Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 32 (2006)

Heft: 3

Artikel: Soigner des personnes âgeés : quels effets sur les professionnels de santé?

Autor: Bouchayer, Françoise

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814442

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 17.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé ?

Françoise Bouchayer*

L'approche des situations de rencontre entre soignants et personnes âgées développée ici s'inscrit dans une réflexion plus générale se rapportant à ce que je nomme « l'effet patient » sur les manières d'être un professionnel de santé. Une telle perspective participe de la problématique générale de l'influence du client sur l'exercice de ces professionnels. Au-delà du texte programmatique de E. Freidson (1970) qui met en avant la détermination des conduites professionnelles, dans certains contextes d'exercice, par les logiques profanes, cette thématique n'a en fait été que très peu exploitée en tant que telle dans des démarches de recherche en sciences sociales. L'idée d'étudier sociologiquement les processus par lesquels l'effet patient joue sur les attitudes et les pratiques des professionnels de santé est issue de travaux antérieurs qui avaient mis à jour la difficulté éprouvée par des soignants médicaux ou paramédicaux exerçant en première ligne de l'offre de soins à faire face et à répondre à la présence quotidienne des patients, à la diversité de leurs plaintes et de leurs comportements (Bouchayer 1984 et 1994). D'une manière générale, cette question a principalement été abordée dans des recherches portant sur des contextes d'exercice particulièrement lourds et « usants » comme les services hospitaliers prenant en charge des personnes gravement malades : cancérologie, soins palliatifs, sida, neurologie, etc. (Acker, 2005 ; Castra, 2004 ; Moulin 1999 ; Vega, 2000). Elle mérite cependant d'être appliquée à des situations de travail plus banales car plus courantes et partagées par un grand nombre d'acteurs, soignants comme patients.

La problématique de l'effet patient renvoie à la thématique sociologique générale des articulations entre offre et demande de santé. Divers travaux, notamment dans le champ de l'aide et des soins aux personnes âgées ont souligné tout à la fois la complexité des interactions à l'œuvre et le poids de l'offre de soins sur la construction

* Françoise Bouchayer, SHADYC (Sociologie, histoire, anthropologie des dynamiques culturelles), UMR 8562 EHESS-CNRS, Centre de la Vieille Charité, 2 rue de la Charité, F–13236 Marseille cedex 02, Tél.: 0(33)4 91 14 07 20, bouchayer@univmed.fr.

Françoise Bouchayer est sociologue au CNRS (Centre national de la recherche scientifique). Ses recherches actuelles portent sur les identités et les trajectoires des professionnels de santé et sur le façonnage social de la prestation de soins (Bouchayer 2002 et 2004). Elle a auparavant animé à la MiRe (Mission Recherche, DREES, ministère en charge des affaires sociales et de la santé, Paris) divers programmes de recherches en sciences sociales ; dans ce cadre et en liaison avec le département Recherche sur le Vieillissement de la CNAV elle a notamment initié le programme « Evolutions technologiques, dynamique des âges et vieillissement de la population ». Plusieurs de ses publications récentes reprennent et prolongent la réflexion engagée dans ce cadre (voir par exemple Bouchayer, 2006, Annales de la recherche urbaine n° 100).

de la demande et sur les modalités de la prise en charge (voir par exemple Clément et Drulhe, 1992). Le cadre d'analyse retenu ici se rapporte plus particulièrement à la fonction soignante mise en œuvre dans des situations de rencontre établies entre professionnels de santé et patients. Cette approche contribue en outre à un certain réagencement des conceptualisations qui fondent la sociologie des professions, et notamment des professions en contact avec des usagers, des clients ou des patients (Carricaburu et Ménoret, 2004 ; Dubar et Tripier, 1998 ; Menger, 2003). L'effet patient n'a en effet pas le statut de « variable » accessoire n'intervenant que secondairement dans le façonnage des identités soignantes qui demeureraient avant tout d'ordre professionnel et institutionnel (les compétences, le titre et le poste, l'encadrement par les politiques publiques, etc). Il s'agit par contre de conférer à la réalité de la fréquentation quotidienne des patients par le soin une portée heuristique originale – non exclusive des autres processus à l'œuvre et articulée à eux – pour la compréhension des modes de construction de leur métier par les soignants.

Les interférences entre les caractéristiques sociales et les attitudes des patients d'une part, les caractéristiques et les conduites des praticiens de la santé d'autre part ont été largement abordées par les auteurs du courant interactionniste (Freidson, 1984 ; Hughes, 1996 ; Strauss, 1992). Pour contribuer à l'analyse des manières d'être un professionnel de santé, il me semble pertinent de s'engager de façon plus spécifiée dans la prise en compte des facteurs profanes relatifs aux patients et de leurs incidences sur la sphère professionnelle. En outre, les démarches se réclamant de l'approche interactionniste ont parfois tendance, en dépit de la finesse de leurs apports, à lisser et à uniformiser dans une systématisation « interactiviste » certaines dynamiques à l'œuvre. Ceci peut contribuer à masquer les jeux et enjeux de pouvoir, à désincarner sociologiquement les acteurs et à entretenir des équivalences sociologiques – tous les protagonistes en présence négocient et interagissent – rendant difficile le repérage de processus structurant les relations sociales à l'œuvre, par exemple ce qui relève de l'effet patient.

Par ailleurs, l'effet patient défini ici n'est pas assimilable à l'étude sociologique de la montée en charge contemporaine des droits et de la reconnaissance des malades et des multiples formes de leur expression et structuration sociales, ce que certains auteurs nomment l'*empowerment* : associations d'usagers de la santé ou de malades, représentation de ces derniers dans les instances institutionnelles, etc (Barbot et Dodier, 2000 ; Mathieu 2005 ; Mendell, 2006). De telles approches correspondent à d'autres objets et domaines de recherche. Le poids des patients renvoie en effet à des phénomènes diffus et « spontanés », non formalisés dans des instances ou des mobilisations sociales particulières.

Le propos développé se fonde sur une recherche portant sur les attitudes à l'égard des personnes âgées de trois catégories de professionnels de santé exerçant

en libéral, en France[1] : les médecins généralistes, les infirmières[2] et les kinésithérapeutes[3]. Au-delà de la situation française et de ses spécificités, c'est en fait un corpus de données et d'analyses de portée largement généralisable qui se trouve présenté. Dans tous les pays en effet, et quelles que soient les modalités d'organisation des systèmes de santé et de prise en charge de la vieillesse, des soignants vivent des situations contextualisées d'expériences et de ressentis professionnels – et existentiels – dans leur fréquentation régulière des personnes du grand âge.

Dans un premier temps et en référence à diverses publications récentes, un point sera fait sur les dimensions psychologiques et sociales inhérentes au « fait soignant » qu'il convient tout particulièrement de considérer dans l'approche développée. Puis seront présentés les choix méthodologiques retenus pour l'étude de l'activité auprès des personnes âgées des professionnels de santé de première ligne. Les incidences de la proximité à l'autre âgé seront ensuite examinées à partir de trois registres de données empiriques : la constitution de la patientèle, les situations de soins, les relations avec les proches familiaux. Enfin, l'analyse du matériau recueilli sera synthétisée en référence à la problématique générale de l'effet patient.

1 La question du rapport à l'autre dans le champ de la proximité soignante

De nombreuses recherches en sciences sociales ont porté sur les configurations d'aides mises en oeuvre auprès de personnes âgées dépendantes, leurs ressorts sociaux et leurs déterminants culturels (Clément et Lavoie 2005 ; Pennec 2003 et 2004 ; Saillant et Gagnon, 2000). Parallèlement, tout un courant de pensée s'inscrivant en partie dans une certaine mouvance des recherches féministes se réfère à la notion de care (que l'on peut traduire par « sollicitude », « souci de l'autre », « aide bienveillante », etc), initialement travaillée par divers auteurs anglo-saxons. Plusieurs publications récentes attestent de l'émergence de ce courant, en France et dans l'espace francophone (Paperman et Laugier, 2005 ; Zacaï-Reyners, 2006). Ces travaux défendent notamment le projet de faire sortir de leur relégation de la scène publique des pratiques sociales très répandues – mais dévalorisées et souffrant d'un déficit chronique de reconnaissance – constitutives des liens sociaux sans lesquels une société ne « tient » pas. Ces pratiques se rapportent à toute une palette d'activités d'aide et de soins profanes ou professionnels en direction de groupes sociaux qualifiés de vulnérables : jeunes enfants, personnes âgées, handicapés, personnes isolées ou démunies, etc. Il

1 Cette recherche fait l'objet d'un contrat dans le cadre du programme « La vulnérabilité liée au vieillissement et à la longévité » de l'Institut du vieillissement et de la longévité – GIS, lancé en 2004 en partenariat avec le CNRS, l'INSERM, l'INED, et le ministère délégué à la recherche.

2 Nous utiliserons ici le terme d'infirmières pour parler des infirmiers et des infirmières. Les publications sur cette profession retiennent l'une ou l'autre de ces formulations.

3 L'usage en étant courant, c'est le terme de kinésithérapeute qui est employé dans cet article ; la dénomination officielle de la profession est celle de masseur-kinésithérapeute.

ne s'agit pas ici de faire une présentation critique et synthétique de ces différents courants mais de voir en quoi certains de leurs apports – ainsi que ceux d'autres auteurs – apparaissent utiles et éclairants pour les questions se rapportant aux soins professionnalisés à autrui âgé. Trois aspects méritent plus particulièrement d'être soulignés.

- Tout d'abord, ces travaux rappellent que les composantes émotionnelles et les dynamiques interpersonnelles parcourent les dimensions tant relationnelles que techniques des situations de délivrance d'aide[4]. Aussi convient-il, dans l'analyse, de ne pas cliver ces différents registres et de parvenir à se dégager d'une approche en termes de soignants « techniciens » versus soignants « humains ». Même si ces conceptualisations, fréquemment évoquées à propos des professionnels du soin, recouvrent des faits empiriques aisément observables, elles n'en contribuent pas moins, me semble-t-il, à faire butter la réflexion au seuil de questionnements qui méritent précisément d'être clarifiés et abordés de façon plus transversale et « sociologisée » (Petitat, 1992).
- Ensuite, quelques-uns de ces auteurs soulignent l'ambivalence inhérente aux affects mobilisés et rappellent que la dynamique de l'aide peut aussi s'accompagner de sentiments de rejet ou de détestation. Cette approche apparaît plus particulièrement portée par les chercheurs se réclamant de la psychodynamique du travail qui fondent leur réflexion sur divers travaux de terrain (Molinié 2004 et 2005). D'autres auteurs ayant travaillé sur des thématiques proches, comme par exemple l'hospitalité ou le respect, intègrent également à leur objet de recherche le souci de l'autre et son contraire : « Rejet et défiance ne sont pas antagonistes du lien social mais ses composantes mêmes [...]. L'histoire et la géographie de l'hospitalité sont jalonnées d'ambivalence et le recours à cette notion invite à nommer la difficulté au lieu de la masquer » (Gotman, 2002, p 4). Dans son travail sur le respect, R. Sennett s'arrête sur la question des limites de la sollicitude, de la fatigue de la compassion, ou sur les difficultés à éprouver de la sympathie pour l'autre en situation de souffrance (Sennett, 2003). Le recours à des notions comme celles de sollicitude ou d'attention à l'autre pour qualifier les situations de délivrance d'aide et de soins ne paraît alors pas totalement satisfaisant en dépit de leur réel intérêt[5]. Il importe en effet de ne pas naturaliser le fait soignant dans une évidence et une univocité de souci de l'autre et de ne pas évacuer, dans l'approche qui en est faite, les phénomènes

4 Une partie des auteurs travaillant sur les notions de soins et de care se réfère aux conceptualisations et modes de compréhension portés par la psychanalyse (Bowlby, Winnicott, Harlow, Klein, etc). Sur ces questions, il importe de se référer également au travail phare de M. Balint (1988) sur les interférences d'affects entre le médecin et son patient.

5 La plupart des auteurs se réclamant du courant du caring développent une approche plus univoque, alimentée principalement par une réflexion philosophique et éthique, et peu par des travaux empiriques (voir par exemple Paperman et Laugier, 2005).

d'indifférence, d'évitement, de maintien à distance, de déconsidération, voire de brutalité ou de violence (Bouchayer, 2002 ; Scodarello, 2006).

– Enfin, certains auteurs interrogent la pertinence qu'il y a à distinguer systématiquement l'aide et les soins assurés par des professionnels de ceux réalisés par des non professionnels (proches familiaux ou autres, bénévoles, etc). Dans son principe, le soin peut en effet être considéré comme une forme particulière – professionnalisée ou non – de la relation d'aide à autrui (Bouchayer, 2004). C'est d'ailleurs dans des recherches se rapportant à des situations situées en marge voire en dehors du système de santé que ce qui relève des fondamentaux socio-anthropologiques de la délivrance de soins paraît être le mieux abordé et développé : professionnels de santé bénévoles travaillant auprès des « exclus » (Parizot 2003), soins aux personnes âgées délivrés dans l'espace domestique par leurs proches (Pennec 2004 ; Weber et al., 2003) ou encore pratiques fortement liées à des valeurs comme l'hospitalité ou le respect précédemment évoquées. Il s'agit donc de reconsidérer la prestation de soins professionnalisée sur la base d'un cadrage élargi et en partie dé-spécifié intégrant des composantes non strictement professionnelles.

Ces trois dimensions du soin – l'inscription des échanges au travers des registres technique et relationnel, les ambivalences des affects, la composante profane du soin professionnel – ont été peu prises en compte dans les démarches de recherche en sociologie des professions de santé. Celles-ci ont préférentiellement « regardé » ces métiers et les fonctions qu'ils assurent au prisme de leur professionnalisation notamment dans deux de ses fondements : la consolidation des compétences par les « progrès » en matière de connaissances technico-scientifiques et par les diverses formes instituées de contrôle (par les pairs et par les pouvoirs publics) ; la rupture avec le modèle religieux du dévouement et de la vocation ainsi qu'avec celui de l'engagement « naturel » des femmes dans les soins aux enfants, aux malades et aux vieillards. Parallèlement, la spécificité et la richesse du domaine de la médecine a pu contribuer à ce que les aspects relativement plus partagés et banalisés du soin soient quelque peu marginalisés ou ignorés dans les recherches en sociologie de la santé.

2 L'étude transversale de trois groupes professionnels intervenant en première ligne de l'offre de soins

En France comme dans de nombreux pays industrialisés ce sont les professionnels de santé exerçant en première ligne de l'offre de soins qui assurent l'essentiel du suivi médico-soignant des personnes âgées (voir encadré). Celles-ci en effet vivent dans leur grande majorité à domicile, y compris aux âges élevés et lorsque la présence de maladies ou d'incapacités rend nécessaire une aide quotidienne assurée par des tiers. Au début des années 2000, 80% des personnes de 70 ans et plus et 70 % de celles

de 85 ans et plus vivent chez elles[6]. Du fait des évolutions démographiques et du développement des politiques de maintien à domicile, la part âgée et très âgée de la population représente une proportion de plus en plus importante de la clientèle des professionnels de santé exerçant en ambulatoire. Or, en France, très peu de recherches se sont penchées sur ce pan de la prise en charge des personnes vieillissantes. Les travaux consacrés aux personnes âgées dites dépendantes ont principalement porté sur le secteur socio-sanitaire « spécialisé » de la vieillesse : intervenants à domicile (SSIAD[7], auxiliaires de vie, etc), coordination et réseaux gérontologiques[8], établissements d'hébergement, allocations spécifiques, politiques publiques sectorielles[9]. Les personnes âgées, de leur côté, requièrent un suivi médico-soignant spécifique, pour différentes raisons : présence de polypathologies, chronicité d'une partie d'entre elles, prise en charge au long cours et souvent jusqu'à la fin de vie, nécessité d'une coordination entre intervenants du secteur sanitaire et du secteur social ainsi qu'avec l'entourage, etc.

Dans l'optique développée ici, l'approche transversale de trois groupes professionnels exerçant en libéral – les généralistes, les infirmières et les kinésithérapeutes – est apparue particulièrement propice au repérage des « effets patients » car privilégiant un cadrage des situations de rencontre patients /soignants non circonscrit à une profession particulière et à tout ce qui pourrait être interprété comme relevant de ses spécificités : statut, champ de compétence, positionnement dans la hiérarchie socioprofessionnelle, etc (Bouchayer, 2006). Les médecins généralistes libéraux exerçant en France ont fait l'objet de divers travaux sociologiques (Arliaud, 1987 ; Bloy, 2005 ; 1993 ; Robelet, 2003) tandis que les infirmières libérales, contrairement aux infirmières hospitalières, n'ont à ce jour suscité l'intérêt que d'une seule équipe de recherche (Vilbrod et Douguet, 2006) ; les kinésithérapeutes pour leur part, tous modes d'exercice confondus, ont été assez catégoriquement « oubliés »[10].

Une cinquantaine d'entretiens approfondis se répartissant de façon équivalente entre les trois groupes de soignants étudiés a été réalisée. Ces professionnels

6 Source : enquête Insee /Drees Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID), 1999 et 2001. Sur ces questions, on peut se référer notamment à Dutheil (2000) et Bressé (2004).

7 Les Services de soins infirmiers à domicile, créés en 1981 dans le cadre de la politique de maintien à domicile des personnes âgées, emploient principalement des aides-soignantes salariées et ont à leur tête une infirmière, également salariée.

8 Les coordinations gérontologiques et les réseaux de santé qui se sont développés en France depuis la fin des années 1990 ne touchent qu'une faible minorité des professionnels de santé exerçant en libéral.

9 Pour une présentation de la situation française en matière de dispositifs de prise en charge des personnes âgées dépendantes, voir notamment Henrard (2006).

10 A l'échelon du secteur libéral de distribution des soins, les personnes âgées représentent un segment de patientèle à l'origine de multiples tensions interprofessionnelles d'ordre notamment concurrentiel (voir encadré). Les diverses réformes décidées ces dernières années ou envisagées par les pouvoirs publics et les caisses d'assurance maladie en matière d'encadrement de l'activé des professionnels de santé libéraux et de rationalisation des dépenses de santé sont venues exacerber ces tensions, dans un contexte de réel malaise des professions de santé (de Kervasdoué, 2003).

Infirmières, kinésithérapeutes et médecins généralistes exerçant en libéral en France

Données de cadrage (source : assurance maladie, 2003 et 2004)

Les infirmières

14 % de l'ensemble des infirmières en exercice sont installées en libéral (contre 10% en 1988) soit environ 49 800 personnes· Leur âge moyen est de 43 ans et les hommes représentent 15% de ce segment professionnel. Les deux tiers de l'activité des infirmières libérales correspondent à des AIS (actes infirmiers de soins) ou soins de nursing, l'autre tiers à actes techniques (AMI : actes médico-infirmiers). Une très forte majorité des actes réalisés le sont à domicile. Les personnes âgées de 70 ans et plus forment, en moyenne, 36,3% de la clientèle de ces infirmières (contre 12% dans la population générale) et concentrent 70% de l'ensemble des soins effectués. La France fait partie des quelques pays européens où l'exercice libéral infirmier est largement développé, à l'instar de la Belgique et de l'Espagne (Bourgeuil et coll., 2005).

On observe depuis une vingtaine d'années un accroissement des pressions d'ordre concurrentiel concernant le domaine des soins à domicile aux personnes âgées : intervention d'aides soignantes salariées des SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile), développement des services d'HAD (Hospitalisation à domicile), tendance à l'élargissement du champ de compétences des auxiliaires de vie sociale, etc.

Les kinésithérapeutes

78% des masseurs-kinésithérapeutes soit environ 43 000 praticiens sont installés en libéral. 64% d'entre eux sont des hommes ; leur âge moyen est de 43 ans, contre 40 ans pour les femmes, la profession tendant sensiblement à se féminiser. Les personnes de 70 ans et plus représentent 21% de leur clientèle. La proportion de patients suivis à domicile – en majorité des personnes très âgées – constitue une variable d'ajustement de leur activité.

A l'instar des infirmières, les kinésithérapeutes et leurs représentants sont actuellement très vigilants face aux orientations des pouvoirs publics visant à autoriser d'autres professionnels de l'aide à domicile à assurer certains actes relevant actuellement de leurs attributions (mobilisation des membres, aide à la marche, etc).

Les médecins généralistes

54 300 médecins généralistes exercent en libéral, ce qui représente un peu plus de la moitié des praticiens libéraux (les autres étant des spécialistes) et environ le quart de l'ensemble du corps médical. 36% d'entre eux sont des femmes, cette proportion étant sensiblement plus élevée parmi les jeunes générations. La diminution des visites à domicile, qui tendent à se concentrer sur la catégorie des personnes âgées dépendantes, a été sensiblement accentuée par l'accord sur leur bon usage conclu en 2002 avec l'assurance maladie.

ont été contactés dans trois espaces territoriaux différents – grande ville, petite ville et milieu rural – « au hasard » à partir des listes de l'annuaire téléphonique tout en étant attentif à une répartition diversifiée des âges, des sexes et des modes d'exercice (en cabinet individuel ou de groupe, notamment). Les entretiens ont été conduits aux fins de recueillir des données sur les caractéristiques de l'activité actuelle : ancienneté, gestion des rendez-vous et des visites, profil de clientèle, etc. Dans un second temps était abordé tout ce qui concerne les soins et le suivi des personnes âgées, en demandant en outre au médecin, à l'infirmière ou au kinésithérapeute interviewé de parler de quelques cas parmi ceux suivis actuellement. L'ensemble de l'entretien, les questions posées, les relances faites visaient à recueillir le point de vue personnel des soignants sur ce qu'ils apprécient particulièrement dans leur travail et leurs relations aux patients, ainsi que sur les situations qu'ils apprécient moins, qu'ils trouvent plus difficiles ou désagréables. L'univers sociologique de référence est donc celui de l'exercice quotidien de ces soignants en général, au sein duquel s'inscrit la délivrance de soins aux personnes âgées[11].

3 La constitution de la patientèle et l'organisation du travail

La plupart des infirmières rencontrées consacrent plus de la moitié de leur temps de travail à des soins auprès de patients âgés et très âgés, tandis que les kinésithérapeutes ont en moyenne 10 à 30% de personnes âgées dans leur clientèle et que les médecins généralistes ont une patientèle qualifiée le plus souvent de diversifiée. Certains professionnels n'ont pas ou que très peu de personnes très âgées dans leur clientèle, alors que des confrères exerçant à proximité en suivent davantage. Tel est le cas de cet infirmier de 52 ans, installé dans une petite ville, qui a activement exploité les possibilités offertes par la mise en place d'un service social communal assurant notamment les toilettes aux personnes dépendantes : « Les personnes âgées, quand elles sont incontinentes, qu'elles sont dépendantes, alors là on n'en fait plus. Donc, comme on ne fait plus de toilettes, on n'a plus dans notre clientèle des personnes de 75, 80 ans et au-delà. Ça arrive encore pour des injections, des trucs comme çà, des problèmes circulatoires avec des pansements ». Cet infirmier dit ne faire actuellement « que du technique » et estime que les toilettes ne relèvent plus du domaine infirmier tout en reconnaissant que ses collègues ne partagent pas tous le même point de vue ni les mêmes conduites.

Les kinésithérapeutes n'ayant que peu ou quasiment pas de personnes âgées dans leur patientèle correspondent à ceux qui se sont orientés vers des créneaux d'exercice particuliers, par exemple le sport et la rééducation post-traumatique, la

11 Lors des contacts pris par téléphone, la recherche était présentée comme portant sur les différentes manières d'être généraliste / infirmière / kinésithérapeute, et non sur la question de la prise en-charge des personnes âgées, ce qui aurait induit divers biais discursifs.

prise en charge des troubles respiratoires des enfants (bronchiolites, mucoviscidose, enfants handicapés) et surtout les thérapies hétérodoxes (ostéopathie, massages chinois, méthode Mézières, etc). Ces professionnels peuvent en outre consacrer une part très variable de leur activité aux soins à domicile qui concernent pour une bonne part les personnes âgées. La définition de créneaux d'intervention peu propices à l'inclusion de personnes âgées dans la patientèle se retrouve parmi les généralistes. Ainsi chez cette jeune femme médecin et mère de trois enfants, affichant une orientation homéopathique, qui a récemment ouvert son cabinet dans une petite ville ; elle s'est très rapidement constituée une clientèle en bonne partie composée de jeunes mères et d'enfants. Elle souligne : « J'aurais difficilement repris une clientèle d'un médecin âgé, avec donc une clientèle âgée, çà, çà m'aurait été beaucoup plus pénible je pense. C'est vrai que tout construire avec les patients, c'est vraiment très agréable, parce que j'ai une clientèle très agréable. Des femmes, des enfants, c'est vrai que c'est sympathique ».

L'examen de la question des associé(e)s et des remplaçant(e)s, qui concerne tout particulièrement les infirmières, apporte un éclairage complémentaire à ces pratiques de maîtrise et de sélection de la clientèle, notamment âgée[12]. Plusieurs ont fait part des problèmes rencontrés avec des collègues qui partaient au bout de quelques mois et parfois du jour au lendemain, parce qu'elles ne voulaient pas travailler de la même manière, au même rythme ou avec autant de patients grabataires, etc. Certaines infirmières ont mis parfois des années avant de parvenir à stabiliser leur cabinet. L'une d'elles, qui exerce en milieu rural en association avec deux autres collègues, se rappelle : « En plein mois de juin, Sylvie et Eric m'ont dit qu'il fallait refuser des patients, parce que eux ils ne voulaient pas travailler tous les jours, ni travailler autant. Et moi, je me suis sentie toute seule, parce que j'ai pas l'habitude de refuser. C'est vrai que les étés sont plus difficiles que les hivers, contrairement à ce qu'on croit, parce qu'il y a beaucoup de gens de Paris ou d'ailleurs qui avaient acheté ici quand ils étaient jeunes, et maintenant ils ont vieilli, et c'est leurs enfants qui les ramènent l'été au chalet pour passer trois ou quatre mois, et ils mettent en place tout le système : aide-ménagère, infirmière, etc. »

On perçoit bien, à partir de ce témoignage, la prégnance avec laquelle la présence des patients façonne le travail du soignant, mais aussi en quoi, dans le moulage ainsi établi, tous les soignants n'y trouvent pas leur compte, ni l'espace pour vivre leur métier de manière moins surdéterminée par autrui à soigner et par les logiques qui lui sont propres.

12 En France, les infirmières libérales sont tenues d'assurer, à l'échelon de leur propre cabinet et pour leurs patients, une permanence des soins sept jours sur sept, toute l'année (sauf la nuit). Ces infirmières s'organisent donc en binôme, avec une remplaçante ou une associée ou exercent au sein d'un cabinet collectif pouvant regrouper 3 à 6 infirmières. La permanence de soins n'est pas requise pour les kinésithérapeutes, et celle des médecins s'organise collectivement à l'échelon local, au-delà donc du cadre du cabinet.

Dans la même optique, de nombreux autres aspects relatifs à la sélection de la patientèle et à l'organisation du travail pourraient être évoqués, notamment à propos de la gestion des rendez-vous, des horaires et des déplacements. Par exemple, dans une petite ville où plusieurs médecins libéraux ont récemment pris leur retraite, une généraliste a retenu comme règle de conduite: « Moi, depuis un an, je ne prends plus de nouveaux patients en visite à domicile. S'il y a une personne âgée qui veut changer de médecin, je lui dis non, parce que je ne peux pas assumer. » Parmi les soignants rencontrés, ce sont les médecins généralistes qui ont le plus exprimé leur inquiétude face aux charges de travail supplémentaires que représentera dans les années à venir le grand vieillissement et la nécessité de devoir développer la part de leur activité se déroulant à domicile.

4 Les modalités de la présence, dans les situations de soins, de l'autre âgé

4. 1 Des personnes âgées dont on apprécie la compagnie, ou qui insupportent

Lors de leur évocation de tel ou tel patient âgé, les professionnels rencontrés ont notamment parlé de leurs appréciations et ressentis personnels. Un éventail ouvert de tonalités discursives a ainsi été recueilli, allant de l'enthousiasme et de l'attachement très vivement éprouvés à une absence de sympathie ou à de l'agacement, en passant par des situations ne suscitant pas de réaction affective ni d'intérêt relationnel particulier. Plusieurs soulignent que le fait d'avoir dans leur clientèle quelques patients, parmi lesquels des personnes âgées, particulièrement appréciés, ayant des personnalités très attachantes, dynamisantes ou réconfortantes aide à supporter tous les autres. Ces figures bienfaitrices irriguent positivement l'ensemble de leur pratique, sont vécues comme très gratifiantes et constituent, en quelque sorte, un soutien pour « tenir », jour après jour, dans des fonctions professionnelles globalement ressenties comme assez usantes et envahissantes.

C'est aussi parce que certains contacts ne sont pas appréciés voire sont vécus comme franchement déplaisants que la fonction de soignant n'est pas toujours facile à vivre. « Ceux qu'on va moins aimer, ce sont les patients acariâtres, ce sont les gens exigeants, parce que souvent en devenant âgés ils ont tendance à être un peu exigeants, ils demandent beaucoup, ils pensent qu'on est un peu à leur service ». Ce ne sont pas, dans l'ensemble, les caractéristiques sociales (niveau et mode de vie, type d'habitat, milieu social, etc) qui semblent structurer le plus fondamentalement les modes d'appréciation des patients âgés. Par contre, tout ce qui se rapporte aux personnalités de ces patients ainsi qu'aux relations qu'ils entretiennent avec leurs proches a fait l'objet de nombreux développements dans les propos tenus par les professionnels. Il y a les patients que l'on voit arriver avec plaisir ou chez qui l'on se rend volontiers, et ceux dont on appréhende le contact. S'agissant des visites à domicile, les soignants rencontrés disent qu'il y a des personnes qu'ils « adorent »,

et chez qui ils passeraient volontiers une heure ou davantage, et d'autres chez qui ils ne restent que le strict temps nécessaire au soin : « cette personne [une femme de 82 ans], moi je ne la trouve pas du tout intéressante, parce qu'elle ramène toujours tout à elle et qu'elle ne laisse pas de place à l'autre ; chez elle, je ne m'attarde pas » (kinésithérapeute).

Il arrive parfois que la relation soignante ne puisse plus se poursuivre, parce que les rapports interpersonnels sont trop chargés ou tendus. Dans ces cas, les soignants essaient de passer le relais à un ou une collègue exerçant à proximité : « C'est vrai que parfois, au bout de plusieurs années, on ne peut plus supporter certaines situations, alors on appelle un autre cabinet [d'infirmières] et on leur demande s'ils ne peuvent pas s'occuper de cette personne. Et quelquefois, c'est eux qui nous le demandent. » Plusieurs infirmières ou kinésithérapeutes ont fait part de cas de patients avec qui « ça fonctionne bien », mais avec qui leur(s) collègue(s) ne s'entend(ent) pas, ou inversement. La fin de relations péniblement vécues est source de soulagement (lorsque la personne ne requiert plus de soins, entre en établissement ou décède, etc). Mais d'autres situations de rupture de lien, du fait du patient, peuvent être assez mal ressenties. Un médecin par exemple évoquera avec amertume le cas d'une patiente âgée dont il s'était beaucoup occupé qui a un beau jour envoyé son mari récupérer son dossier car elle avait décidé de se faire suivre par un autre praticien.

Les personnes ayant un comportement sensiblement affecté par la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de détérioration intellectuelle sont présentées comme des cas lourds. En fonction des modes d'expression de ces perturbations, la relation avec le patient âgé et son appréciation varient. Ceux qui, en dépit de troubles manifestes, sont qualifiés de calmes et « pas paranoïaques » attireront plus la compassion et la compréhension que ceux qui sont agressifs ou qui hurlent.

4. 2 Des scénarios de liaisons sociotechniques

Les pratiques et les techniques de soins participent intimement au maillage des relations entre soignants et patients. Les modalités de réalisation des toilettes auprès des personnes âgées sont, à cet égard, très éclairantes. Ainsi, cette infirmière remarque : *« Avec cette personne, on ne peut pas parler et prendre la douche en même temps. Bon, on a pris le pli puisque c'est elle qui veut que ça se passe comme ça. Alors, si on a le temps, on discute un peu après »*. A propos d'une autre patiente, cette même infirmière dira *« avec elle, on discute de tout pendant la toilette, par contre »*. L'adaptation aux particularités du logement et aux habitudes des patients a fréquemment été évoquée par les soignants exerçant en milieu rural. *« Avec les salles de bain qu'on a parfois, c'est acrobatique les toilettes, très acrobatique ! »* Beaucoup de vieilles personnes *« découvrent le plaisir de la douche »*, ceci ne pouvant souvent advenir qu'à l'issue d'une phase plus ou moins longue d'apprivoisement. *« C'est petit à petit qu'on arrive à demander une petite planche pour mettre sur la baignoire, et puis au début, on n'a pas de linge, et puis après, petit à petit, on vous en donne. »* Certaines infirmières expriment les bénéfices

qu'elles retirent des gestes accomplis : *« En fait, j'aime bien le nursing parce que j'ai vraiment l'impression d'aider et que la personne est contente. Quand je ressens que j'ai fait quelque chose qui tout de suite est ressenti comme bien, je suis vraiment contente. »*

Les liaisons sociotechniques entre patients et soignants accompagnent aussi les processus de dégradation physique et d'acceptation du grand vieillissement. Par exemple à propos de cet homme de 92 ans qui voulait absolument conserver son dentier, mais qui « mettait beaucoup trop de colle », qui avait en outre des problèmes de régurgitation et avait failli à plusieurs reprises s'étouffer ; il a fallu longtemps et de nombreuses discussions et argumentations, se rappelle son infirmière, pour qu'il accepte d'enlever son dentier. Concernant l'usage des objets techniques de soin, deux infirmières ont fait part, à propos du tensiomètre, de scénarios très parlants quant aux modalités d'agencements possibles de la demande et de l'offre de soins. L'une fait remarquer qu'elle garde toujours le tensiomètre dans sa sacoche lorsqu'elle se rend au domicile des patients, car ceux-ci, en particulier les personnes âgées, aiment lui demander de prendre leur tension. Afin d'éviter d'avoir à répondre systématiquement à ce type de demande, une autre infirmière a récemment décidé de laisser le tensiomètre dans sa voiture ; si elle reste un moment supplémentaire chez chacun pour prendre la tension, répondre aux questions sur les chiffres du jour, etc elle n'arrive plus à avancer dans sa tournée au rythme souhaité. Plusieurs kinésithérapeutes ont signalé qu'ils étaient devenus experts en réparation de matériel spécialisé utilisé à domicile (fauteuils roulants, déambulateurs, lits médicalisés, etc), mais aussi en dépannage de téléviseurs ou de téléphones. C'est le maintien d'une bonne liaison entre le patient âgé et son environnement matériel de proximité et de communication avec l'extérieur qui se trouve pratiquement et symboliquement assuré par ce type d'intervention.

La circulation des gestes et des objets, et les liens qu'elle exprime, a également été évoquée à propos du café offert le matin par les patients, ou encore des petits cadeaux ritualisés et très appréciés par les soignants. « Cette patiente [une femme de 86 ans], je sais très bien que le 15 décembre, elle va m'appeler pour m'offrir ma boîte de chocolats. Je le sais, ça c'est sûr et certain [...]. Elle, c'est une relation, c'est bien plus qu'une cliente pour moi ». Inversement, quant « le contact ne passe pas », le soin est alors comme en péril, et peut être très mal vécu. « Ce que je n'aime pas, c'est quand je n'arrive pas à avoir des rapports dans lesquels je me sente bien avec les gens. Quand j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui ne passe pas, je suis mal et du coup je pense même que, techniquement, je travaille moins bien, même si en fait ce n'est pas le cas » souligne une infirmière.

5 Les rapports avec les proches familiaux

La possibilité du maintien dans leur cadre de vie habituel des personnes âgées lourdement handicapées ou malades dépend très directement de la présence de proches familiaux et de l'aide qu'ils assurent quotidiennement. Les professionnels rencontrés ont largement insisté sur ce point[13]. En amont d'une nouvelle prise en charge, ces professionnels, notamment les infirmières, s'attachent à apprécier à cet égard la situation. Ceci les amène parfois à ne pas s'engager sans une prise en charge qu'elles pressentent « ingérable » par manque de participation aux soins de personnes proches.

Les relations des professionnels rencontrés avec les familles des patients âgés sont, dans l'ensemble, vécues sur un mode assez positif et solidaire. Parfois les rapports sont plus tendus car les enfants « culpabilisent parce qu'ils ne sont pas toujours là », et peuvent être assez agressifs ou inquisiteurs à l'égard du soignant. La présence des proches familiaux marque donc fortement les tonalités relationnelles entre soignants et patients âgés, dans le sens d'une potentialisation des liens dans l'attention à autrui, ou dans un sens plus négatif. L'attitude d'une belle-fille qui veut « toujours tout régenter » ou d'un mari qui « se sent obligé de vous dire comment vous devez travailler », etc. contribuent à diffracter la sympathie que le soignant pourrait éprouver pour la personne âgée et suscite chez lui contrariétés et agacements[14].

A l'occasion des échanges avec le patient âgé et ses proches, qui s'inscrivent souvent sur le long cours, infirmières, kinésithérapeutes et médecins recueillent de nombreuses confidences, sont amenés à connaître l'histoire de la famille, et les « histoires de famille ». A propos de certains patients, les soignants aiment à dire « On fait un peu partie de la famille ». Une infirmière exerçant dans une grande ville signalait que, récemment, elle-même, son mari et ses trois enfants avaient participé à une grande fête organisée pour le centième anniversaire d'une de ses patientes. D'autres sont parfois invités au mariage d'un petit enfant ou au baptême d'un arrière petit enfant. Inversement, le fait de ne pas être convié à un événement familial, ou simplement informé, peut être source d'amertume et de tristesse, comme pour ce kinésithérapeute installé en milieu rural qui n'a pas été invité à un mariage, dans une famille où il était intervenu auprès de plusieurs générations, depuis plus de trente

13 Les travaux statistiques concernant les configurations d'aide autour des personnes âgées dépendantes vivant à domicile ont souligné la nette prépondérance des aides familiales (Bressé, 2004 ; Dutheil, 2000). Ceci apparaît donc vérifié lorsque l'on approche ces situations qualitativement à partir du point de vue des professionnels.

14 C'est dans la littérature romanesque d'inspiration autobiographique que le thème de « l'effet des proches familiaux » sur les relations entre professionnels de santé et patients a, à mes yeux, été le mieux évoqué (voir par exemple Lépront, 2003; Winckler, 1998, respectivement ancienne infirmière libérale et ancien médecin généraliste). C'est aussi une lecture de toute la palette des relations – affectueuses, ambivalentes ou délétères – entre proches familiaux et personnes malades que ces auteurs proposent.

ans. Tel est également le ressenti des soignants, souvent exprimé par des médecins, qui apprennent incidemment et tardivement le décès d'un patient âgé.

Les professionnels rencontrés ont souvent spontanément parlé des questions relatives aux fins de vie et à la mort des vieilles personnes notamment en relatant des situations qu'ils ont connues, parfois des années plus tôt, mais dont la marque est restée chez eux très vivace. Une infirmière signalera qu'elle perçoit que les personnes âgées en fin de vie « savent que nous on peut être un interlocuteur pour protéger la famille » ; elle a le souvenir de plusieurs situations où, manifestement, les personnes avaient attendu qu'elle soit là « pour partir ». D'une manière générale, c'est également en direction des proches familiaux que le rôle de soutien moral des professionnels de santé libéraux s'exerce, et est attendu d'eux.

6 Des modes d'engagement dans le métier spécifiques, et paradigmatiques

Plusieurs aspects transversaux aux trois groupes de professionnels de santé libéraux étudiés contribuent à conforter la prégnance des patients âgés sur la pratique de ces soignants. Ceux-ci interviennent en première ligne de l'offre de soins, font l'objet d'une prise de contact (et d'un maintien de ce contact) largement déterminée par l'usager (du fait du libre choix) et évoluent dans leur activité en étant en lien direct avec les patients (indépendamment des interférences de l'encadrement institutionnel et du travail en équipe qui caractérisent l'exercice en établissement). En outre, une bonne partie de leur activité en direction des personnes âgées s'effectue au domicile des patients et en présence des tiers intervenants que sont les proches familiaux. De leur côté les personnes vieillissantes requièrent des soins au long cours, un suivi coordonné et une implication professionnelle et émotionnelle spécifiques.

Dans ce contexte, les incidences des caractéristiques des patients sur le façonnage des ressentis et l'élaboration des styles professionnels opèrent sur la base de divers processus. Tout d'abord, les phénomènes de maîtrise et de sélection de la patientèle apparaissent fortement liés aux effets que les patients âgés et les soins à leur attention produisent sur les professionnels de santé. Certains ne sont pas attirés par ce type de personnes ou ne souhaitent pas, pour diverses raisons, consacrer une part importante de leur activité à ces patients et aux interventions qu'ils requièrent. D'autres mettent en place des stratégies d'évitement ponctuel ou plus structurel ou valorisent de façon sélective les échanges qu'ils ont avec quelques personnes âgées auxquelles ils sont particulièrement attachés. D'autres encore vivent avec satisfaction et sur un mode gratifiant cette part de leur travail, même s'ils reconnaissent qu'elle peut être physiquement et moralement « usante » et lourde à assurer. Les phénomènes de sélection de la clientèle opérés par les soignants pourraient, à premier abord, apparaître comme relevant d'un « effet professionnel ». Ils sont en fait à comprendre comme découlant d'un effet patient que l'on pourrait qualifier de rétro-effet (ou

de réactionnel). Cette dynamique d'influences de la sphère profane sur la sphère professionnelle vaut également pour se qui se rapporte aux manières d'évoluer dans les situations de soins et dans les systèmes de relations interpersonnelles qui les sous-tendent.

L'attention portée à certaines composantes fondamentales de la fonction soignante a permis d'orienter la réalisation des entretiens puis l'analyse des témoignages recueillis dans une perspective accordant une large place aux ressentis subjectifs et aux appréciations personnelles des acteurs soignants à l'égard des patients âgés. C'est à travers ce prisme qu'a été abordée l'intrication des aspects techniques, relationnels et organisationnels de leur activité. Ainsi la sollicitude et la bienveillance à l'égard des personnes vieillissantes ne constituent pas les moteurs exclusifs des soins donnés et des dynamiques relationnelles à l'œuvre. Les agacements, les antipathies ou les attitudes de rejet éprouvés vis à vis de certains soins ou à l'égard de certains patients âgés, de leurs proches et des relations qu'ils entretiennent entre eux parcourent aussi les différents registres du travail des soignants (sans que cela ne vienne émousser leurs compétences ou déstabiliser leur éthique professionnelle). Les façons dont les professionnels de santé sont affectés par les patients apparaissent très présentes dans les bilans de satisfactions /insatisfactions qu'ils établissent à l'égard de leur métier et de leur activité. Chemin faisant, au jour le jour et sur le plus long cours, ces soignants mettent en place toute une palette de manières d'être qui est la résultante de réactions et d'appréciations tout autant personnelles que professionnelles aux effets de la présence quotidienne des patients. Ces aménagements vont de la sélection de la patientèle aux manières de réaliser les soins et de s'engager dans les échanges, de faire écho aux attentes des vieilles personnes et de leurs familles, de passer plus ou moins de temps auprès de tel patient ou pour la réalisation de tel soin, etc.

Les registres et les modalités de l'effet patient ont été analysés ici à propos des professionnels de santé de première ligne et des personnes du grand âge. Ils pourraient également être étudiés pour d'autres catégories de soignants, d'autres modes d'exercice (salarié, en établissement) ainsi qu'à propos des soignants non professionnels. Parallèlement, au travers comme au-delà des spécificités portées par la composante « âgée » des patients, une bonne part de ce qui se dégage de l'analyse se trouve également à l'œuvre pour tous les types de patients : autres groupes d'âge et positions dans le cycle de vie, présentant des troubles et des demandes différentes, etc. Pour avancer dans la connaissance des déterminations des conduites et des identités des professionnels de santé par les patients il conviendrait d'étudier plus systématiquement tous ces phénomènes. Quels éléments du monde profane et social sont opérants à cet égard et dans quels types de situations ? Quels sont les registres de la sphère professionnelle qui se trouvent infléchis par la fréquentation des patients : pratiques de soin, coordination avec d'autres intervenants, aménagement des normes, parcours professionnels, contexte réglementaire et institutionnel, etc ? Les interférences de ces phénomènes avec les appartenances socioprofessionnelles et de

genre des soignants et des patients et l'inscription des relations soignantes dans des rapports sociaux à l'échelon local et sociétal mériteraient également d'être approchées plus à fond pour alimenter cette réflexion.

7 Références bibliographiques

Acker, F. (2005), Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital, *Revue française des affaires sociales*, 59, n° 1, 161–181.

Arliaud, M. (1987), *Les médecins*, Paris, La découverte.

Balint, M. (1988, 1e édition 1957), *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris : Bibliothèque scientifique Payot.

Barbot, J. et Dodier N. (2000), L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie de VIH, *Sciences sociales et santé*, 18, n° 1, 75–120.

Bloy, G. (2005), La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien, *Revue française des affaires sociales*, 59, n° 1, 103–125.

Bouchayer, F. (1984), Médecins et puéricultrices de Protection Maternelle et Infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles, *Revue Française de Sociologie*, XXV-1, 67–90.

Bouchayer, F. (1994), Les voies du réenchantement professionnel, in : Aïach P. et Fassin D. (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris : Anthropos, 201–225.

Bouchayer, F. (2002), La construction du rôle de soignant : propositions pour une approche socio-anthropologique de la bienveillance et de l'indifférence, *Santé Publique et Sciences Sociales*, n° 8 et 9, 53–68.

Bouchayer, F. (2004), L'inscription sociale de l'aide à autrui : à propos de la prestation de soins professionnalisée, in : F.-X. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson, F. Bouchayer (dir.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes : Editions ENSP, 77–90.

Bouchayer, F. (2006), « Médecins généralistes et professionnels d'à côté : les apports d'une approche transversale », Actes du colloque AFS RT19 – LAPPS /ENSP, *Approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives*, Rennes 8 et 9 juin 2006, 245–253.

Bourgeuil, Y.; A. Marek, J. Mousquès (2005), La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec, IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 95.

Bressé, S. (2004), L'évolution sur deux ans de l'aide dispensée aux personnes âgées de 60 ans et plus, *Etudes et résultats*, n° 346.

Carricaburu, D. et M. Ménoret (2004), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris : Armand Colin.

Castra, M. (2004), « Faire face à la mort : la régulation de la ‹ bonne distance › soignants-malades en unité de soins palliatifs, *Travail et emploi*, n° 97, 53–64.

Clément, S. et M. Drulhe (1992), « De l'offre rationalisée à une demande polymorphe », in : *Vieillir dans la ville*, L'harmattan, 127–150.

Clément, S. et J.-P. Lavoie (2005), *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Ramonville Saint-Agne : Erès.

De Kervasdoué, J. (dir.) (2003), *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod.

Dubar, C. et P. Tripier (1998), *Sociologie des professions*, Paris : Armand Colin.

Dutheil, N. (2000), Les aides et les aidants des personnes âgées, *Etudes et résultats*, n° 142.

Freidson, E. (1970), Influence du client sur la pratique de la médecine, in : C. Herzlich (dir.), *Médecine, maladie et société*, Mouton, Paris et La Haye, 225–238.

Freidson, E. (1984), *La profession médicale*, Paris : Payot.

Gotman, A. (2001), *Le sens de l'hospitalité. Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*, Paris : PUF.

Henrard, J.-C. (2006), Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°5-6, La santé des personnes âgées, 45–47.

Huhges, E. (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales

Lépront, C. (2003), *Des gens du monde*, Paris : Seuil.

Mathieu, L. (2005), « De l'inadaptation sociale au professionnalisme : la démarche des associations de « santé communautaire », in : Chauvin P., Parizot I., *Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social*, Paris : Inserm, 161–177.

Mendell, M. (2006), « L'empowerment au Canada et au Québec : enjeux et opportunités », *Géographie, Economie, Société*, 8, n° 1, 63–86.

Menger, P.-M. (2003), *Les sociologies et leurs professions. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, éditions de la Maison des sciences de l'homme.

Molinié, P. (2004), La haine et l'amour, la boîte noire du féminisme ? Une critique de l'éthique du dévouement, *Perspectives féministes*, vol. 23, n° 3, 12–25.

Molinié, P. (2005), Le care à l'épreuve du travail, Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets, in : Paperman P. et Laugier S., *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 299–316.

Moulin, P. (1999), *Soins palliatifs et sida : permanence et changements des cultures soignantes. Etude des professionnels de santé confrontés à la prise en charge de patients sidéens et en fin de vie dans deux services de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris*, Thèse de doctorat en psychologie sociale, EHESS, Paris

Paperman, P. et Laugier S. (2005), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.

Parizot, I. (2002), *Soigner les exclus*, Paris : PUF.

Pennec, S. (2003), Une professionnalisation en panne : entre perte de statut et hors statut, le cas des interventions à domicile auprès de vieilles personnes, in : A. Vilbrod (dir.), *L'identité incertaine des travailleurs sociaux*, Paris, L'Harmattan, 139–154.

Pennec, S. (2004), La souffrance des proches : des ajustements négociés entre ses propres valeurs et normes de santé, celles de la famille et celles des professionnels, in : F.-X. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson, F. Bouchayer (dir.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Editions ENSP, 237–250.

Petitat, A. (1992), « Science, affectivité et singularité dans la relation de soins », *Revue internationale d'action communautaire*, 28/68, 139–150.

Robelet, M. (2003), La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée, in : J. de Kervasdoué, *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, 199–232.

Saillant, F. et E. Gagnon (dir.) (2000), *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, Québec et Paris : PUL et L'Harmattan.

Scodarello, C. (2006), « La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social », *Lien social et politiques*, n° 55, 77–88.

Sennett, R. (2003), *Respect. De la dignité de l'homme dans un monde d'inégalités*, Paris : Albin Michel.

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

Vega, A. (2000), *Une ethnologue à l'hôpital*, Paris: Editions des archives contemporaines.

Vilbrod, A. et F. Douguet (2006), *Le métier d'infirmière libérale*, DREES, série Etudes*.

Weber, F.; S. Gajard, A. Gramin (dir.) (2003), *Charges de famille. Dépendances et parenté dans la France contemporaine*, Paris: La Découverte.

Winckler, M. (1998), *La maladie de Sachs*, Paris: P.O.L. éditions /J'ai lu.

Zaccaï-Reyners, N. (2006), Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin, *Esprit*, 1, 95–108.

* Ce document est consultable sur le site www.sante.gouv.fr, rubrique Recherches, études et statistiques, série Etudes.