergency department and intensive care unit nurses. *African Journal of Emergency Medicine*, *13*(2), 72-77. https://doi.org/10.1016/j.afjem.2023.03.001

Martin. (2020, juin). Infirmiers libéraux : Soigner votre e-réputation ! *Actusoins*, *37*.

Martin, C. (2003). Le téléphone portable : Machine à communiquer du secret ou instrument de contrôle social ? *Communication et langages*, *136*(1), 92-105. https://doi.org/10.3406/colan.2003.3209

Martin, C., Hourlier, S., & Cegarra, J. (2013). La charge mentale de travail : Un concept qui reste indispensable, l'exemple de l'aéronautique. *Le travail humain*, *76*(4), 285-308. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/th.764.0285

Martin, O., Dagiral, É., Singly, F. de, & Flichy, P. (2021). *Les liens sociaux numériques*. Armand Colin.

Massey, D., Byrne, J., Higgins, N., Weeks, B., Shuker, M.-A., Coyne, E., Mitchell, M., & Johnston, A. N. B. (2017). Enhancing OSCE preparedness with video exemplars in undergraduate nursing students. A mixed method study. *Nurse Education Today*, *54*, 56-61. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.02.024

Mauss, M., & Weber, F. (2012). *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* (2e éd). Presses universitaires de France.

Mboukou, S. (2015). Entre stratégie et tactique : Figures et typologie des usagers de l'espace à partir de Michel de Certeau. *Le Portique*, *35*. https://doi.org/10.4000/leportique.2820

McAlister, R. B. (2014). Use of Instructor-Produced YouTube® Videos to Supplement Manual Skills Training in Occupational Therapy Education. *American Journal of Occupational Therapy*, *68*(Supplement_2), S67-S72. https://doi.org/10.5014/ajot.2014.685S04

McDonald, A. C., Maling, A., & Puttick, M. (2022). Mobile data security : Instant messaging in orthopaedics. *ANZ Journal of Surgery*, *92*(4), 825-829. https://doi.org/10.1111/ans.17550

Menielle, J. (2019, août 15). *Dans Ton Corps—YouTube*. https://www.youtube.com/channel/UCOchT7ZJ4TXe3stdLW1Sfxw/about

Mercier Pierre Allain. (1997). Dopo ze Bip... Quelques observations sur les usages du répondeur téléphonique. *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, *82-83*. https://www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_1997_num_15_82_3057

Meyer, G. D., Meyer, N., Du Toit, J. D., Mans, P. A., & Moffett, B. D. (2021). WhatsApp-propriate? A retrospective content analysis of WhatsApp use and potential breaches in confidentiality among a team of doctors at a district hospital, South Africa. *South African Medical Journal*, *111*(2), 171. https://doi.org/10.7196/SAMJ.2021.v111i2.14453

Michel, lucie. (2017). *Into the black box of a nursing burden, a comparative analysis of administrative tasks in French and American hospitals* [Thèse de doctorat, Université Pierre et Marie Curie - Paris VI]. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01762491

Michel, A., & Lacoste, M. (1998). L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du «tout écrit». *Sociologie du travail*, *40*(4), 439-464. https://doi.org/10.3406/sotra.1998.1315

Michel, L., & Or, Z. (2020). Comparaison internationale de l' organisation de la médecine spécialisée : Innovations dans cinq pays - L'Italie. *Rapport Irdes*, *573*.

https://www.irdes.fr/recherche/2021/rapport-578-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-angleterre-equipes-pionnieres-de-soins-integres-en-geriatrie-et-pneumologie.html
Ministère de la Culture. (2018). Mobile multifonction. In *France terme*. https://www.culture.fr/franceterme/terme/TELE535
Ministère de la santé et des services sociaux. (2017). *Glossaire Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux* (La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux). https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-127-03W.pdf
MMS santé. (2023, novembre). *Note d'information Applications mobiles : Mailiz la messagerie proposée par les Ordres de santé* [Mmsanté]. mailiz. https://mailiz.mssante.fr/
Morán-Pozo, C., & Luna-Castaño, P. (2023). Shift change handovers between nurses in Critical Care Units. *Enfermería Intensiva (English ed.)*, *34*(2), 60-69. https://doi.org/10.1016/j.enfie.2022.02.002
Morel, francois. (2019). *Primum Non Nocere—YouTube*. https://www.youtube.com/channel/UC9BnGZLT4iPaJtDOXYwQuHQ/about
Moyal, A. (2021). *Une liberté sous contraintes ? : Rationalisation des pratiques des professionnels libéraux de soins primaires en maisons de santé pluriprofessionnelles en France*.
Murard, L., & Zylberman, P. (2002). Les fondations indestructibles : La santé publique en France et la Fondation Rockefeller. *médecine/sciences*, *18*(5), 625-632. https://doi.org/10.1051/medsci/2002185625
Naour, J.-Y. L. (2002). Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918). *Annales de demographie historique*, *103*(1), 107-120. https://www.cairn.info/revue-annales-de-demographie-historique-2002-1-page-107.htm
NHS England. (2022, décembre 20). *Using mobile messaging* [NHS]. Information governance. https://transform.england.nhs.uk/information-governance/guidance/use-mobile-messaging-software-health-and-care-settings/
Nowik, L., & Thalineau, A. (Éds.). (2014). *Vieillir chez soi : Les nouvelles formes du maintien à domicile*. Presses universitaires de Rennes. https://doi.org/10.4000/books.pur.69120
OCDE. (2021). *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE*. OECD. https://doi.org/10.1787/fea50730-fr
ODOXA. (2021, mars). *Aide et soins à domicile : Les attentes des Français* [France-assos-sante.org]. communiqués de presse. https://www.odoxa.fr/wp-content/uploads/2021/05/Odoxa-pour-Adedom-OCIRP-Aide-et-soins-a-domicile-18-mai.pdf
Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain : Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, *1*, 71-109. https://doi.org/10.4000/enquete.263
Ologeanu-Taddei, R., Gauche, K., Morquin, D., & Bourret, R. (2015). La capacité d'appropriation, une capacité organisationnelle immatérielle négligée dans l'adoption des systèmes d'information et de gestion. *Innovations*, *47*(2), 79-100. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/inno.047.0079
ONI. (2022). *Conseil National—Un Ordre pour les infirmiers, pourquoi ?* [Ordre Infirmier]. Rôle et missions. https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/role-et-missions.html
Onsil. (2020, juillet 31). Le Ségur de la santé a bien accouché d'un souriceau ! *Onsil*. https://www.onsil.fr/blog/2020/07/31/le-segur-de-la-sante-a-bien-accouche-dun-souriceau/
Ouakrat, A., & Mésangeau, J. (2016). Resocialiser les traces d'activités numériques : Une proposition qualitative pour les SIC. *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, *8*. https://doi.org/10.4000/rfsic.1795
Özsaban, A., Bayram, A., & Durgun, H. (2021). Youtube videos as an educational resource for ventrogluteal injection : A content, reliability and quality analysis. *Nurse Education Today*, *107*, 105107. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105107
Paillé, P. (2011). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, *23*, 147-181. https://doi.org/10.7202/1002253ar
Parsons, T. (1968). *The structure of social action. 1 : Marshall, Pareto, Durkheim* (6. print). Free Press.

Pascal. (2021, novembre 22). Covid : Le pharmacien peut-il vacciner à domicile ? *Le quotidien du pharmacien.fr*. https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/nouvelles-missions/covid-le-pharmacien-peut-il-vacciner-domicile

Pascal, H. (2012). *La construction de l'identité professionnelle des assistantes sociales : L'Association nationale des assistantes sociales, 1944-1950*. Presses de l'École des hautes études en santé sociales.

Pascal, H. (2014). *Histoire du travail social en France : De la fin du XIXe siècle à nos jours manuel*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Patterson, E. S., & Wears, R. L. (2010). Patient Handoffs : Standardized and Reliable Measurement Tools Remain Elusive. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *36*(2), 52-61. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36011-9

Perouas L. (1978). Fonction hospitalière et vie religieuse au XVIIe siecle. *REPSA*, *266*.

Pétillon, J.-M., & Darmangeat, C. (2018). Histoire et préhistoire de la domination masculine. *Parcours. Cahiers du GREP Midi-Pyrénées*, *57*, 97-125. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01941677

Pignol, juliette. (2017, octobre 10). Chiffres YouTube—2019. *BDM*. https://www.blogdumoderateur.com/chiffres-youtube/

Pintus, C. (2018). *La contribution de la communication par le web au développement de praxéologies professionnelles infirmières* [Thèse de doctorat]. Aix-Marseille.

Pintus, C., & Ladage, C. (2021). Les réseaux sociaux numériques comme milieu pour le développement professionnel ? *Éducation et socialisation*, *61*. https://doi.org/10.4000/edso.14958

Plantard, P. (2021). Numérique et travail social : Entre normes et médiation: *Informations sociales*, *n° 202*(1), 44-53. https://doi.org/10.3917/inso.202.0044

Plourde, A. (2021). *Le capitalisme, c'est mauvais pour la santé : Une histoire critique des CLSC et du système sociosanitaire québécois*. https://international.scholarvox.com/book/88912891

Proulx, S. (2002). Trajectoires d'usages des technologies de communication : Les formes d'appropriation d'une culture numérique comme enjeu d'une « société du savoir ». *Annales Des Télécommunications*, *57*(3), 180-189. https://doi.org/10.1007/BF02994632

Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, *29*(4), 1841-1848. https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014

Rathbone, A. P., Norris, R., Parker, P., Lindsley, A., Robinson, A., Baqir, W., Campbell, D., & Husband, A. (2020). Exploring the use of WhatsApp in out-of-hours pharmacy services : A multi-site qualitative study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *16*(4), 503-510. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.06.019

Référentiel d'activités et de compétences. Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier, Art 4311-1 à 4311-15 Santé publique (2009).

Reisacher, A. (2024, février). Chiffres YouTube : Les statistiques à connaître en 2024. *Blog du Modérateur*. https://www.blogdumoderateur.com/chiffres-youtube/

Rijven, tom. (2017). *Construire sa maison en paille...est un jeu d'enfant tutoriel YouTube*. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=0Q4YJymPI9s

Robin H Kay. (2012). Exploring the use of video podcasts in education : A comprehensive review of the literature. *Computers in Human Behavior*, *28*(3), 820-831. https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.01.011

Ryst Justine. (2019, juillet). *YouTube, infiniment personnel*. Think with Google. https://www.thinkwithgoogle.com/intl/fr-fr/tendances/vision/youtube-infiniment-personnel/

Santé Publique France. (2023). Consentement, ethique, soins et santé. *La santé en action*, *464*, 44. https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2023-n-464-consentement-ethique-soins-et-sante

sante.gouv.fr. (2021, février 1). L'espace de confiance MSSanté. *Ministère du travail de la santé et des solidarités*. https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/article/l-espace-de-confiance-mssante

Schnotz, W., & Lowe, R. (2003). External and Internal Representations in Multimedia Learning. Introduction. *Learning and Instruction*, *13*(2), 117-123. https://www.learntechlib.org/p/96596/

Scovell, S. (2010). Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standard*, *24*(20), 35-39. https://doi.org/10.7748/ns2010.01.24.20.35.c7453

sécurité sociale. (2023, octobre 10). *Les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale* [Évaluation.sécurité sociale.fr]. Les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale. https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1.6.3.%20Recours%20aux%20soins%20et%20cons.html#

Seferdjeli, L., & Terraneo, F. (2015). Comprendre le travail de soins à l'hôpital. *Recherche en soins infirmiers*, *120*(1), 6-22. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rsi.120.0006

Sennett, R. (2022). *Ce que sait la main : La culture de l'artisanat*. Albin Michel.

Serres, M. (2012). *Petite poucette*. Le Pommier.

ServicePublic. (2021). *Hôpital public : Revalorisation des salaires des personnels au contact des patients* [Service Public.fr]. Rémunération dans la fonction publique. https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15208

Shanahan, M., & Bahia, K. (2023). *The State of Mobile Internet Connectivity Report 2023* (p. 79). GSMA. https://www.gsma.com/r/somic/

Shearer, E. (2018, décembre 10). Social media outpaces print newspapers in the U.S. as a news source. *Pew Research Center*. https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/12/10/social-media-outpaces-print-newspapers-in-the-u-s-as-a-news-source/

Simonnot, B. (2010). *Les médiations dans l'accès aux documents en ligne : Pouvoir et autorité des moteurs commerciaux*. https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00667498

Singly, F. de (Éd.). (1991). *La Famille, l'état des savoirs*. Editions La Découverte.

Smeulers, M., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2021*(9). https://doi.org/10.1002/14651858.CD009979.pub2

Smith, aaron, & Toor, S. (2018, novembre 7). *Many Turn to YouTube for Children'sContent, News, How to Lessons Centre de recherche Pew*. https://www.pewinternet.org/2018/11/07/many-turn-to-youtube-for-childrens-content-news-how-to-lessons/

Smyrnaios, N., & Rebillard, F. (2009). L'actualité selon Google L'emprise du principal moteur de recherche sur l'information en ligne. *Communication langages*, *N° 160*(2), 95-109. https://www.cairn.info/revue-communication-et-langages1-2009-2-page-95.htm

SNIIL. (2022). *SNIIL - Ségur de la Santé : Un bilan décevant et minimaliste…* [Syndicat National des Infirmières et infirmiers libéraux]. communiqués de presse. https://www.sniil.fr/communication/communiques-de-presse/795-segur-de-la-sante-un-bilan-decevant-et-minimaliste

solidarites-sante.gouv.fr. (2022). *Hospitalisation à domicile* [Santé.gouv.fr]. soins et maladies. https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had

Solinum. (2018). *Précarité connectée : Les sans abris et le numérique : Équipement, usages et compétences numériques des personnes sans abris en France en 2018* [Solinum]. Précarité connectée. https://www.solinum.org/precarite-connectee-6-recommandations-pour-linclusion-numerique-des-sans-abri/#comment-196

Stérin, A. laure. (2018, novembre 9). Le point sur les données à caractère personnel [Hypotheses]. *Questions ethiques et juridiques en SHS*. https://ethiquedroit.hypotheses.org/1717

Strange, F. (1996). Handover : An ethnographic study of ritual in nursing practice. *Intensive and Critical Care Nursing*, *12*(2), 106-112. https://doi.org/10.1016/S0964-3397(96)81074-3

Strange, F. (2001). The persistence of ritual in nursing practice. *Clinical Effectiveness in Nursing*, *5*(4), 177-183. https://doi.org/10.1054/cein.2001.0240

Strauss, A. L., & Baszanger, I. (1992). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Ed. L'Harmattan.

Suaud, C. (1978). *La vocation : Conversion et reconversion des prêtres ruraux*. Éditions de Minuit.

Suaud, C. (2018). La vocation, force et ambivalence d'un concept « nomade ». Pour un usage idéal-typique. *Sciences sociales et sport*, *12*(2), 19-44. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rsss.012.0019

Sudnow, D. (1967). *Passing on : The social organization of dying*. Prentice-Hall.

Tabuteau, D. (2018, décembre). Les officiers de santé : Un schisme professionnel aux effets délétères et durables. *le concours medical*, *140*, 12-14.

Tabuteau, D. (2023). « Les libertés médicales et l'organisation des soins en France », Titre VII. *Santé et bioéthique*, *11*. https://www.conseil-constitutionnel.fr/publications/titre-vii/les-libertes-medicales-et-l-organisation-des-soins-en-france

Taylor, S., & Todd, P. A. (1995). Understanding Information Technology Usage : A Test of Competing Models. *Information Systems Research*, *6*(2), 144-176. JSTOR. http://www.jstor.org/stable/23011007

Thévenot, L. (1994). Le régime de familiarité. Des choses en personne. *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 72-101. Persée http://www.persee.fr. https://www.persee.fr/doc/genes_1155-3219_1994_num_17_1_1262

Thomson, H. (2015). *Factors Influencing Quality of Emergency Department Nurse Shift Handover*. Faculty of Nursing University of Toronto.

Tutoriel. (2020). In *Le petit Larousse illustré*. Larousse.

Une matinée dans ma vie d'infirmière libérale—YouTube. (2019, janvier 5). Pratik Inf. https://www.youtube.com/watch?v=7J1rGb6E0Z0

Updates from VidCon : More users, more products, more shows and much more. (2017). *Official YouTube Blog*. https://youtube.googleblog.com/2017/06/updates-from-vidcon-more-users-more.html

URPS PACA. (2018). *Condition d'exercice des infirmiers libéraux en PACA* [Site URPS PACA]. https://www.urps-infirmiere-paca.fr/les-dossiers/condition-exercice-infirmiers-liberaux-paca/

URPS PACA. (2020). L'URPS infirmière PACA réagit aux conclusions du Ségur de la Santé (Communiqué). *Toute La Veille Acteurs de Santé, le hub de l'info du secteur santé*. https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/153810/lurps-infirmiere-paca-reagit-aux-conclusions-du-segur-de-la-sante-communique/

US. Bureau of Labor Statistics. (2022a). *Registered Nurses : Occupational Outlook Handbook* [Official website of the United States government]. Occupational Outlook Handbook. https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm#tab-3

US. Bureau of Labor Statistics. (2022b). *Registered Nurses : Occupational Outlook Handbook* [Official website of the United States government]. Occupational Outlook Handbook. Summary. https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm

Venkatesh, Morris, Davis, & Davis. (2003). User Acceptance of Information Technology : Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, *27*(3), 425. https://doi.org/10.2307/30036540

Veran, O. (2020). *Dossier de presse—Conclusions du Ségur de la santé—Ministère des Solidarités et de la Santé* [Ministère des Solidarités et de la Santé]. solidarités-sante.gouv. https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-conclusions-du-segur-de-la-sante

Vidal, G. (2012). *La sociologie des usages : Continuités et transformations*. Hermès science publications Lavoisier.

Vilbrod, A., & Douguet, F. (2006). *Le métier d'infirmière libérale Tome 1* (58; Série étude). DREES. http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/le-metier-d-infirmiere-liberale

Vinck, D. (2009). De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement. *Revue d'anthropologie des connaissances*, *3, 1*(1), 51-72. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rac.006.0051

WebRankInfo. (2019, mai 13). *Parts de marché moteurs de recherche (France, USA, monde*. WebRankInfo. https://www.webrankinfo.com/dossiers/etudes/parts-marche-moteurs

Wenner, M. (1999). *Comment et pourquoi devient-on infirmière?* (Éd. révisée). S. Arslan.

Western Governors University. (2022). *What Is A Home Health Nurse?* Western Governors University. https://www.wgu.edu/blog/home-health-nurse2012.html

WhatsApp. (2023). [Whatsapp.com]. *A propos de WhatsApp*. https://www.whatsapp.com/about

World Health Organization. (2007, mai). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*, *1*(solution 3). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_8

World Health Organization. (2022). *Meeting Report : WHO online consultation meeting to discuss global principles for identifying credible sources of health information on social media.* (p. 13) [Rapport de reunion]. OMS. https://www.who.int/fr/publications/m/item/who-online-consultation-meeting-to-discuss-global-principles-for-identifying-credible-sources-of-health-information-on-social-media

Wulf, C. (2005). Introduction. Rituels. Performativité et dynamique des pratiques sociales. *Hermès, La Revue*, *43*(3), 9-20. Cairn.info. https://doi.org/10.4267/2042/25562

YouTube. (2019a). In *Wikipédia*. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=YouTube&oldid=161321732

YouTube. (2024). Obtenir des informations médicales sur YouTube [Contenu lié à la santé]. *centre d'aide YouTube*. https://support.google.com/youtube/answer/9795167#zippy=%2Croyaume-uni

YouTube : 300 chaînes françaises comptent plus d'un million d'abonnés. (2019b, juillet 4). [LEXPRESS.fr]. actualités. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/youtube-300-chaines-francaises-comptent-plus-d-un-million-d-abonnes_2087897.html

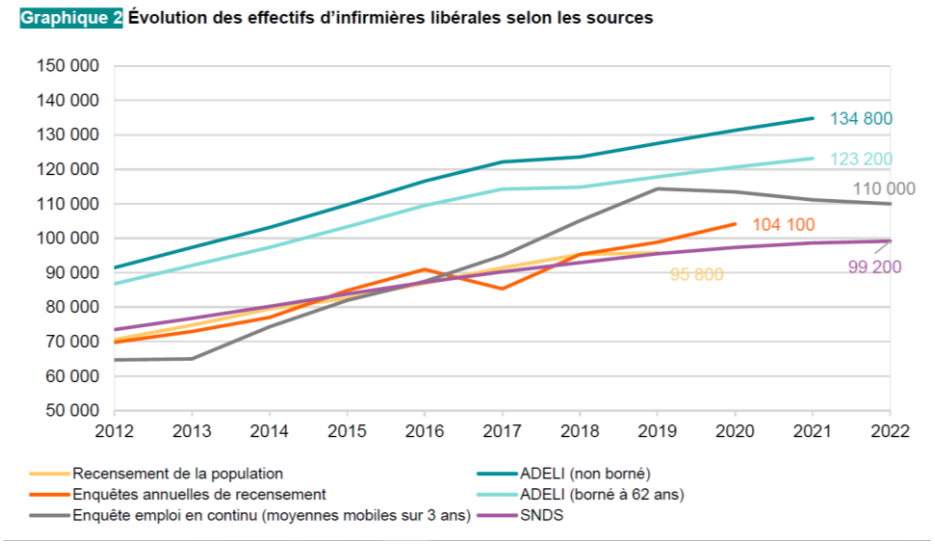
Zeynep Tufekci. (2018, mars 10). Opinion | YouTube, the Great Radicalizer—The New York Times. *The New York Times*. https://www.nytimes.com/2018/03/10/opinion/sunday/youtube-politics-radical.html?smid=pl-share

Zolesio, E. (2018). Socialisations primaires / secondaires : Quels enjeux ? *Idées économiques et sociales*, *191*(1), 15-21. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/idee.191.0015

Table des illustrations

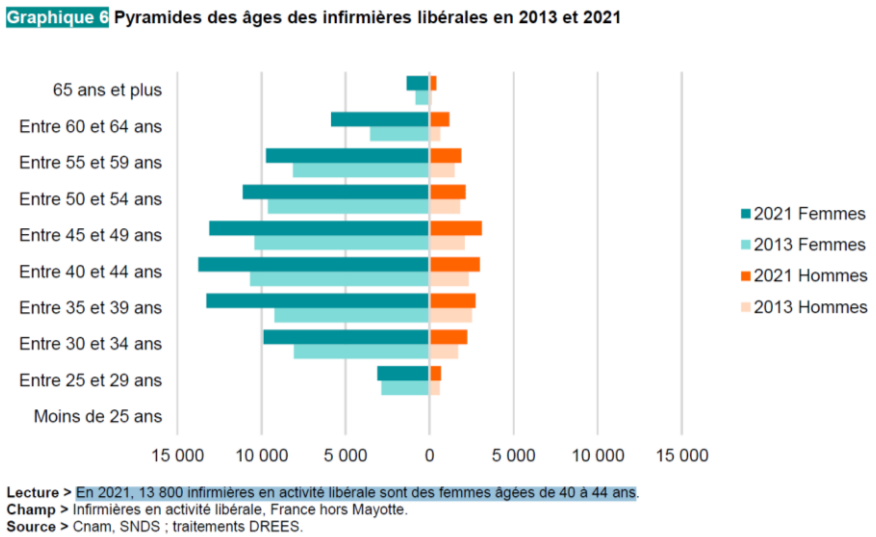
Figure 1 : Répartition des infirmiers par spécialité agrégée et par mode d'exercice. Répertoire ADELI-DRESS (données au 1/01/21) 15
Figure 2: Densités régionales standardisées d'infirmières libérales en 2013 et 2021(DREES, 2024) ... 16
Figure 3: Représentation graphique de la journée de travail de Popy le 11/10/17 49
Figure 4: Représentation graphique de la journée de travail de David le 30/05/19 49
Figure 5: Représentation graphique de la journée de fin de cycle de travail d'une IDEL 51
Figure 6: Fonctions principales du smartphone 54
Figure 7 : Exemple de réponses ajoutées par les utilisateurs au sondage Facebook du 2/10/22 72
Figure 8:Extrait d'interactions avec le chercheur dans les commentaires Facebook du sondage du 27/01/24..... 73
Figure 9: Sondage Facebook du 27/01/24 : communication IDEL-patients par message vocaux 100
Figure 10: Degré d'urgence de l'information et choix du mode de communication 109
Figure 11: Fonctions principales de la relève selon la revue de littérature de Patterson et Wears ... 150
Figure 12: Fonctions de la relève chez les infirmières libérales observées..... 150
Figure 13: Sondage Facebook du 8/05/19 : nombre de votes par mode de transmission infirmière 158
Figure 14: Sondage Facebook du 2/10/22 : nombre de votes par mode de transmission infirmière 163
Figure 15 : Sondage Facebook du 17/03/19 : nombre de votes par mode d'accès au savoir procédural 172
Figure 16: Principales chaînes de vulgarisation médicale et de soins infirmiers YouTube France le 15/08/19..... 176

Annexe 1 : Evolution des effectifs des infirmières libérales de 2012 à 2022



Source : Démographie des infirmières et des aides-soignantes (DREES, 2024)

Annexe 2 : Pyramides des âges des infirmières libérales en 2013 et 2021



Source : Démographie des infirmières et des aides-soignantes (DREES 2024)

Annexe 3 : Tableau des entretiens

Noms	Age	État civil	Dates observations entretiens	Date de diplôme infirmier	Ancienneté en libéral	Nombre d'habitants des villes de la tournée
Lou	44	Mariée	23/06/17 5/07/17	1999	5	20 000
Fanny	50	Mariée	22/12/17 29/12/17	2006	8	20 000
Nora	59	Divorcée	15/12/17 7/01/17	1997	15	20 000
Popy	36	Mariée	11/10/17 2/11/17	2002	4	15 000 et 280 000
Lola	41	Mariée	12/01/19 20/02/19	2000	10	3000
Gaëtan	37	Pacsé	28/09/2017 14/10/2017	2002	8	280 000
Aurore	40	Mariée	17/10/18 19/10/18	2006	8	2000 et 70 000
Carine	37	Célibataire	12/12/18 19/12/18	2005	11	2000 et 3000
Viviane	37	Célibataire	26/12/18 12/01/19	2013	2	40000
Daphnée	40	Mariée	22/03/19 19/04/19	2000	10	4000
Martine	55	Divorcée	25/04/19 22/05/19	1991	27	280000
Sonia	27	Mariée	05/06/19 15/06/19	2013	1	6500
Julie	29	Mariée	20/06/19 10/07/19	2011	5	6500
David	34	Marié	30/05/19 22/06/19	2017	2	280 000
Sérine	40	divorcée	11/11/19 21/11/19	2004	7	40 000

Annexe 4 : Trame d'observation

Nom de l'infirmière, villes de la tournée, date, heure et lieu de RDV ;

Données recueillies lors de la prise de contact préalable à l'entretien ;

Observation du cabinet, de la plaque et de la carte de visite professionnelle ;

Descriptif des différents patients de la tournée et utilisation du smartphone ;

Ou l'infirmière laisse t'elle le smartphone pendant les soins ? A portée de main, de son, de vue ou sur son corps ?

Est-il sur vibreur, sonnerie, montre connectée, dans la voiture ? l'infirmière a-t-elle la même utilisation avec tous les patients ? Il y a-t-il une différence entre les patients (soins plus long, préférences, ceux chez qui on laisse les clés) ?

Utilisation du smartphone pour d'autres fonctions (applications, jeux réveil, lampe torche, musique…)

Contenu des échanges informels lors des temps de trajets, du déjeuner

Récupération de documents, photos des cartes de visite, de la plaque, du cabinet…

Demande d'envoi des documents liés aux transmissions PDF ou de Word

Annexe 5 : Trame d'entretien

Le rendez-vous est pris lors du jour d'observation. Les entretiens sont positionnés à distance du jour de l'observation. L'objectif est de « décortiquer » l'utilisation professionnelle du smartphone par l'IDEL. J'envoie au préalable le compte-rendu de mon observation ou je le donne le jour même. Toutes les infirmières m'ont demandé de les tutoyer lors de l'observation. Dans un premier temps, je ne touche pas le smartphone, les infirmiers le gardent en main ou le posent entre nous. L'entretien se déroule au cabinet, au domicile de l'infirmière ou à mon bureau selon sa préférence.

- Déroulement de l'entretien

As-tu des modifications à proposer au compte-rendu de l'observation ?

Pouvons-nous commencer par ton journal d'appel d'un jour travaillé ?

L'infirmier me raconte alors sa journée de travail à travers son journal d'appel, son répondeur, puis ses SMS et ses e-mails.

Quelles applications sont sur ton écran d'accueil ? Est-ce que tu t'en sers professionnellement, personnellement ou pour les deux usages ?

Pour chaque interaction, je demande le destinataire et en comparant avec les données d'observation nous déterminons où était l'infirmier au moment de la réception du message ou de l'appel.

Nous ouvrons ensemble l'application « temps d'écran » ou « utilisation de la batterie » pour compléter l'entretien et recueillir les impressions de l'infirmière sur son utilisation réelle du smartphone.

- Thèmes abordés lors de l'entretien, si l'infirmier n'en parle pas spontanément :

- Interactions médiatisées avec les patients et les autres professionnels

- Choix du mode de communication, préférences, qui l'initie ?

- Répartition du temps personnel et du temps professionnel, travail de nuit, temps de transport

- Transmissions, mode principal et par défaut

- Communication par SMS avec les patients, première demande puis lors de la relation

- Communication par groupes WhatsApp

- Communication par mails, type de boîte mail, utilisation de la messagerie sécurisée

- Recherche d'informations sur un soin non effectué depuis longtemps, tutoriel ?

Je clôture l'entretien en demandant à l'infirmière si elle souhaite ajouter quelque chose concernant son utilisation du smartphone, puis je lui fais signer le document de consentement.

Annexe 6 : Formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Magali Aubac. Je suis infirmière et doctorante en Science Politique à l'Université de Montpellier. Mon directeur de thèse est Monsieur Laurent Visier, responsable du Département SHSMed (faculté de médecine) de l'Université de Montpellier. Nous vous invitons à participer une recherche dont les objectifs sont :

- décrire les usages du smartphone par les infirmières libérales dans leur pratique professionnelle

Votre participation à ce projet de recherche consistera à :

- être accompagné lors de votre tournée d'infirmière libérale dans le cadre d'une observation ethnologique;
- Participer à un entretien compréhensif enregistré en présentiel

La participation à cette étude est sur la base du volontariat. Vous pouvez librement choisir de participer ou de refuser. Vous pouvez également vous retirer, au cours de la recherche, sans avoir à motiver votre décision ou subir un quelconque préjudice. Le traitement des données recueillies sera anonyme. Votre contribution participera à l'avancement des recherches en Sociologie et en Sciences infirmières.

Les inconvénients identifiés sont le temps d'entretien et la journée d'observation. L'entretien aura une durée d'une heure minimum. Il peut se dérouler dans le lieu de votre convenance.

Je m'engage à préserver votre anonymat, les données brutes (notes et retranscriptions) ne seront accessibles qu'à mon directeur de recherche et à moi-même. Un prénom vous sera attribué et les données informatiques seront codées. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les personnes participantes. Ils pourront faire l'objet de communications et d'articles scientifiques. Je peux vous fournir**,** sur demande, un exemplaire informatique de la thèse.

Les données ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Vos données seront conservées tout au long de la recherche. Après la fin de la recherche, les données seront archivées pour une durée de 20 ans, puis détruites.

Je reste à votre disposition pour toute complément d'information et vous remercie pour votre participation.

Signé à Montpellier, le_____

Annexe 7 : Tarifs conventionnels applicables à l'activité des infirmières libérales

Ce tableau présente l'ensemble des tarifs applicables selon votre lieu d'exercice.
mise à jour au 23/03/23 (Assurance Maladie, 2023a)

Tarifs conventionnels applicables aux infirmiers libéraux (à compter du 1er janvier 2020)		
Actes professionnels	**Départements métropolitains**	**Départements d'outre-mer et Mayotte**
AMI : Actes techniques (hors cadre de la dépendance)	3,15 €	3,30 €
AMX : Actes techniques dans le cadre de la dépendance	3,15 €	3,30 €
AIS : Actes infirmiers de soins	2,65 €	2,70 €
BSA : Forfait dépendance léger	13,00 €	13,25 €
BSB : Forfait dépendance intermédiaire	18,20 €	18,55 €
BSC : Forfait dépendance lourd	28,70 €	29,25 €
DI : Élaboration d'une démarche de soins infirmiers	10,00 €	10,00 €
IFD : Indemnité forfaitaire de déplacement	2,50 €	2,50 €
IFI : Indemnité forfaitaire de déplacement dans le cadre d'un forfait dépendance ou d'une prise en charge IPA	2,50 €	2,50 €

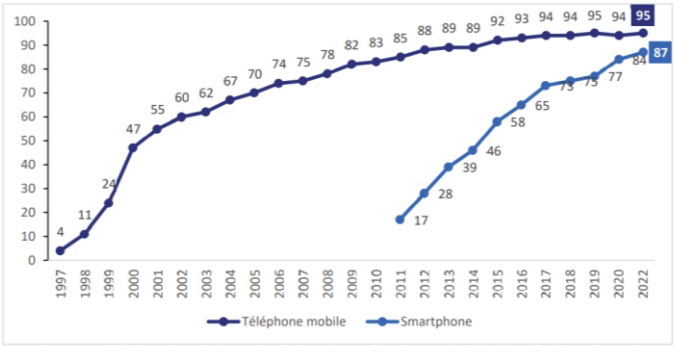
Tarifs conventionnels applicables aux infirmiers libéraux (à compter du 1er janvier 2020)		
Actes professionnels	**Départements métropolitains**	**Départements d'outre-mer et Mayotte**
IK : Indemnité kilométrique en plaine	0,35 €	0,35 €
IK : Indemnité kilométrique en montagne	0,50 €	0,50 €
IK : Indemnité kilométrique à pied ou à ski	3,40 €	3,66 €
Majorations de nuit de 20h à 23h et de 5h à 8h	9,15 €	9,15 €
Majorations de nuit de 23h à 5h	18,30 €	18,30 €
Majoration de dimanche et jours fériés (1)	8,50 €	8,50 €
MAU : Majoration d'acte unique	1,35 €	1,35 €
MCI : Majoration de coordination infirmière	5,00 €	5,00 €
MIE : Majoration enfant moins de 7 ans	3,15 €	3,15 €
TLS : Accompagnement téléconsultation réalisée lors d'un soin prévu	10,00 €	10,00 €
TLL : Accompagnement téléconsultation réalisé de manière spécifique dans un lieu dédié aux téléconsultations	12,00 €	12,00 €

Tarifs conventionnels applicables aux infirmiers libéraux (à compter du 1er janvier 2020)		
Actes professionnels	**Départements métropolitains**	**Départements d'outre-mer et Mayotte**
TLD : Accompagnement téléconsultation réalisé de manière spécifique à domicile (pas au décours d'un soin prévu)	15,00 €	15,00 €
TMI : Actes réalisés à distance	3,15 €	3,30 €

(1) La majoration de dimanche s'applique à compter du samedi 8 h pour les appels d'urgence.

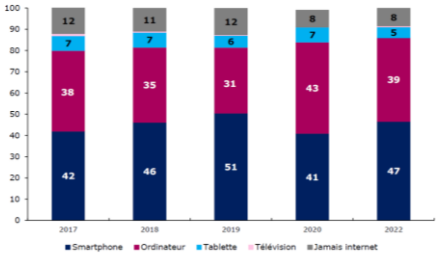
Annexe 8 : Baromètre du numérique

Figure 3 : Taux d'équipement en téléphone mobile et smartphone



Champ : ensemble de la population de 12 ans et plus résidant en France métropolitaine, en %. CREDOC, Baromètre du numérique, 2023.

Quel équipement utilisez-vous le plus souvent pour vous connecter à internet ?
- Champ : ensemble de la population de 12 ans et plus, en % -

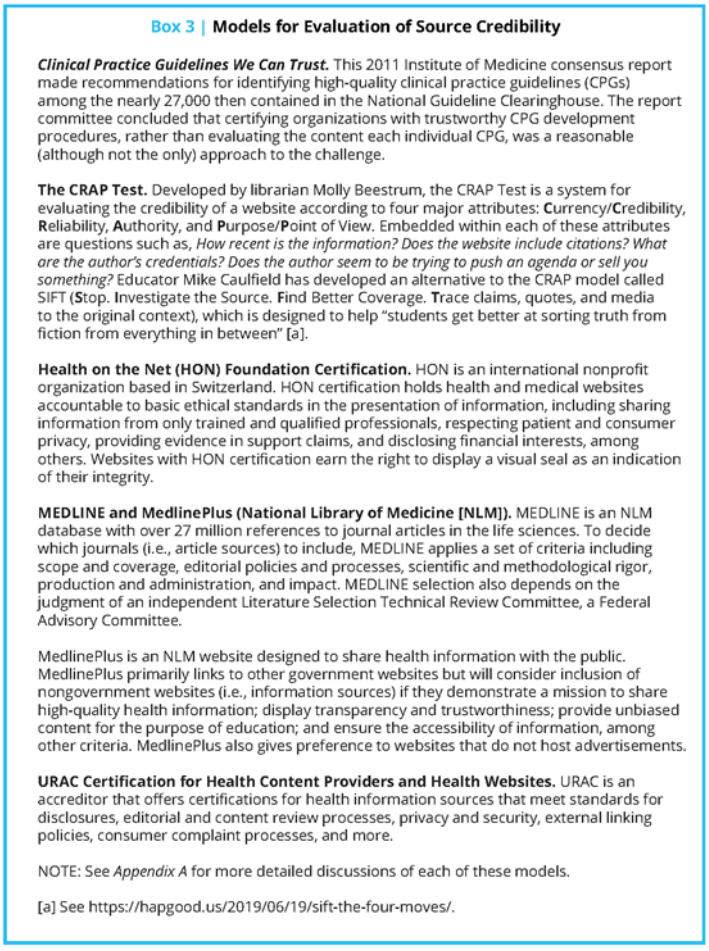


Source : CREDOC, Baromètres du numérique.

Annexe 9 : Revue de littérature sur les transmissions infirmières période 2013-2021

Moteur de recherche	Mot-clé	Dates	Résultats Période 2013-2021	Résultats Période 2013-2023
Google scholar	Transmissions infirmières	13/09/21 13/03/23	6 960 résultats dont 546 articles de revues	8043 résultats dont 701 articles de revues
Lissa	Transmission infirmière	21/09/21 21/09/23	36 résultats	44 résultats
Centre de documentation de L'IFSI de Montpellier	Transmissions infirmières Relève infirmière	13/09/21	264 articles et 62 livres	
Pub Med	Nursing handover	21/10/21 21/09/23	1825 résultats dont 220 résultats pertinents	2147 résultats
	Patient handoffs		1884 résultats	2217 résultats
	Shift changeovers		10 résultats	16 résultats

Annexe 10 : Modèles d'évaluation des sources de crédibilité existants aux États-Unis



Box 3 | Models for Evaluation of Source Credibility

Clinical Practice Guidelines We Can Trust. This 2011 Institute of Medicine consensus report made recommendations for identifying high-quality clinical practice guidelines (CPGs) among the nearly 27,000 then contained in the National Guideline Clearinghouse. The report committee concluded that certifying organizations with trustworthy CPG development procedures, rather than evaluating the content each individual CPG, was a reasonable (although not the only) approach to the challenge.

The CRAP Test. Developed by librarian Molly Beestrum, the CRAP Test is a system for evaluating the credibility of a website according to four major attributes: **C**urrency/**C**redibility, **R**eliability, **A**uthority, and **P**urpose/**P**oint of View. Embedded within each of these attributes are questions such as, *How recent is the information? Does the website include citations? What are the author's credentials? Does the author seem to be trying to push an agenda or sell you something?* Educator Mike Caulfield has developed an alternative to the CRAP model called SIFT (**S**top. **I**nvestigate the Source. **F**ind Better Coverage. **T**race claims, quotes, and media to the original context), which is designed to help "students get better at sorting truth from fiction from everything in between" [a].

Health on the Net (HON) Foundation Certification. HON is an international nonprofit organization based in Switzerland. HON certification holds health and medical websites accountable to basic ethical standards in the presentation of information, including sharing information from only trained and qualified professionals, respecting patient and consumer privacy, providing evidence in support claims, and disclosing financial interests, among others. Websites with HON certification earn the right to display a visual seal as an indication of their integrity.

MEDLINE and MedlinePlus (National Library of Medicine [NLM]). MEDLINE is an NLM database with over 27 million references to journal articles in the life sciences. To decide which journals (i.e., article sources) to include, MEDLINE applies a set of criteria including scope and coverage, editorial policies and processes, scientific and methodological rigor, production and administration, and impact. MEDLINE selection also depends on the judgment of an independent Literature Selection Technical Review Committee, a Federal Advisory Committee.

MedlinePlus is an NLM website designed to share health information with the public. MedlinePlus primarily links to other government websites but will consider inclusion of nongovernment websites (i.e., information sources) if they demonstrate a mission to share high-quality health information; display transparency and trustworthiness; provide unbiased content for the purpose of education; and ensure the accessibility of information, among other criteria. MedlinePlus also gives preference to websites that do not host advertisements.

URAC Certification for Health Content Providers and Health Websites. URAC is an accreditor that offers certifications for health information sources that meet standards for disclosures, editorial and content review processes, privacy and security, external linking policies, consumer complaint processes, and more.

NOTE: See *Appendix A* for more detailed discussions of each of these models.

[a] See https://hapgood.us/2019/06/19/sift-the-four-moves/.

Tableau issu de l'article de Kington, Raynard S., Stacey Arnesen, Wen-Ying Sylvia Chou, Susan J. Curry, David Lazer, et Antonia M. Villarruel. 2021. « Identifying Credible Sources of Health Information in Social Media: Principles and Attributes ». NAM Perspectives, juillet. https://doi.org/10.31478/202107a.

Annexe 11 : Principes fondamentaux et attributs des sources d'informations en santé crédibles aux États-Unis

TABLE 1 | Foundational Principles and Attributes of Credible Sources of Health Information

Foundational Principle	Attributes
Science-Based: Sources should provide information that is consistent with the best scientific evidence available at the time and meet standards for the creation, review, and presentation of scientific content.	• Acknowledges the limitations and evolution of knowledge (e.g., early or incomplete knowledge, as seen in the COVID-19 pandemic; small sample size; correlation versus causation, etc.) • Clearly labels information with the date it was last updated and strives to reassess and update content • Demonstrates subject-specific expertise (i.e., consistent and well-regarded contributions in a given field) • Links to and is linked to by other credible sources [a] • Provides citations for information shared and evidence to justify claims • Synthesizes information from multiple sources, rather than a single source • Uses a consensus process to develop the information shared [b] • Uses peer review or another form of content review to vet information before sharing [c]
Objective: Sources should take steps to reduce the influence of financial and other forms of conflict of interest (COI) or bias that might compromise or be perceived to compromise the quality of the information they provide.	• Keeps health information separate from financial, political, or ideological messages • Maintains independence from funders [d] • Separates lobbying activities from health information (or does not engage in lobbying) • Does not include advertisements with relevant health information (or does not host advertisements at all) [e]
Transparent and Accountable: Sources should disclose the limitations of the information they provide, as well as conflicts of interest, content errors, or procedural missteps.	• Discloses financial and nonfinancial conflicts • Discloses relevant policy positions and lobbying activities • Follows FACA regulations or similar transparency policies [f] • Posts public corrections or retractions • Prioritizes accessibility and equitable access to information • Provides a mechanism for public feedback • Shares data, methods, or draft recommendations

[a] For example, an organization could seek public comments on an interim set of health guidelines before finalizing and sharing the information more broadly.
[b] A consensus process involves assembling a group of experts with diverse perspectives who assess a body of evidence and deliberate in order to arrive at an opinion or guidance that reflects the consensus of the group.
[c] A peer review process involves sharing the draft of a publication or other product with reviewers who have expertise or experience in the given topic and can provide feedback as to the product's accuracy, balance, and appropriateness.
[d] For example, an academic journal could maintain editorial independence (i.e. sole authority over published content) from the organization that funds it.
[e] For example, an organization might host an advertisement for a cancer drug but keep this advertisement separate from the information it shares about cancer.
[f] FACA stands for the Federal Advisory Committee Act, which established requirements for committees that advise the federal government. These requirements include public access to meetings and meeting notes, as well as summaries of expenditures (https://www.gsa.gov/policy-regulations/policy/federal-advisory-committee-management/advice-and-guidance/the-federal-advisory-committee-act-faca-brochure)

Tableau issu de l'article de Kington, Raynard S., Stacey Arnesen, Wen-Ying Sylvia Chou, Susan J. Curry, David Lazer, et Antonia M. Villarruel. 2021. « Identifying Credible Sources of Health Information in Social Media: Principles and Attributes ». NAM Perspectives, juillet. https://doi.org/10.31478/202107a.

Résumé

Il y a près de 99 000 infirmières en exercice libéral en France, pourtant cette population a été peu étudiée par les chercheurs en sciences humaines et sociales, une partie de leur travail reste donc invisible. Afin d'explorer les interactions sociales des infirmières libérales, nous avons choisi d'utiliser un objet du quotidien : le smartphone. Cet objet hybride a colonisé notre vie, presque 87% des Français en sont équipés. Il est devenu la porte d'entrée des communications. Le smartphone est un amplificateur de signaux et de compétences. C'est également un artefact qui modifie la nature des tâches réalisées par l'humain. Dans cette recherche exploratoire, nous étudierons plus précisément les caractéristiques des infirmières libérales, leur histoire, ce qui les différencie des infirmières hospitalières, mais surtout nous explorerons ce que le téléphone portable révèle de leur travail. Comment utilisent-elles le smartphone ? Cet artefact cognitif modifie-t-il leur rapport au temps, leur quotidien, leurs interactions avec les patients et les autres soignants ? Grâce à des observations ethnologiques de tournées infirmières, des entretiens sociologiques et des sondages sur les réseaux sociaux, la méthode de la théorisation ancrée nous a permis de découvrir certaines facettes de l'exercice libéral infirmier.

Dans une approche interactionniste, nous étudierons, à travers le prisme du smartphone, les relations des infirmières libérales avec les patients et les autres acteurs du soin à domicile. Le smartphone pose la question de l'évolution des codes de civilité régissant le premier contact et l'ensemble de la relation de soin. La présentation de soi est modifiée lorsqu'elle passe par le filtre écrit du SMS ou de l'e-mail. Elle est privée de ses attributs non verbaux, mais enrichie de nouvelles fonctionnalités telles que les émoticônes ou la traçabilité des échanges. Le smartphone laisse, aussi, percevoir les valeurs et les enjeux de pouvoir sous-tendant la sélection de la patientèle par les infirmiers libéraux, lors de la prise de rendez-vous.

Les relations de pouvoir entre professionnels sont également révélées par cet outil technologique. Il ne modifie pas la nature des relations professionnelles mais offre de nouvelles opportunités de communication dont les acteurs se saisissent pour négocier les frontières de leurs territoires respectifs.

En permettant d’être joignable en tout temps et en tout lieu, cet artefact a estompé les séparations traditionnelles entre les espace-temps professionnels et personnels. Le smartphone invite les nombreuses sollicitations extérieures dans la vie privée des infirmières et au domicile des patients. Elles sont tiraillées entre leurs différents rôles publics et privés. Nous étudierons les tactiques mises en place par les infirmières pour résoudre cette équation.

Puis, nous réaliserons un focus sur les transmissions qui sont un temps important de la socialisation secondaire des infirmières. Les modalités de relève sont très diverses, les infirmiers libéraux utilisent les différents canaux de communication profanes qui leur sont offerts par ce nouvel acteur qu’est le smartphone. En mélangeant les fonctionnalités écrites, messages oraux, émoticônes et images, le smartphone s’inscrit dans la raison graphique de Jack Goody.

Enfin, nous évoquerons l’utilisation du réseau Internet, dont la plateforme YouTube, pour l’acquisition et la mise à jour des savoirs infirmiers. Ce nouveau mode d’apprentissage s’associe de manière subtile à la tradition de diffusion orale du savoir chez les infirmières.

Mots clés

Smartphone, infirmier libéral, interactions sociales, soins à domicile, SMS, travail

Abstract

There are almost 99,000 homecare nurses in France, yet this population has been scarcely studied by scholars in Humanities and Social Sciences, thus a major part of their work remains invisible. To explore the social interactions of homecare nurses, we have chosen to use a everyday object: the smartphone. This hybrid object has colonised our lives, with almost 87% of French people owning one. It has become the gateway to communication. The smartphone is an amplifier of signals and skills. It is also an artefact that changes the nature of the tasks performed by humans. In this study, we will look more closely at the characteristics of homecare nurses, their history, how they differ from hospital nurses, but above all we will explore what the mobile phone reveals about their work. How do they use the smartphone ? Does this cognitive artefact change their relationship with time, their daily routine and their interactions with patients and other carers ? Using ethnological observations of nursing rounds, sociological interviews and social network surveys, the grounded theory method has enabled us to discover certain aspects of private practice nursing. Using an interactionist approach, we will look at the relationships between private practice nurses and patients and other homecare providers through the prism of the smartphone. The smartphone raises the question of how manners in first contact and how the entire healthcare relationship are changing. Self-presentation changes when it passes through the written filter of a text message or e-mail. It is deprived of its non-verbal attributes, but enriched with new functionalities such as emoticons and traceability of exchanges. The smartphone also reveals the values and power issues underlying the selection of patients by private practice nurses when making appointments.

Power relations between professionals are also revealed by this technological tool. It does not change the nature of professional relationships, but it does offer new opportunities for communication that the players seize to negotiate the boundaries of their respective territories.

By making it possible to be reached at any time and in any place, this artefact has blurred the traditional separations between professional and personal time. The smartphone allows the many demands of the outside world to slip in home care nurse

lives and into patients’ homes. They are torn between their different public and private roles. We will look at the tactics put in place by nurses to resolve this issue.

We will then focus on handovers, which are an important part of nurses' secondary socialisation. There is a wide variety of ways in which they communicate, with private practice nurses using the various communication channels offered to them by this new player, the smartphone. By mixing written functions, spoken messages, emoticons and images, the smartphone is part of the Jack Goody’s graphic reason.

Finally, we will look at the use of the Internet, including the YouTube platform, to acquire and update nursing knowledge. This new mode of learning is subtly associated with the tradition of oral dissemination of knowledge among nurses.

Keywords

Smartphone, homecare nurse, social interactions, home care, SMS, work