

Etre infirmière et parent: une approche compréhensive des engagements et des parcours professionnels en Belgique francophone

Bernard Fusulier, Thibauld Moulaert¹

Table des matières

INTRODUCTION	1
B. MISE EN PERSPECTIVE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE EN BELGIQUE	4
C. PORTRAIT STATISTIQUE DE LA PROFESSION	7
D. DEVENIR INFIRMIÈRE : LES ORIENTATIONS VERS CETTE PROFESSION	10
E. AU COEUR DU METIER	12
F. ÊTRE INFIRMIÈRE ET DEVENIR PARENT	14
G. VIEILLIR DANS LA PROFESSION ET SE MAINTENIR EN EMPLOI	18
H. LA QUESTION DU GENRE : DES HOMMES DANS UNE PROFESSION FEMININE	21
I. CONCLUSIONS	24
BIBLIOGRAPHIE	25
ANNEXE : PROFIL DES REpondANTS AUX ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS RETRANSCRITS	30

Introduction

Cet article synthétise un ensemble de travaux qui, depuis 2008, ont eu pour objectif de prendre la profession infirmière comme un espace privilégié pour relier les problématiques de l'articulation profession/famille (APF) et de la gestion des fins de carrière.

D'une part, ces travaux s'appuient à la fois sur un programme qui a mis la variable « profession » au cœur de l'APF en comparant les agencements particuliers qu'opéraient des infirmières, des assistants sociaux et des policiers en matière de gestion de leur carrière et de leur vie personnelle en générale, et parentale en particulier, l'entrée privilégiée ayant été d'identifier les usages plus ou moins variés des dispositifs publics d'APF (Fusulier et al., 2011). De ces travaux, nous ne retenons ici que les données relatives aux infirmières².

D'autre part, ces travaux s'appuient sur l'expérience d'une recherche internationale qui, au départ, s'est centrée sur la comparaison des politiques et programmes de fin de carrière en Belgique francophone et au Québec (Fusulier et al., 2009 ; Moulaert et al., 2011) et vise, à terme, porter sur une comparaison du secteur infirmier³. De cette comparaison, nous ne retiendrons ici que la partie belge, notamment une série d'entretiens réalisés auprès d'infirmiers et d'infirmières à l'approche de leur fin de carrière.

¹ Avec la collaboration de Francesca Sirna. Bernard Fusulier est chercheur qualifié du Fonds National de la Recherche Scientifique en Belgique (FNRS), professeur de sociologie à l'Université de Louvain et chercheur associé au LISE ; Thibauld Moulaert est chargé de recherche FNRS à l'Université de Louvain.

² Suivant la convention qui utilise le masculin ou le féminin selon la prédominance d'un sexe sur l'autre dans la profession, nous recourons au genre féminin pour désigner de façon générique tant les infirmières que les infirmiers. Quand cela s'avère nécessaire, nous signalons s'il s'agit d'hommes ou de femmes.

³ Cette étude s'inscrit dans une coopération entre la Région wallonne et le Québec (6^{ème} Commission mixte permanente Wallonie-Bruxelles/Québec, biennium 2009-2011). En effet, Diane-Gabrielle Tremblay et son équipe (Télé-Université, Montréal) réalisent une recherche similaire au Québec et des échanges de chercheurs sont soutenus.

Partant de ces différents travaux, nous faisons l'hypothèse que la profession infirmière est particulièrement significative pour étudier l'usage que font (ou que ne font pas) des individus d'un dispositif public mis à leur disposition pour les soutenir dans leur trajectoire de vie professionnelle, que ce soit en offrant des dispositifs pour « articuler la vie au travail et la vie de famille » notamment dans le cadre des soins aux jeunes enfants ou pour « aménager leur fin de carrière ». En effet, cette profession est reconnue comme « en pénurie », (FOREM, 2008). Elle est fréquemment mise en avant pour le caractère pénible de ses conditions de travail et de ses horaires. Il faut néanmoins nuancer le constat des pénuries. Celles-ci s'entendent généralement pour les travailleurs « qualifiés » et pourraient coexister, paradoxalement, avec des taux de chômage relativement importants. C'est l'un des apports des travaux de Frédéric Lesemann et de Martine D'Amours. « La pénurie de main-d'œuvre ne s'annonce donc ni automatique, ni généralisée. Toutefois des pénuries auront fort probablement lieu sur une base sectorielle, occupationnelle ou régionale. [...] Le secteur de la santé constitue un excellent exemple : c'est un secteur en pénurie, comptant une surreprésentation de travailleurs vieillissants et détenant une proportion importante d'emplois reliés à l'économie du savoir. On pourrait dès lors supposer que ce secteur remplit toutes les conditions le destinant à favoriser la rétention des travailleurs âgés mais c'est plutôt l'inverse qui se produit : « l'alourdissement » des clientèles et la bureaucratisation des processus induisent une intensification du travail qui pousse en bonne partie ces travailleurs à quitter leur emploi dès qu'ils en ont la possibilité financière. » (Lesemann, D'Amours, 2006 : 62)

Face au diagnostic de « pénurie », l'État et le secteur des soins de santé ont pris certaines mesures. En particulier, au niveau fédéral, le « crédit-temps » se décline en « congé pour les parents » dans le cas de l'APF et connaît des conditions particulières dans le cas des « fins de carrière » dès 50 ans (accès facilité ; droit ouvert jusqu'à la retraite et non limité dans le temps). Au niveau du secteur des soins de santé, ce dernier type de crédit-temps a connu une application particulière dès 2001-2002. En effet, si les aménagements pour les plus de 50 ans s'adressent à tous les salariés belges depuis seulement 2005-2006⁴, le secteur des soins de santé a organisé dès la naissance du crédit-temps (2002) un système particulier : celui-ci permettait à 45, 50 et 55 ans d'opter soit pour une prime soit pour un jour de congé par mois (dispense de prestation). À chaque seuil d'âge, la prime ou le nombre de jours de congé pouvait augmenter. Initialement destiné aux infirmières, ce système s'est progressivement étendu à des catégories de soignants plus vastes qui n'étaient pas initialement visés par cette mesure et les conditions de passage éventuels d'un système à l'autre ont été revues.

Si tant les systèmes d'APF en cours de carrière que les dispositifs adaptés à l'approche des fins de carrière visent à soutenir l'emploi en cherchant à garantir des conditions d'emploi plus acceptables à travers la variable qualitative de l'articulation entre différentes temporalités et espaces au cours des parcours de vie, alors il devient utile de s'intéresser au rapport qu'entretiennent les individus, c'est-à-dire tout à la fois à leur travail, à leur profession, qu'à leur sphère personnelle et à leur réalité biographique.

En ce sens, outre la pertinence méthodologique du secteur infirmier, nous suivons l'hypothèse heuristique selon laquelle nous saisissons au mieux les principes de sens qui permettent de

⁴ En effet, à cette époque et sous la pression d'instances internationales comme l'OCDE ou la Commission européenne, la Belgique met en place une grande réforme de sa gestion publique des fins de carrière (Moulaert, 2006). L'objectif du gouvernement était au départ de supprimer les systèmes de sortie anticipée ; même si à l'arrivée des négociations, celles-ci subsistent en partie, leurs conditions d'accès sont resserrées et elles s'accompagnent parallèlement de plus en plus d'une forme d'activation des travailleurs plus âgés, que ce soit à travers la généralisation de l'outplacement aux 45 ans et plus (Moulaert, 2011), la réforme des procédures de restructuration, l'augmentation des réductions de cotisations sociales pour les plus de 50 ans ou encore l'extension du champ d'intervention aux plus de 45 ans du « Fonds de l'expérience professionnelle » (organe du Service public fédéral de l'Emploi chargé d'accompagner les entreprises pour qu'elles aménagent les conditions de travail au service du maintien en emploi des plus âgés).

comprendre la prise/la non prise d'un dispositif (ou le choix entre différents dispositifs comme dans le cas de l'option entre « dispense de prestation » ou « primes » à partir de 45 ans) en fonction du rapport que les infirmières nouent à leur carrière, moins en termes d'événements (naissance d'un enfant ou passage à une tranche d'âge donnant accès à un dispositif) qu'en termes de construction biographique évolutive tout au long de la vie professionnelle en interférence avec la vie privée. Il ne faut pas non plus négliger l'importance de la dimension sexuée de la profession infirmière ; au-delà des (re)constructions biographiques, exprimés en termes de choix, désirs, stratégies, etc., nous devons garder à l'esprit la puissance d'effets de structure à l'instar de cette surreprésentation féminine dans le métier. Néanmoins, nous abordons la question du genre moins sous l'angle d'une critique des inégalités en défaveur des femmes et de la domination masculine que sous celui de du vécu de l'intégration des hommes dans une profession « féminine ».

Empiriquement, pour saisir l'expérience professionnelle et personnelle des infirmières, nous avons mené des entretiens qualitatifs. En tout une soixantaine d'entretiens semi-directifs ont été effectués en veillant à les diversifier au plan du sexe, des secteurs segments d'activité (milieu hospitalier, services de soins à domicile, maisons de repos et de soins, maisons médicales...), des situations familiales et de l'âge. De ceux-ci, 42 ont été retranscrits et servent de matériau pour la présente analyse (voir annexe). Dans une première vague d'entretiens⁵, nous avons ciblé des infirmières en situation parentale. Toutes avaient des enfants entre 0 et 17 ans, sauf un couple qui n'avait pas encore d'enfants, mais qui projetait d'en avoir. Ces entretiens portaient sur leur vision de la profession infirmière, sur leur appréciation de l'aménagement du travail et de la vie personnelle, sur leur prise/non prise des différents dispositifs autour de la naissance, etc. Lors d'une seconde vague d'entretiens⁶ nous avons sélectionné des infirmières approchant la fin de carrière et susceptibles d'avoir pris (ou non) un dispositif de « dispense de prestation » ou de « primes » ; en conséquence, elles devaient toutes avoir au minimum 45 ans. Les entretiens portaient sur leur vision de la profession et de leur carrière écoulée, sur le rapport à ce dispositif d'aménagement de leur « fin » de carrière et sur leur perception de leur avenir professionnel et personnel.

L'analyse de ce corpus a cherché à reconstituer des moments clés de l'expérience professionnelle infirmière : primo, nous distinguerons les motivations de l'entrée dans cette profession et leur confrontation au réel après quelques années de pratique ; secundo, nous rendrons compte du vécu de l'engagement professionnel et de l'articulation du travail avec la vie familiale ; tertio, nous évoquerons le maintien dans l'emploi et l'aménagement de la fin de carrière pour les infirmières de 45 ans et plus. Ces différents éléments offrent quatre points d'entrée dans nos entretiens et dans la profession : ils structurent le corps de la note dans les sections D « Devenir infirmière », E « Au cœur du métier », F « Être infirmière et devenir parent » et G « Vieillir dans la profession ». Au préalable, nous fixerons aux points B et C Les tendances qui traversent historiquement et actuellement la profession en Belgique (présence féminine, orientation du métier et segmentation de la profession). Nous mobiliserons un ensemble de données statistiques qui souligneront combien il s'agit d'une profession féminine à la carrière relativement courte. Enfin, le point H reviendra sur la question transversale de la place des hommes dans cette profession féminine. Ici, il s'agira d'éclairer comment s'effectue cette articulation entre des espaces professionnels et personnels généralement dédiés et investis par les femmes.

Un dernier mot concerne notre méthode analytique. Pour aborder cette profession à travers différents « carottages » que constituent l'APF autour des enfants ou autour de la gestion de la fin de carrière, nous courrions le risque de ne présenter que des analyses segmentées. Face à cette limite, nous avons mobilisé nos entretiens de manière transversale (même s'il faut bien admettre que la section F s'appuie essentiellement sur des entretiens de la première vague d'enquête et la section G sur la seconde vague) comme le montrera la mobilisation des multiples extraits d'entretiens. Nous avons aussi eu recours à la méthode idéale-typique webérienne. Par idéal-type, il faut entendre une reconstruction intellectuelle qui réduit la complexité des informations issues des

⁵ Ces entretiens ont été réalisés par David Laloy ainsi que par des étudiants encadrés par Bernard Fusulier, en particulier par Marie-Pascale Dumont dans le cadre d'un mémoire en sociologie en 2009.

⁶ Ces entretiens ont été réalisés par Thibault Moulaert et une première analyse a été faite par Francesca Sirna.

entretiens autour d'une représentation caricaturale qui exprime davantage une logique que certains interviews manifestent sans cependant être une classe qui regrouperait des personnes concrètes. Autrement dit, certaines infirmières peuvent quasiment incarner cette logique, d'autres la partagent partiellement, d'autres en sont très éloignées car elles se rapprochent davantage d'une autre logique, donc d'un autre idéal-type. C'est par cette analyse qualitative des distances/proximités que sont définis les idéaux-types. De manière spécifique, nous identifierons ainsi deux segments professionnels particulièrement utiles pour comprendre les modes d'APF (section F), et nous extrayons deux modalités de « vieillir dans la profession » (section G).

A. Mise en perspective de la profession infirmière en Belgique

En Belgique comme ailleurs, la profession infirmière fait face à une série d'évolutions que connaissent les soins de santé : technicisation de la médecine et des soins, gestion efficiente des soins dans un contexte de ressources limitées, réduction des durées de séjour à l'hôpital, exigences renforcées des patients, vieillissement de la population avec des conséquences dans l'évolution des pathologies et du traitement sanitaire de la prise en charge de la dépendance, etc. Si les réponses données par la profession à ces défis sont multiformes et variables, il n'en reste pas moins qu'elles entrent en résonance avec des enjeux et des tensions qui ont tendance à structurer son évolution historique. Nous en distinguons trois : en premier lieu, la place des femmes doit être lue par rapport à la professionnalisation qui tente de se détacher de son pôle vocationnel ; en deuxième lieu, la profession est tendue entre une approche relationnelle des soins et une approche techniciste ; en troisième lieu, si les soins infirmiers connaissent un processus de professionnalisation, ils sont sujets à des enjeux de pouvoir entre différents segments. Il convient dès lors d'interroger les rapports entretenus entre les infirmières et d'autres catégories de personnel soignant comme les aides-soignants.

B.1. Une profession féminine entre vocation et professionnalisation

Si la caractérisation féminine de la profession infirmière est une constante depuis plus d'un siècle et demi⁷, sa signification a évolué au cours de cette période. Hier, les femmes devenues infirmières s'effaçaient au nom de l'obéissance à la règle religieuse, à la vie consacrée (Collière, 1982). Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, la vocation hospitalière marquait la mainmise des congrégations religieuses sur le soin, essentiellement compris sur le plan moral et spirituel (Joiris, 2009). Relié au christianisme, le soin est assimilé à la charité et la maladie au péché ; mission bénévole, il poursuit l'œuvre rédemptrice de l'église tout en prolongeant l'activité féminine d'entretien du foyer. *« Culturellement, les soins d'entretien de la vie, de confort et de qualité de l'environnement font partie de l'activité des femmes »* (Dubois-Fresney, Perrin, 1996 : 8).

Le sens de l'engagement des femmes dans le métier va se transformer au fur et à mesure que se met en place un processus de professionnalisation des soins. Ce dernier vise non seulement à prendre distance avec l'image féminine vocationnelle du métier et ses oripeaux confessionnels en promouvant une pratique autonome et scientifique, mais aussi, plus fondamentalement, à lutter contre la naturalisation des compétences nécessaires au travail infirmier (soit la conception que

⁷ Il semble en effet que la situation ne fut pas toujours celle-là. Selon Arlette Joiris, au début du XIX^e siècle, le nombre d'infirmiers est plus important que celui des infirmières parce que, l'hôpital accueillant davantage d'ouvriers accidentés, ceux-ci sont desservis par des personnes du même sexe. Néanmoins, il faut être conscient qu'à cette époque la définition de l'infirmier est bien loin de celle qui va progressivement émerger au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle : l'infirmier est celui qui « aide les malades » puis, par extension, celui qui travaille dans les salles de malades à l'hôpital. Sans qualification particulière, il effectue une multitude d'activités allant des tâches d'entretien comme le nettoyage de la salle et l'entretien des feux jusqu'à certains soins aux malades (toilettes, bains, voire quelques soins plus techniques de préparation de bandage). Il travaille alors sous la supervision rapprochée des sœurs hospitalières et n'hésite pas à quitter l'hôpital dès qu'une opportunité se présente, par exemple, comme garde-malade (Joiris, 2009 : 47-57).

l'exercice de l'activité d'infirmière ne nécessite aucune formation et aucune compétence professionnelle puisque l'activité de soin ferait « naturellement » partie des attributs féminins).

Plusieurs actes marquent cette professionnalisation. Tout d'abord, entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle, en Belgique, les premières écoles d'infirmières sont organisées afin de mettre les soins infirmiers au service des progrès de la médecine et de faire de l'infirmière l'auxiliaire du médecin (Collière, 1982 : 76). Le modèle britannique du *nursing* théorisé par Florence Nightingale donne des idées à certains « précurseurs belges » comme le docteur Depage (Joiris, 2009). Les pressions anticléricales des milieux libéraux – parmi lesquels figurent des médecins – encouragent la formation des infirmières laïques qui, à son tour, entraînera une réaction du monde catholique afin de former ses propres troupes, religieuses ou non. Les premières législations sur les diplômes apparaissent quelques années plus tard, même si une majorité de « non professionnelles » continuent d'exercer, notamment parmi les religieuses (*ibid.*).

Dans les années 1920, après que la Première Guerre ait vanté les mérites de l'infirmière au service de la patrie grâce au mythe de « l'Ange blanc » et aux figures emblématiques d'Édith Cavell et de Marie Depage (*ibid.*), les premières associations professionnelles vont voir le jour en Belgique et vont participer aux groupements internationaux d'infirmières, comme le Comité international des infirmières, véritable catalyseur d'une science infirmière naissante. Si leur action risquait de tomber dans les travers du corporatisme comme en France (Collière, 1977), ces associations participaient à la reconnaissance de la profession infirmière et défendaient les compétences spécifiques de leurs membres. Si elles ne sont toujours pas parvenues à créer un Ordre professionnel en Belgique, plusieurs d'entre elles se sont entendues en 2004 pour édicter un code de déontologie. Celui-ci reste non contraignant.

Néanmoins, parmi les résultats obtenus par les associations professionnelles, il est possible d'identifier quelques actes légaux soutenant la professionnalisation du métier. Malgré l'instauration de la Sécurité sociale au lendemain de la Seconde Guerre et l'importance prise par l'hospitalisation, ce ne fut qu'en 1967 qu'une loi reconnut officiellement l'exercice de l'art infirmier aux côtés de l'art de guérir et en 1974 que le cadre d'exercice fut fixé (Loi du 20 décembre 1974 modifiant l'AR n°78 du 10 novembre 1967 organisant la profession infirmière). En 1990, une liste des actes que l'infirmière peut effectuer a été établie. Régulièrement mis à jour, cette liste contribue à la professionnalisation infirmière parce qu'elle pose les frontières théoriques⁸ entre l'action médicale et infirmière.

Au final, la valorisation salariale restée longtemps en souffrance, le renforcement de la formation initiale continue depuis le début du XX^e jusqu'à la création d'une maîtrise universitaire en sciences infirmières, le soutien de la formation permanente, le développement et la promotion de la recherche en soins infirmiers (Dubois-Fresney, Perrin, 1996)⁹ ou, plus récemment la tentative avortée de création d'un Ordre des praticiens de l'art infirmier¹⁰ ou la création, depuis le 1^{er} février

⁸ D'après plusieurs commentaires d'infirmières et d'enseignants en soins infirmiers, il semblerait que l'application de cette liste ne soit pas respectée au pied de la lettre. Cette réalité renvoie à la distinction entre travail prescrit et travail réel bien connue des sociologues et des ergonomes (Berthet, Cru, 2003).

⁹ Les précurseurs de l'art infirmier soulignaient déjà la conquête de l'autonomie et l'importance d'un savoir infirmier sur la base de connaissances scientifiques. Parmi eux, Florence Nightingale sera attentive à l'écologie des soins, c'est-à-dire à l'environnement dans lequel les soins sont donnés (salubrité des bâtiments, aération des pièces, organisation architecturale des services de soins, etc.), et à la prévention. Elle sera également une pionnière dans l'élaboration de statistiques épidémiologiques.

¹⁰ L'idée d'un Ordre infirmier n'est pas neuve. Elle apparaît déjà dans un projet de loi en 2003. En 2006-2007, les associations professionnelles espèrent faire aboutir le projet mais la fin de la législature fédérale empêche l'Ordre de voir le jour. En mars 2008, le sénateur et neurochirurgien Brotchi dépose une nouvelle proposition de loi au Sénat. En décembre 2009, une majorité d'associations professionnelles infirmières relancent le débat en organisant une consultation de leurs membres sur le sujet. Si la création d'un Ordre infirmier n'a toujours pas abouti en Belgique, alors qu'il existe ailleurs en Europe (France, Espagne, Danemark, etc.), c'est notamment en raison de l'opposition syndicale. En effet, si les associations professionnelles

2009¹¹, d'une « consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile » remboursée par la Sécurité sociale (INAMI, 2008) sont autant d'éléments complémentaires qui inscrivent le métier dans une quête de professionnalisation. Chaque élément tente ainsi d'apporter du poids aux compétences professionnelles de l'infirmière par opposition aux biais qu'introduisait la vocation féminine religieuse en faveur du soin. Néanmoins, la rupture ne serait pas totale, comme si la profession reste habitée par l'influence de « fondateurs et fondatrices » ayant produit les premières théories des soins en n'ayant pas toujours rompu les liens avec leur éducation dans des milieux bourgeois et croyants, à l'instar de Florence Nightingale pour qui la vocation demeurerait une dimension centrale de la profession¹².

B.2. La profession infirmière entre technique et relationnel

La profession infirmière oscille depuis sa fondation entre un pôle de soins technicistes et un pôle de soins relationnels (Chauvenet, 1974). Cette bipolarité entraîne la promotion d'un « rôle propre » (Dubois-Fresney, Perrin, 1996) pour l'infirmière qui définit, selon ses défenseurs, une approche holistique du patient : privilégier la personne du malade plutôt que sa pathologie comme le fait la médecine. Cette position de principe se heurte pourtant à la primauté du diagnostic médical. Par exemple, si les écoles d'infirmières enseignent la prise en charge globale du malade en incorporant l'aspect relationnel dans les soins, la réflexivité des infirmières, l'approche interdisciplinaire, etc., les infirmières estiment qu'elles sont davantage amenées dans leur pratique à se concentrer sur l'aspect technique du soin (Dierckx de Casterlé et al., 2003). Ainsi, elles relaieraient le savoir médical : *« L'infirmière est amenée à donner la priorité aux soins techniques dans la gestion des soins, au détriment des besoins relationnels relevant du rôle propre. Dans sa quotidienneté, l'infirmière souhaite gérer le soin dans toutes ses dimensions techniques, relationnelles, humanistes. Mais très souvent, de par le modèle dominant, elle dépend encore d'un référent médical, ce qui l'amène à être porteuse d'une norme correspondant au discours médical »* (Dubois-Fresney, Perrin, 1996 : 50-51).

B.3. Segmentation de l'organisation des soins

Les soins infirmiers étant marqués par un processus de professionnalisation, il devient possible d'identifier une multitude de segments professionnels comme dans n'importe quelle autre profession (Bucher, Strauss, 1961). De nombreux travaux se sont penchés sur des segments particuliers renvoyant aux spécialités telles que les soins néonataux (Paillet, 2009), les infirmières en santé publique (numéro thématique de la revue *Santé publique* : Colin et al., 2004), les infirmières de bloc opératoire (Chauvat-Bouëdec, 2005 ; Crouzil, 2008¹³), ou à des fonctions particulières, comme les cadres infirmiers (Feroni, Kober-Smith, 2005).

Si ces approches permettent de mieux connaître un segment précis, elles ne doivent pas pour autant empêcher de maintenir l'analyse de la profession infirmière dans le cadre de l'organisation générale des soins de santé, ceci afin de souligner la prédominance de la profession médicale sur elle (Freidson, 1984) ou de montrer que les infirmières délèguent le « sale boulot » aux aides-

défendent les intérêts de la profession infirmière, les syndicats intègrent les infirmières dans leur défense des personnels de la santé au niveau interprofessionnel. Un de leurs arguments consiste à souligner l'existence de nombreux lieux de concertation en Belgique et de groupes techniques dans lesquels les associations professionnelles sont déjà reconnues.

¹¹ Arrêté Royal du 15 décembre 2008, publié au Moniteur Belge le 29 décembre 2008. L'ACN, a ainsi considéré cette nouveauté comme un « pas de géant dans la reconnaissance du rôle infirmier » en Belgique (ACN, 2009).

¹² « Femme dévote, Florence Nightingale a toujours considéré le nursing comme une vocation, jamais comme une profession. Pour elle, le bien-être des malades est mieux garanti si la soignante regarde son travail comme une mission supérieure, toujours perfectible et en perpétuelle formation. C'est la raison pour laquelle elle s'est toujours opposée à l'immatriculation officielle des infirmières » (Joiris, 2009 : 89).

¹³ Les résultats de recherche sur les infirmières spécialisées se retrouvent principalement dans des revues spécialisées en soins infirmiers. Dans ce cadre, leur portée scientifique doit être mise en balance avec la fonction de telles revues (et de tels articles sur ces segments) qui consiste à accumuler un savoir propre dans un processus de reconnaissance professionnelle.

soignantes (Arborio, 2009). Si la segmentation professionnelle passe par une délégation des tâches jugées comme n'étant plus du ressort de l'infirmière, voire dévalorisantes¹⁴, la profession infirmière ne reproduit-elle pas un processus identique à celui qu'opèrent les médecins à l'égard des infirmières ? Ne s'agit-il pas de la répétition d'un phénomène plus large d'exclusion des *outsiders* par les *established* (Elias, Scotson, 1997), mécanisme que l'on retrouve au cœur des fonctionnements des marchés internes de travail (Gautié, 2002) ou dans la logique de la distinction au sein d'un champ social (Bourdieu, 1979) ?

En Belgique, la place des « aides-soignantes » a récemment relancé le débat. Institutionnellement, on a vu apparaître le statut d'aide-soignant dès 2001, mais sa mise en œuvre complète n'a été possible qu'à partir de 2006, notamment en raison des inquiétudes que suscitait ce statut pour les associations professionnelles d'infirmières qui craignaient une diminution de la qualité des soins, voire une diminution du périmètre d'action pour leurs membres. Face à une spécialisation accrue des soins, une autre solution consistait à relayer certaines tâches vers les infirmières hospitalières, soit des infirmières avec un diplôme de l'enseignement secondaire professionnel. Finalement, si c'est la fonction d'aide-soignante qui a été reconnue, c'est entre autres parce qu'elle est fortement encadrée et suivie sous la responsabilité de l'infirmière.

Prolongeant ces questionnements sur le rôle de l'aide-soignant, des travaux scientifiques proposent de redistribuer le travail infirmier à partir d'une différenciation de fonctions (Gobert *et al.*, 2009a et Gobert *et al.*, 2009b), c'est-à-dire la description univoque des rôles et des responsabilités de chacun (infirmières, médecins notamment) et le rappel du cadre légal régissant la délégation, y compris dans ses aspects relatifs à la responsabilité et au contrôle par l'infirmière. Le temps ainsi dégagé par la délégation à partir d'activités nécessitant peu de compétences pourrait dès lors être réinvesti dans des activités plus complexes.

Derrière l'optimisation de la ventilation des activités entre les différents acteurs au sein de la profession infirmière, ou la reconnaissance du statut d'aide-soignant, il faut rappeler que si certaines tâches administratives correspondent le moins à l'idéal professionnel (Dierckx de Casterlé *et al.*, 2003 ; Fusulier, Laloy, Sanchez, 2009) et donc sont le plus susceptibles d'être déléguées, des tâches touchant à l'aide à la vie quotidienne, comme les toilettes, pourraient également être concernées par cette délégation, en tout ou en partie. Il y aurait alors là une véritable contradiction : à force de déléguer le « sale boulot » aux aides-soignantes (Arborio, 2009) qui ne le jugent pas nécessairement dévalorisant selon leurs propres échelles de valeurs, ou de déléguer des tâches peu complexes afin de confiner les infirmières dans les soins plus complexes, le risque est grand de déléster le « rôle propre » de l'infirmière d'une partie de sa substance et de se rabattre trop uniquement sur le pôle techniciste du métier.

B. Portrait statistique de la profession

Après ce rappel de quelques grands traits historiques et sociologiques qui permettent de situer la profession infirmière en Belgique, nous présentons ci-après quelques données chiffrées afin d'évaluer le nombre d'infirmières en Belgique. Ensuite, nous abordons la répartition sectorielle des infirmières, ce qui permet notamment de constater que si l'hôpital reste un lieu d'exercice majeur, il n'est pas le seul possible. Enfin, nous revenons sur la répartition des sexes dans la profession.

C.1. Savez-vous compter les infirmières à la mode belge ?

¹⁴ Cette délégation n'est d'ailleurs pas sans rappeler le refus des religieuses, au XIX^e siècle, d'assurer les soins impliquant un contact charnel (toilettes, bains) ou rappelant trop fortement le lien entre maladie et péché (soins pour les maladies vénériennes, syphilis, etc.), refus qui impliquait l'engagement d'infirmiers et infirmières à leur service (Joiris, 2009).

Comme plusieurs commentateurs l'admettent¹⁵, il est impossible de connaître le nombre exact d'infirmières en Belgique. Plusieurs auteurs mentionnent des chiffres avoisinant les 175.000 unités pour compter les infirmières enregistrées ou diplômées : 174.010¹⁶ en 2000 selon Sabine Stordeur *et al* (2003), 175.000 en 2009 selon la Commission de planification de l'offre médicale en Belgique (Lothaire, 2009), 185.000¹⁷ en 2009 toujours selon le SPF Santé Publique (Mengal, 2009). Observons qu'il s'agit d'estimations et non d'un comptage exhaustif fondé sur un recensement. Lorsqu'ils tentent une pareille estimation, certains auteurs attirent l'attention sur une des causes des difficultés de comptage : contrairement à d'autres pays, la Belgique ne possède pas une seule filière de formation des infirmières (Berckmans *et al.*, 2008 ; Gobert *et al.*, 2010).

En effet, en Belgique, les Praticiens de l'art infirmier (PAI) habilités à prester des soins infirmiers regroupent quatre catégories professionnelles : (1) les infirmières bachelières (diplômées de l'enseignement supérieur de type court, précédemment dénommées graduées), (2) les infirmières spécialisées (s'étant d'emblée spécialisées ou ayant complété leur formation de bachelière par une spécialisation), (3) les infirmières hospitalières (diplômées de l'enseignement professionnel secondaire complémentaire de 4^{ème} degré et précédemment dénommées brevetées) et (4) les assistants en soins hospitaliers (ASH). Néanmoins, cette dernière catégorie a quasiment disparu du secteur des soins de santé parce que la formation a été suspendue en 1995 (Berckmans *et al.*, 2008 ; Gobert *et al.*, 2010). Les diplômés de l'enseignement secondaire supérieur peuvent compléter leur formation par une spécialisation dans l'enseignement supérieur (1 an en Communauté française, tandis qu'en Flandre la spécialisation fait partie du cursus de 3 ans). L'accès à l'université n'est généralement ouvert qu'aux personnes ayant un Certificat d'enseignement secondaire supérieur (CESS) ou un diplôme de l'enseignement supérieur. En Flandre, elles peuvent suivre un master universitaire en sciences infirmières tandis qu'en Communauté française elles accèdent à une option « sciences et cliniques infirmières » dans le cadre d'un master en santé publique.

Ainsi, en Belgique, il existe toujours diverses voies d'entrée dans la profession, malgré les recommandations européennes qui demandent aux États membres de n'organiser qu'une seule filière de formation pour l'accès au titre d'infirmier (Directive européenne 2005/36/CE relative à la reconnaissance de l'infirmier responsable des soins généraux). S'il n'est donc pas toujours possible de distinguer une infirmière bachelière d'une infirmière brevetée au chevet du patient (Rosier, 2003), par contre ces dernières bénéficient de salaires moindres, n'ont pas accès aux spécialisations et ne profitent que d'un plan de carrière limité. Le titre de Prestataire de l'art infirmier regroupe donc des professionnels ayant des profils de formation sensiblement différents (enseignement secondaire professionnel versus enseignement supérieur non universitaire, voire universitaire), alors qu'en pratique le champ d'exercice est similaire. Cette distinction reste une originalité belge¹⁸ dans le contexte international comme l'ont rappelé Geoffroy Berckmans *et al.* (2008). Elle n'est pas sans lien avec les débats sur la délégation de fonctions et sur le rôle de l'aide-soignant puisque, comme nous l'avons déjà mentionné, une des options envisagées lors de ces débats (puis écartée) avait été de relayer ces tâches vers des infirmières hospitalières.

Alors que cette première estimation s'appuie plutôt sur les filières de formation, une autre fourchette concerne les infirmières en activité. Ici, les auteurs comptabilisent un total de 110.000 infirmières actives (Mengal, 2009 ; Lothaire, 2009), tandis que l'OCDE cite un chiffre de 155.488 en

¹⁵ Voir par exemple la postface d'Yves Mengal, vice-président de la FNIB, dans l'ouvrage de Joiris sur la profession infirmière (2009).

¹⁶ Dans leur étude, les auteurs stipulent pourtant qu'il s'agit du nombre d'infirmières en activité.

¹⁷ Remarquons que les deux dernières données, variant de 10.000 unités pour la même année, proviennent de deux articles cités dans le même ouvrage. Par contre, leurs auteurs s'accordent sur le chiffre de 110.000 infirmières en activité.

¹⁸ La situation belge fédérale laisse en réalité apparaître des différences régionales puisqu'une distinction supplémentaire peut être opérée quant à l'attractivité des filières de formation. En Flandre, la filière hospitalière (Enseignement secondaire professionnel de 4^{ème} degré) est plus attractive que la filière baccalauréat (enseignement supérieur non universitaire de type court) ; par contre, en Communautés française et germanophone, la tendance est inversée (Leroy *et al.*, 2005 : 22)

2005 (OCDE, 2009). Le taux d'infirmières pour 1000 habitants varie de 11 pour les premiers auteurs, à 14.8 pour l'OCDE. Bien que les chiffres ne soient pas homogènes, tous les auteurs s'accordent pour situer la Belgique parmi les pays qui ont la plus forte densité d'infirmières de l'OCDE (OCDE, 2009).

C.2. Où travaillent les infirmières ?

S'il n'existe pas de chiffres totaux sur la base d'un comptage réel, des projections complètent les données statistiques existantes en identifiant la répartition sectorielle des infirmières, celle-ci se rapprochant d'une lecture en termes de segments professionnels. Une division fréquemment utilisée distingue les infirmières exerçant à l'hôpital (avec, parfois, la distinction entre hôpital général et psychiatrique), en maisons de repos pour personnes âgées et en maisons de repos et de soins (MRPA et MRS) et les infirmières qui travaillent dans les soins à domicile. Parfois, une catégorie 'autre' est citée (infirmières travaillant dans l'enseignement, dans les centres psycho-médico-sociaux associés aux écoles, à la Croix-Rouge, en Maison médicale ou auprès de l'Office National de l'Enfance pour ne citer que les cas les plus fréquents).

Encadré 1. Répartition des infirmières selon le secteur, selon trois sources différentes

Source	SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement		Stordeur <i>et al.</i>	Leroy <i>et al.</i>
Année, entité géographique	2009 Communauté française	2009 Communauté flamande	2000 Belgique	2000 Communauté française
Hôpitaux	57,7%	62%	61%	64%
Dont hôpitaux psychiatriques	5,6%	6%		
MRPA/MRS	20,6%	17,9%	25%	17%
Soins à domicile	12,1%	17,9%	14%	11%
Autre	9,6%	2,2%	/	8%

Source : SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement (2009), Stordeur *et al.* (2003) et Leroy *et al.* (2003).

On constate que les infirmières se retrouvent majoritairement dans le milieu hospitalier. En cela, la Belgique ne fait pas exception sur la scène internationale. Par contre, en 2009, on observe que la distribution des infirmières n'est pas tout à fait identique au Nord et au Sud du pays. En Flandre, il y aurait très peu d'infirmières dans la catégorie 'autre' et un nombre identique – et relativement important – d'infirmières en maisons de repos et dans les soins à domicile. En Communauté française, la catégorie 'autre' serait relativement importante et les infirmières se retrouveraient moins dans les soins à domicile. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour comprendre ce constat : la manière de classer et de comptabiliser les professionnels (en particulier lorsqu'ils exercent dans deux secteurs différents), une politique davantage axée sur l'aide aux personnes en Flandre, un partage du temps de travail différent entre le milieu hospitalier et les soins à domicile. Éventuellement, ces chiffres refléteraient les caractéristiques d'une population vieillissante plus nombreuse en Flandre et qui exigerait davantage de prise en charge personnelle (Gobert *et al.*, 2007).

C.3. Une profession féminine à la carrière relativement courte

Une des caractéristiques majeures de l'emploi dans le secteur des soins de santé est certainement sa composition sexuée. Une étude menée en 1993 au sein de 14 hôpitaux généraux belges compte 89% de femmes pour 11% d'hommes, sans distinguer les infirmières des aides-soignantes (Duchaine, 1993). Sur la base d'un échantillon représentatif de la profession infirmière en Belgique, Stordeur *et al.* (2003) comptent 91,5% de femmes pour 8,5% d'hommes tous secteurs confondus, bien que certaines nuances en fonction du secteur méritent attention : 87,3% de femmes à l'hôpital, 94% de femmes en MRPA/MRS et 97% dans les soins à domicile. En France, Sabine Bessière (2005) montre que le taux de féminisation reste situé autour de 87% de 1986 à 2004. En France,

comme en Belgique, cette situation peut varier en fonction des spécialisations ou des modes d'exercice du métier (avec des taux proches des 100% pour les sages-femmes, tandis que d'autres domaines comme la psychiatrie voient la part des hommes proche des 50% en 2004 selon Bessière, *op. cit.*).

Parallèlement à cette composition sexuée, l'emploi dans le secteur présente différents traits : des carrières courtes (même si elles tendent à s'allonger) dans la profession et, encore plus, dans l'organisation, un temps partiel important, des horaires fragmentés et des populations relativement jeunes. Par exemple, dans l'étude d'Anne Duchaine, qui rassemble infirmières et personnel soignant, 42% sont dans la profession depuis moins de 9 ans (55% dans la même institution), 7,6% ont 20 ans de carrière et seulement 3% plus de 30 ans (Duchaine, 1993 : 35). Dans leur étude, Stordeur *et al.* (2003) calculent une durée moyenne de 14,5 ans de carrière en hôpital, 15,5 en MRPA/MRS et 15,2 ans dans le secteur des soins à domicile.

Sur la base d'un échantillon de près de 10.000 répondants (Dierckx de Casterlé *et al.*, 2003), le profil type de l'infirmière en hôpital serait le suivant : une femme (17% d'hommes en Flandre, 13% à Bruxelles et 14,4% en Wallonie) ayant une durée de carrière relativement courte de l'ordre de 15 ans et généralement âgée de moins de 45 ans. Principalement en couple, elle a le plus souvent au moins un enfant. Elle a majoritairement un diplôme d'infirmière bachelière (infirmière graduée à l'époque de l'étude) et a suivi une formation complémentaire (30 à 50% selon les régions). Un peu moins de la moitié travaillent à temps partiel (37% en Wallonie), la moitié travaillent de jour et de nuit et 80% au moins un week-end par mois.

Ainsi, derrière des carrières courtes se dessine le spectre de la pénurie ou de « l'hémorragie » (FOREM, 2008 : 47). Face à elle, nous avons signalé en introduction que les autorités (le pouvoir fédéral mais aussi les responsables du secteur des soins de santé) avaient mis en place une série de dispositifs censés agir en faveur d'une meilleure APF et d'une gestion plus souple de la fin de carrière (via une « dispense de prestation » ou une « prime »).

Mais comment les infirmières vivent-elles au quotidien cette pénurie ? La convoque-t-elle quand elles parlent de leur profession, y font-elles référence lorsqu'elles font le bilan de leur carrière ? Pour répondre à ces questions, et après avoir donné les éléments structurels de la profession infirmière, nous allons maintenant nous intéresser à la construction biographique de cette profession. Pour ce faire, nous laissons de côté les données statistiques pour entrer dans l'analyse des entretiens qualitatifs.

C. Devenir infirmière : entre désir et pragmatisme

Comment devient-on infirmière ? Quels sont les événements qui ont orienté les personnes vers cette profession et ce type d'études ?

Un élément saillant ressort des entretiens : le fait de devenir infirmière est rarement dû au hasard. Pour plusieurs de nos interlocutrices et interlocuteurs, il s'agissait d'une sorte d'horizon naturel, comme s'il était impossible d'envisager une autre profession. Par exemple, Laetitia (32 ans, en couple, 1 enfant) nous déclare : *« je n'ai jamais pensé à autre chose. Ça a toujours été une évidence, je ne sais pas pourquoi... Je ne me voyais pas travailler dans un bureau, ni... Je peux juste dire que ça a toujours été une évidence »*. Ou pour Leila (32 ans, en couple, 1 enfant) : *« J'en parlais depuis très longtemps... je crois que j'aimais bien m'occuper des gens... Je crois que c'est les soins qui m'attiraient, le fait de soigner, de prendre soin des gens, certainement, oui »*. Nadine (57 ans, en couple, 1 enfant) raconte : *« À trois-quatre ans j'ai reçu un petit chariot d'infirmière et puis voilà. Un petit chariot vert avec la petite trousse d'infirmière, le petit tablier, le petit bonnet avec la croix rouge et qu'un jour je serai infirmière »*.

Cette expression d'une vocation va souvent de pair avec une mise en contact précoce avec la profession via le milieu de vie. Ainsi, Anne (41 ans, en couple, 2 enfants) : « Toute petite, j'ai décidé d'être infirmière et j'ai suivi mon choix. Est-ce que c'est le fait d'en avoir beaucoup dans la famille ? Parce qu'on est quand même sept infirmières dans la famille, du côté de ma maman... Je n'en sais rien. Mais bon, je l'ai toujours dit depuis toute petite et c'est vrai que j'ai suivi mon chemin ». Selon Mariette (41 ans, en couple, 3 enfants) : « Oui, moi déjà depuis toute petite, je voulais être infirmière... En fait, on a habité... Mon papa était concierge au home Le bon séjour à X [une ville en Belgique], il était concierge là et ma maman travaillait dans les cuisines. Ce qui veut dire que quand je rentrais de l'école, j'étais dans les personnes âgées, dans les infirmières puisque c'était une maison de repos et de soin. C'est vrai que quand je rentrais, j'attrapais mes Barbies et j'allais jouer avec les personnes âgées. Non, c'est depuis toute petite ».

Néanmoins, même lorsque l'orientation vers la profession d'infirmière n'était pas initialement considérée comme une voie à privilégier, le poids de l'entourage, parents et amis, a manifestement souvent joué un rôle dans le revirement professionnel. Par exemple, Jonathan (47 ans, en couple, 2 enfants) hésitait entre la médecine et le journalisme. Finalement, grâce à sa sœur, il va découvrir les études en soins infirmiers : « La médecine ou le journalisme, c'était plutôt le journalisme parce que la médecine, ça me semblait difficile, mais on m'a toujours dit étant petit, la manière dont j'écrivais, j'avais une écriture de médecin, j'avais toujours aimé le milieu de la médecine, mais c'était le journalisme... Puis ma sœur étant dans une école de nursing, faisant ses humanités pour être puéricultrice me dit : « on forme des infirmiers, ici à mon école, viens voir ». Je suis allé voir, je suis allé assister au premier cours, et finalement je suis resté ».

Françoise (37 en couple, 2 enfants) présente son changement de projet professionnel de la puériculture aux soins infirmiers en le rattachant à des amies qui faisaient des études d'infirmière : « Non, j'étais puéricultrice au départ. Donc c'était les enfants au départ. Et puis, je me suis dit que je vais continuer, je vais faire autre chose, je vais rester dans le domaine un peu des soins, du service aux personnes, etc. ... Et puis, je ne sais pas pourquoi, je me suis orientée dans les études d'infirmière... J'ai mes amies qui étaient là-dedans et puis, j'ai dit pourquoi pas ? ». Une autre infirmière, Pascale (35 ans, en couple, 1 enfant), décrit de la façon suivante son changement de formation : « Non. Non, en fait, j'ai fait un an en labo, mais ça ne me plaisait pas du tout. Donc, j'ai été comme infirmière parce que j'avais ma belle-mère qui était infirmière, la tante de mon petit ami qui était infirmière. Et puis, comme elles me parlaient souvent, ben j'ai fait ça et puis voilà ». Andréa (36 ans, en couple, 1 enfant) témoigne également de sa décision d'entreprendre les études d'infirmière après un moment d'hésitation : « J'ai une maman infirmière donc je pense que ça a toujours été ça parmi tant d'autres choses peut-être, mais bon ça fait toujours un peu partie du panel... Non. Je ne suis pas née infirmière, hein ! J'étais pas euh... C'est un métier que j'aimais bien pour cet aspect-là, mais bon, ça s'est décidé, oui, sur la fin de mes études... ».

On le constate dans ces propos, l'entourage proche participe à l'orientation professionnelle, ce que souligne aussi Alice (42 ans, en couple, 3 enfants) qui pourtant avait auparavant choisi d'être puéricultrice : « Moi, je voulais être puéricultrice. Donc, j'ai fait une formation pour être puéricultrice et quand j'ai eu terminé, mais à ce moment-là on commençait à restructurer dans les crèches et mon papa m'a dit : « pourquoi est-ce que tu ne continuerais pas en infirmière ? » Il faut quand même que je vous signale que ma maman était infirmière, donc on était quand même baigné dans ce milieu. Je me suis dit : « oui, pourquoi pas ». Donc j'ai fait mes études d'infirmière ». Jacques (46 ans, en couple, 4 enfants) voulait quant à lui être officier de gendarmerie, mais ayant été refusé pour des problèmes aux yeux, ses parents vont choisir « à sa place », « comme dans la famille, il y a plusieurs infirmières ».

Le principe de l'influence des proches ne suppose donc pas nécessairement une vocation initiale affirmée, mais ouvre une perspective professionnelle. Le rapport peut au départ être marqué par un caractère instrumental. Pour Pierre (42 ans, en couple, 2 enfants), c'est son épouse qui va lui ouvrir les yeux sur une profession où « il y a des débouchés » : « Ben ce n'était pas mon premier choix. Moi, en fait, durant mes humanités, je me suis orienté, j'aimais bien tout ce qui est scientifique donc biologie, chimie, physique. Et mon choix professionnel s'orientait plus vers le laboratoire, donc la biologie clinique. Donc, après mes études d'humanités, j'ai tenté une licence

parce que je voulais avoir une licence en biologie clinique. Bon, la première année étant avec les candis médecine, il y a quand même une sélection importante et donc je n'ai pas réussi au mois de juin... Et puis, à l'époque, je connaissais mon épouse qui, elle, s'orientait vers des études d'infirmière. Je me suis dit « tout compte fait, le paramédical, entre kiné, la biologie et infirmière ». En fait, kiné, c'était quand même un peu bouché à l'époque ou du moins dans les années qui allaient venir. La biologie médicale, aussi. Et je me suis dit qu'au niveau infirmier, le débouché est quand même plus grand. Donc, je me suis un peu intéressé à des études que je ne connaissais pas du tout et pour lesquelles je ne me destinais pas du tout. Et puis, j'ai vu que, visiblement, pour ces études-là, il y avait un panel d'orientations de carrière très différentes. Donc, je me suis dit « tiens, il y a des débouchés » ».

Une orientation professionnelle similaire, c'est-à-dire qui combine un entourage et un choix stratégique au niveau de l'emploi, est évoquée par Georges (42 ans, en couple, 2 enfants) : « Au départ, moi je voulais faire carrière à l'armée... soit officier, j'avais pensé à l'école royale militaire... Le côté action m'intéressait, le côté utilité et le côté un petit peu risque... Mais, mes deux sœurs étant infirmières, en rhéto ça m'a fait tilt. Je dis : oui. En plus, à ce moment-là il manquait énormément d'infirmiers ».

Même s'il ne s'agit pas d'un premier choix et d'un effet de l'environnement familial, certains de nos interlocuteurs raccrochent néanmoins leur orientation professionnelle à une recherche de sens dans le travail, comme l'exprime Marie (35 ans, en couple, 1 enfant) : « [Elle a choisi de faire les études d'infirmière] Adolescente, à partir du moment où je me suis rendu compte que, finalement, j'arriverais peut-être pas à faire l'unif. Je dirais en 5^{ème}. C'est un tout. Je pense que c'est un tout, mais je pense pas que j'ai choisi ça dans un premier temps pour le côté relationnel... Je pense que c'est plus pour le côté médical. Le fait de soigner, de sauver des gens. Je pense que c'est ça ».

D. Au coeur du métier : les multiples visages du soin infirmier

Une fois entrées dans la profession, la dimension relationnelle, le contact avec les patients et les soins prodigués sont quasi unanimement présentés comme le cœur valorisé du métier par les infirmières¹⁹. Voici quelques illustrations :

- Leila (32 ans, en couple, 1 enfant) : « Ce qui me plaît, c'est certainement le contact avec les gens, je pense que c'est pour ça que je l'ai choisie [la profession] » ;
- Jonathan (47 ans, en couple, 2 enfants) : « M'occuper des gens, s'occuper des autres, donner aux autres, soulager les gens finalement, donner de son temps pour les autres. Moi, c'est plus dans un métier humain que je pouvais me réaliser » ;
- Luc (31 ans, en couple, pas d'enfant) : « Le côté infirmier que j'aime bien, le côté social, me plaît et tout ce qui est social, le contact humain » ;
- Sophie (38 ans, en couple, 3 enfants) : « J'aime le contact, pouvoir quand on peut effectuer de nouveaux soins » ;
- Diane (41 ans, en couple, 3 enfants) : « Moi, ce qui me plaît dans mon travail c'est que les gens soient satisfaits de ce que je fais autour d'eux, les soins que je leur rends, l'aide également. Quand ils reviennent, ils sont contents, qu'ils demandent à voir... Ça, c'est toujours gai » ;
- Juliette (56 ans, en couple, 2 enfants) : « La technique est importante mais pour moi, au fur et à mesure des années qui passent, je trouve que c'est l'aspect relationnel qui est important ».

Le rapport positif à la profession ne s'épuise donc pas dans la relation de soin ; il est aussi rattaché à la technicité, à une certaine autonomie dans le travail et à la relation avec les médecins dont le prestige rayonne sur la profession infirmière. Ainsi pour Laetitia (32 ans, en couple, 1 enfant) qui travaille au bloc opératoire depuis sept ans, l'aspect positif dans sa profession est : « Le fait de travailler avec les médecins, les chirurgiens, d'avoir quand même des responsabilités. Je vais dire

¹⁹ Ce sont également ces éléments que les défenseurs de la profession cherchent à synthétiser comme le « savoir propre » qui constituerait l'essence des « soins infirmiers » (voir section A).

que si on ne fait pas bien notre boulot, il y a plein de choses qui vont se ressentir qui n'iront pas, donc c'est valorisant ». Maude (36 ans, en couple, 1 enfant) évoque quant à elle le goût de l'acte technique bien fait : « j'aime bien tout ce qui est gestes techniques, des soins proprement, mettre une perfusion, des choses comme ça et c'est comme ça que j'ai continué et c'est ça qui me plaît ». Selon Jérôme (41 ans, en couple, 1 enfant) : « Ah oui, ça oui, on est très autonome. On prend même des décisions qu'on ne devrait pas prendre parfois au niveau médicament... Si c'est le médecin qui a pris la décision, il nous couvre. Maintenant, ce n'est jamais arrivé non plus qu'il y ait vraiment un gros problème. Quand par exemple, le médicament est trop fort et qu'on l'a administré, le médecin nous couvre. Je ne sais pas si c'est partout pareil, mais ici le médecin nous couvre ». Marie (35 ans, en couple, 1 enfant) apprécie surtout le côté médical du travail : « Je crois que c'est le côté médical. Médical, plus technique, le côté soins ». Ce point de vue est partagé par Caroline (33 ans, en couple, pas d'enfant) : « J'aime bien dans mon travail le fait que ça soit super intéressant au niveau anatomique, j'apprends énormément au niveau médical, les techniques opératoires, c'est intéressant, tout ce qui est anesthésies aussi. Ça me passionne vraiment ».

Si la double dimension relationnelle (avec le patient et avec le corps médical) et technique des soins infirmiers est manifestement au cœur du métier et largement valorisée, en revanche les actes administratifs sont décriés. Par exemple, Sophie (38 ans, en couple, 3 enfants) travaillant à domicile : « Parfois, c'est beaucoup de papiers pour pas grand-chose. Et il y en a encore d'autres ici, ces feuilles-ci qu'on doit remplir chez les gens pour les diabétiques, pour les pansements, il y a d'autres papiers pour des surveillances, toutes des choses comme ça ». De même, Françoise (37 ans, en couple, 2 enfants) présente ce qu'elle n'apprécie pas dans son travail : « Peut-être le côté administratif... ». Paul (30 ans, en couple, 1 enfant) relève également la contrainte que représentent les tâches administratives : « il y a tout le travail administratif après les soins, donc compléter les dossiers, faire les demandes de toilette, regarder si les certificats médicaux sont à jour, faire des réunions de concertation entre infirmières... Mais c'est contraignant parce que de plus en plus, c'est vrai qu'il manque du personnel ». Juliette (56 ans, en couple, 2 enfants) estime que : « quand on est à la clinique, on voit tout ce qui est autour, et on ne voit plus tellement le patient. Voilà. Et quand je vois le peu de temps qu'on consacre au patient lui-même, pour pouvoir remplir toutes ces tâches administratives, tout le paramédical au fait, ce sont les infirmiers qui font que. Et puis ces tâches administratives qui ont pris un temps démesuré je trouve ».

Cette plainte quant à la lourdeur du travail administratif s'ancre dans un contexte d'organisation du travail où le temps est compté et laisse alors peu de place à la qualité des soins et au suivi des patients, comme Laetitia (32 ans, en couple, 1 enfant) l'exprime clairement : « Ça, c'est l'aspect un peu négatif de notre travail, c'est qu'on voit le patient, mais on ne sait jamais ce qu'il devient. On n'a pas de suivi... C'est un peu frustrant. On ne sait pas si on a répondu à leurs attentes, s'ils ont été apaisés, soulagés... Je trouve. Je trouve qu'il y a un déclin de la qualité. Oui, parce qu'on bâcle, peut-être parce qu'il faut du personnel et que tant pis, on se contente de ce qu'on a, mais ça, il y a beaucoup de choses quand même qui se font, qui ne devraient pas se faire, et on laisse un peu trop aller. Maintenant, c'est peut-être le rôle du chef, mais qui n'est pas en salle avec nous. Donc, il a difficile de se rendre compte de tout ça. Lui, il est au bureau, mais il ne participe pas... Il n'est pas dedans. Oui, si on a besoin, on l'appelle, mais... On a des réunions, pour l'instant on a beaucoup de réunions, mais plus sur le manque d'effectifs ».

Suivant Pascale (35 ans, en couple, 1 enfant), déléguée syndicale, le personnel s'oriente de plus en plus vers des régimes de travail à temps partiel et décide souvent de changer de profession à cause de ce contexte structurel : « C'est clair que suite à ce qui se passe pour l'instant, le manque d'argent, il manque 1.500.000.000€ pour la santé publique. Il y a une mauvaise gestion. Ça, c'est clair. Mais le dire, personne ne veut le dire. Personne ne prend ses responsabilités. Donc, à un certain moment, oui, il y aura pénurie d'infirmières. Le problème, c'est que les infirmiers et les infirmières sont en train tout doucement de s'étouffer parce qu'il y a des normes ; il faut avoir autant d'infirmiers par pause. Ben nous, ce week-end, il nous manquait un infirmier. On travaillait avec un temps plein en moins, quoi. C'est énorme de travailler avec un temps plein en moins. On le fait parce qu'on était tous des anciens bien drillés. Et on sait prendre beaucoup de travail. Mais il est clair que si on fait ça toute l'année, en fin d'année, il y en aura 3 qui traînent la patte et 2 qui

sont déjà out depuis 2 mois. Et puis, il y en a beaucoup qui terminent. Vers 35-40, il y en a beaucoup qui prennent un 4/5 pause carrière et ci et là. Donc, ils diminuent leur temps de travail, parce que continuer à temps plein, c'est pas évident, hein, les horaires ».

La pression de la productivité ainsi que la prégnance de la logique financière impliquant une injonction à la rentabilité constituent deux changements vécus douloureusement qui affectent le rapport positif au travail que nouent les infirmières. Ce contexte et les conditions de travail, souvent décrites comme difficiles et contraignantes, seraient alors des facteurs propices à une évolution de la position professionnelle en hôpital vers d'autres segments (par exemple, les soins à domicile, les maisons médicales ou le champ scolaire), et/ou à une diminution du temps de travail ou la prise de congés. Aborder ces questions sous l'angle de l'APF, c'est alors s'intéresser à des événements particuliers qui peuvent être l'arrivée d'un enfant (section F) mais aussi, la gestion de sa fin de carrière (section G).

E. Être infirmière et devenir parent

Si l'engagement dans la profession valorise le soin tantôt via la relation, tantôt via la technique, et si les infirmières se sentent mises sous pression, l'arrivée d'un enfant interfère inévitablement sur l'organisation de la vie professionnelle de celles-ci. Cette interférence semble jouer différemment en fonction du milieu de travail. En particulier deux segments nous sont apparus au cours de l'analyse des entretiens assez opposés de façon idéale-typique : le travail en hôpital et le travail dans le cadre des soins au domicile des patients et/ou des maisons médicales²⁰. Cette opposition traduit des conditions organisationnelles qui ont des conséquences sur les rapports avec les patients et les relations de travail, mais aussi sur l'articulation de la vie professionnelle et de la vie familiale.

F.1. Travailler en hôpital : un segment dominant avec une tension palpable

Comme nous l'avons vu dans la mise en perspective de la profession, le secteur hospitalier est le principal employeur des infirmières. Il est d'ailleurs un passage quasi obligé, que ce soit à travers les stages durant les études ou lors de l'entrée dans l'activité professionnelle. Bien qu'il faille reconnaître que ce secteur constitue un univers très diversifié avec de multiples services ayant leurs spécificités, il ressort tendanciellement des entretiens que les infirmières qui travaillent à l'hôpital disposent d'une autonomie relativement réduite dans l'organisation de leur journée de travail : les patients, les médecins et les responsables hiérarchiques sont présents dans le service ; le personnel ne peut pas s'éloigner du lieu de travail ; l'organisation du travail est dictée par un principe de rentabilisation du temps, etc.

Souvent, les infirmières décrivent le déroulement de la journée comme une « course » entre les soins et la rédaction des rapports administratifs. Ainsi, aux dires de Leila (32 ans, en couple, 1 enfant) : *« On perd plus de temps à faire des papiers qu'à s'occuper de nos patients. Quand la charge de travail est là, évidemment vous faites votre travail, c'est vraiment du travail à la chaîne et parfois, il y a des patients qui aimeraient qu'on s'arrête et qu'on puisse parler et un peu discuter de leurs problèmes, mais on n'a pas le temps »*. Diane (41 ans, en couple, 3 enfants) se plaint également du regard réprobateur des collègues insinuant que le temps passé avec un patient ralentit le planning établi : *« C'est important aussi pour le patient de parler et ce n'est pas toujours bien vécu non plus par les collègues en disant "qu'est-ce qu'elle fait dans la chambre, elle reste plus longtemps que moi"... Ce n'est pas toujours facile... C'est ça qu'il y en a qui ne comprennent pas »*.

La qualité de la relation établie avec le patient est soumise à une forte pression temporelle d'autant plus que les patients séjournent tendanciellement de moins en moins longtemps en hôpital. En outre, la relation de soins est localisée dans le temps et dans l'espace, et l'absence d'information sur ce que le patient advient dans sa trajectoire de soins peut être vécue

²⁰ Remarquons que le travail en maison de repos et/ou de soins paraît être une forme intermédiaire. Privilégiant une analyse par polarisation d'idéaux-types, nous avons dès lors centré notre analyse sur deux segments contrastés.

négativement. Pour Laetitia (32 ans, en couple, 1 enfant) : *« L'aspect un peu négatif de notre travail, c'est qu'on voit le patient, mais on ne sait jamais ce qu'il devient. On n'a pas de suivi... on n'a pas de suivi. Oui, on sait qu'on l'a bien réveillé, que tout était bien, mais on ne sait pas, à la limite si on a enlevé un morceau d'intestin, n'importe, on ne sait pas s'il y a un néo, s'il y a eu une chimio, s'il s'en est sorti, on ne sait pas tout ça. Mais c'est rare d'avoir un retour ».*

Dans cette logique relationnelle, plusieurs professionnels de l'art infirmier en hôpital laissent également entrevoir un manque de reconnaissance de la part des patients. Ils se plaignent notamment de l'agressivité de ceux-ci, de leur absence de politesse lorsqu'ils demandent leur intervention, comme le décrit Éliane (40 ans, en couple, 2 enfants) en rapportant cette dégradation à un contexte général : *« y a de plus en plus d'agressivité, les gens sont plus... De patients, oui, souvent. Même en maternité, c'est quand même assez récent... Mais je pense que c'est toute la société qui est comme ça maintenant. C'est vraiment... Tout le monde veut ce qu'il a envie tout de suite et on n'a plus les mêmes valeurs qu'avant. Parce qu'en fait, ça se marquait surtout dans le service d'urgence ou des choses comme ça. On est un petit peu dépassé par rapport aux infrastructures et tout ça, mais les gens on ne sait plus leur donner la chambre particulière par exemple alors qu'ils payent une assurance ».*

L'agressivité grandissante des patients est également vécue par certains répondants comme la conséquence de la pénurie de professionnels et de l'augmentation de la charge de travail. En outre, ils dénoncent le fait que les médecins eux-mêmes ne reconnaissent pas les contraintes du travail infirmier. Selon Laetitia (32 ans, en couple, 1 enfant) : *« Maintenant, ils ne se rendent pas compte, ça, c'est sûr, de tout ce qu'il y a comme préparation. Si on est là dans la salle, que ça ne va pas assez vite pour eux, ils ne se rendent pas compte qu'on est en train de courir, qu'on est toute seule ».* Si Jérôme (41 ans, en couple, 1 enfant) loue l'autonomie qu'il a dans son travail, il la met en relief par rapport au manque de soutien de la part des médecins (cf. supra). Diane (41 ans, en couple, 3 enfants) décrit quant à elle l'attitude des médecins lors de son arrivée dans un autre service et son peu d'attirance pour le contact avec eux : *« J'aimais bien le contact patient, ça, j'aimais bien, mais pas le contact médecin. En fait, on ne devait pas pouvoir prendre de responsabilités telles que donner un calmant à une telle, c'étaient des médicaments comme ça, il ne fallait pas en prendre de supplémentaires. Les médecins privilégiaient les anciennes infirmières, celles qui étaient là. Moi, j'étais ancienne, d'accord, mais au niveau gastro, mais pas neuro. Donc pour eux, j'étais nouvelle, j'étais là, mais c'était plutôt à une autre... Ça allait, mais je n'aimais pas le contact docteur ».* Une autre infirmière, Leila (32 ans, en couple, 1 enfant), exprime aussi un certain malaise vis-à-vis des médecins : *« Ce que j'aime moins, c'est plutôt la relation avec la hiérarchie, enfin la hiérarchie, non, ce n'est pas une hiérarchie parce qu'on a deux boulots tout à fait différents, mais c'est encore le côté plutôt, je ne vais pas dire boy parce que ce n'est pas bien, oui, c'est parfois la relation encore avec le corps médical... [Je me sens] peu reconnue, oui, certainement et encore parfois, je pense, pour certains on est un peu sous le joug de certaines personnes. Enfin, eux donnent cette impression ».* *« Quand le médecin arrivait, c'était vraiment la hantise »*, se souvient Juliette à propos de son passé dans un service de la clinique (56 ans, en couple, 2 enfants).

Ce rapport au travail et aux relations de travail marqué par une certaine insatisfaction semble être un facteur qui pousse les infirmières à utiliser davantage de mesures telles que le congé parental, la réduction de son temps de travail ou la prise d'un congé sans solde comme une stratégie de mise à distance et d'atténuation de la souffrance liée au milieu de la pratique. A contrario, Maude (36 ans, en couple, 1 enfant) décrit une bonne ambiance dans le service où elle travaille et nous signale qu'elle a mal accepté son écartement prophylactique lors de sa grossesse : *« On est indépendant et... Oui, on prend beaucoup d'initiative, des responsabilités, mais à notre grande joie parce que ça se passe bien et les médecins nous font confiance et on sait qu'ils nous couvriraient. C'est motivant et valorisant de se dire qu'ils nous font confiance et on peut faire certaines choses. Ce qu'on apprécie, le boulot en tant que tel bien sûr parce qu'on est libre, on a beaucoup d'initiatives, certaines responsabilités, l'équipe on s'entend super bien, on a une équipe soudée... [Au sujet de son vécu de l'écartement prophylactique] Au départ, très embêtée parce que je ne voulais pas les gêner vis-à-vis de mon départ pour leur pause à eux parce qu'on préfère faire son week-end et puis qu'ils s'arrangent sur la semaine où il y a plus de moyens ».* Elle a ensuite

préféré un congé parental de six mois à mi-temps au lieu d'un 4/5^{ème} pendant 15 mois pour ne pas « gêner » l'organisation des plannings de ses collègues.

Remarquons que si statistiquement le recours aux mesures de réduction du temps de travail est fréquent et souvent considéré comme légitime au sein de cette profession (Fusulier et al., 2011), certains propos indiquent que ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, Georges (42 ans, en couple, 2 enfants) n'a pas pris son congé de paternité et s'en explique en évoquant une situation tendue à l'intérieur de son service qui rendrait difficile les changements dans le planning des horaires : *« moi je n'aime pas demander, question de caractère. Et deuxièmement, l'ambiance est assez tendue dans le service, il y a toujours moyen de s'arranger, mais je n'aime pas trop de demander. Et le problème c'est quand on change, il faut voir tout. Je change de week-end, mais je vais peut-être me taper 15 jours d'affilée. La chef a fait un horaire où là je ne fais peut-être pas plus de 7 jours d'affilée, mais si je change mon week-end, je vais peut-être avoir une grosse semaine de récupération, mais j'ai commencé en soir, puis je vais faire mon week-end et puis je vais faire une semaine de matin ou je vais faire matin, week-end, soir... Les changements, quand on a nos séquences comme ça, sont un petit peu plus lourds à faire »*. De son côté, Diane (41 ans, en couple, 3 enfants) a dû changer de service pour obtenir son mi-temps de congé parental après la naissance de ses jumeaux : *« J'avais le droit à un congé parental pour les jumeaux, parce que j'ai des faux jumeaux, donc je pensais prendre mi-temps parental pendant une année. Mais je vous dis franchement que ma chef ne voulait pas un mi-temps. Elle ne voulait pas de mi-temps parce qu'elle n'aimait pas. Moi, je voulais mes mi-temps pour élever mes enfants et comme j'allaitais mes enfants encore, madame M. à l'époque était adjointe directrice de nursing, elle m'a proposé d'aller en neurologie et proposé un horaire uniquement le matin, tout le temps le matin. Alors, j'ai sauté sur l'occasion. J'ai même été plus longtemps que ça... J'ai choisi en fait plus de privilégier ma vie de famille »*.

Cette priorité accordée à la famille dont témoigne Diane, plus affirmée par les femmes que par les hommes²¹, et qui renvoie à la division sexuée du travail qui reste de mise, doit aussi se comprendre dans un milieu professionnel où des infirmières souffrent d'un manque de reconnaissance et de confiance de la part de celles et ceux qui les dominent (chefs de service, médecins...) ainsi que du fait des conditions financières et d'exercice du métier vécues comme difficiles en hôpital. De ce fait, la conciliation travail/famille est ardue. C'est ce que Leila (32 ans, en couple, 1 enfant) illustre dans l'extrait suivant : *« Enfin, je pense qu'avec les années j'ai appris à devenir un peu râleuse parce que je pense qu'on n'est pas spécialement bien rémunéré, on n'est pas spécialement bien reconnu... Mais je trouve que le boulot n'est pas valorisant. Je ne suis pas trop liée à la discipline et je ne suis pas liée non plus, regardez ici j'ai repris mon temps plein parce qu'il faut, mais je pense pouvoir faire des recherches et re-diminuer à un mi-temps et faire un petit truc à côté pour avoir l'équivalent de salaire, mais... Mais ça, c'est juste pour le confort, vous savez, sincèrement le confort famille et ma vie privée parce que je voudrais atteindre le même salaire, mais en travaillant moins... J'essaierais de faire un peu de soins à domicile. Ne fut-ce que faire un week-end ou quelques jours sur le mois »*.

F.2. Les soins à domicile ou en maison médicale : des segments alternatifs plus conciliants

À côté de l'hôpital et de la gestion manifestement tendue de l'articulation de la vie professionnelle avec la vie familiale chez les infirmières en son sein, il existe d'autres lieux ou segments professionnels dont les conditions de la pratique paraissent moins soumises à la pression temporelle et plus fluide quant à l'intégration des responsabilités professionnelles et familiales.

²¹ La préoccupation familiale est cependant bien présente chez les pères infirmiers. Ainsi, Willy (50 ans, en couple, 3 enfants) va postuler à une nouvelle fonction car : *« après 10 ans je m'étais dit bon ben ça va, maintenant ça suffit. Enfin ça suffit, je passerais bien à autre chose pour être plus disponible les soirs et les weekends pour ma famille. Ça, c'est sûr qu'il y a eu un aspect familial derrière. Hein j'avais des enfants déjà à ce moment-là mais qui étaient encore relativement petits à ce moment-là. Je dis maintenant j'aimerais quand même être plus disponible »*.

Pour Viviane (62 ans, célibataire, 3 enfants), le passage du travail en hôpital vers celui en maison médicale est tout d'abord dû à une recherche d'horaire plus compatible avec sa vie familiale, à la suite d'un second divorce : *« Il fallait trouver quelque chose de jour, de préférence sans nuit »*. Via son médecin traitant qui commençait à travailler dans une maison médicale, elle va découvrir un nouvel univers qui répondait à ses aspirations : l'autogestion, un rapport égalitaire dans l'interdisciplinarité (*« Là [l'hôpital], c'était l'ordre. C'était vraiment vertical. Ici, c'est à l'horizontal »*), le contact avec les gens, le travail au domicile des patients, l'absence d'uniforme (*« On est habillé en civil. Souvent avec un jeans et un pull. On essaie de médicaliser le moins possible »*)... Marc (45 ans, en couple, 1 enfant) tient le même propos. Lassé de la logique de rentabilité et de la tension temporelle dans une importante structure de soins à domicile où il avait l'impression de *« ne plus être capable de s'arrêter trente secondes »* et d'être *« en train de péter un câble »*, il va rencontrer un médecin travaillant dans une maison médicale, un ami de son frère. Il est alors *« passé d'un endroit terriblement structuré et hiérarchisé à quelque chose de beaucoup plus horizontal »*, avec *« un véritable travail de collaboration »* où il y a *« une politique de soins de santé »*.

Le témoignage de Marc souligne que le secteur des soins à domicile n'est pas homogène et que certaines structures peuvent être gérées selon des principes taylorien de rentabilisation maximale du temps – rappelant alors les travers de l'hôpital. Toutefois, les témoignages d'autres infirmières en soins à domicile, surtout celles employées dans des petites structures, tendent à mettre en évidence de meilleures conditions de travail que celles qu'elles ont vécues ou continuent à vivre en hôpital. Juliette (56 ans, en couple, 2 enfants), qui travaille à mi-temps en hôpital et à quart temps en soins à domicile déclare : *« Le travail à domicile génère moins de stress »*, tout en trouvant que dans son service hospitalier où se fait de la chimiothérapie les relations avec les patients sont *« très riches »* et qu'elle y apprend *« beaucoup de choses d'un point de vue technique »*.

La plupart des infirmières travaillant dans des services de soins à domicile apprécient explicitement l'autonomie dont elles bénéficient dans l'organisation de leur travail. Certes, elles doivent aussi respecter des horaires et assurer des actes spécifiques tels que les injections d'insuline, mais elles peuvent gérer leur *« tournée »* de soins et de toilettes plus librement. Le propos suivant de Françoise (37 ans, en couple, 2 enfants) exprime bien ce constat : *« J'ai quand même certaines choses à respecter, mais oui, dans l'ensemble, j'organise un peu la tournée en respectant les gens, leurs habitudes, etc. Mais oui, j'organise un peu le travail, je ne vais pas dire comme j'en ai envie, mais à ma façon »*.

Cette organisation apparemment plus souple et autonome leur permet de faire des haltes entre deux patients afin d'effectuer des courses personnelles ou de se rendre disponible si une urgence familiale se présente. Cet aspect du travail est d'autant plus valorisé par les infirmières qui ont des années d'expérience professionnelle en milieu hospitalier. Pour Marie (35 ans, en couple, 1 enfant), ce fut d'ailleurs une des raisons de son passage d'un emploi hospitalier vers un emploi de soins à domicile : *« Je préfère travailler avec moins de stress parce qu'il y a quand même moins de stress, je pense, à domicile... Mais il y en a quand même moins qu'à l'hôpital et avoir... En plus, il y a une relation qui s'installe avec les patients qu'à l'hôpital c'est vrai qu'on les voit passer et une semaine après, ils retournent »*.

Le travail au domicile des patients semble favoriser la qualité du contact qui est établi avec le patient et sa famille ainsi qu'une autonomie dans l'organisation du travail favorable à l'APF, comme l'illustre Françoise (37 ans, en couple, 2 enfants) : *« Mais dans l'ensemble, si j'ai une course à faire en plein milieu de ma tournée ou vite un coup de fil à passer ou aller chercher un pain bêtement ou quelque chose comme ça, je peux me permettre de le faire. Rentrer vite à la maison ou récupérer quelque chose. Je suis beaucoup plus souple... »*.

Cette flexibilité et cette autonomie seraient une raison d'une moindre utilisation des mesures légales de soutien à la parentalité, car les tensions entre vie familiale et professionnelle seraient aussi moindres. Ainsi, Sophie (38 ans, en couple, 3 enfants) déclare : *« J'ai pris le congé de maternité et le congé d'allaitement. Donc cinq mois en tout. [L'intervieweur : Est-ce que vous avez pris après un congé parental ou quelque chose ?] Non [L'intervieweur : Et vous n'avez pas pris un temps partiel ?] Non, rien du tout. Non. En fait, ils ont quand même déjà amélioré les choses parce*

qu'ils ont fait un horaire plus souple. Et s'il y a un problème familial, on téléphone au responsable, soit il nous dit : "ça va, tu redispatches tes soins avec les autres ou alors tu essayes de prévenir les patients comme quoi tu ne sais pas venir" ». Françoise (37 ans, en couple, 2 enfants), quant à elle, n'a utilisé que le congé de maternité et le congé d'allaitement sans, ensuite, diminuer son temps de travail, car elle pouvait recourir à d'autres dispositifs : « Dès que j'ai appris que j'étais enceinte, on écarte automatiquement les infirmières. [L'intervieweur : Alors, vous avez pris le congé de maternité après ?] D'allaitement, c'est tout... On répartit un peu les soins sur la journée beaucoup plus facilement. Au niveau des horaires aussi, c'est plus souple, donc pas besoin... Je suis toute seule dans ma voiture, oui. On transmet les soins par téléphone. Puis, on se voit une fois par semaine, le vendredi ici. Donc, je suis quand même assez libre dans ma tête quand je travaille, je n'ai personne sur le dos, on sonne. Et puis, les rapports qu'on a avec nos supérieurs sont très bien aussi. On ne se voit pas suffisamment pour se taper dessus. Donc le peu de temps qu'on se voit, non, ça se passe super bien, moi j'ai de bons rapports avec un peu tout le monde. Je ne me suis jamais accrochée avec personne, ça se passe bien ».

En somme, la souplesse évoquée, les arrangements interpersonnels, la qualité relationnelle avec les patients et la hiérarchie paraissent stimuler l'investissement professionnel et réduire la mobilisation des dispositifs légaux d'APF dans les services de soins à domicile et en maisons médicales.

Nous allons maintenant observer un second moment clé dans la trajectoire infirmière et sa gestion par les individus en fonction des dispositifs publics à disposition ; il ne s'agit plus de regarder la parenté via les dispositifs légaux d'APF mais d'observer le rapport à la fin de carrière via les dispositifs sectoriels de « primes » ou de « dispense de prestation » dès 45 ans.

F. Vieillir dans la profession et se maintenir en emploi

Si nous nous focalisons maintenant sur les entretiens menés auprès des infirmières de 45 ans et plus, ils pointent clairement un secteur d'activité sous tension, où une pénurie de personnel et une lourde charge de travail sont ressenties et se sont accentuées à travers le temps. Les pressions auxquelles sont soumises les infirmières et l'intensification du travail sont souvent évoquées par les personnes interviewées afin d'expliquer la mobilité professionnelle très importante et l'aménagement de la carrière infirmière et des horaires qui caractérisent leurs parcours. Ceux-ci soulignent une triple quête souvent imbriquée : la quête de conditions de travail leur permettant de tenir face à la pression et à l'usure professionnelles ; la quête d'horaires de travail plus adaptés à leur situation personnelle et à une meilleure articulation de la vie familiale avec la vie professionnelle ; la quête de sens dans leur travail notamment par des changements de services où le renouvellement des savoirs et savoir-faire sont mis en avant, par de nombreuses formations spécialisées, parfois par la reprise d'études universitaires correspondant alors à des plans de carrière ascendante vers des fonctions d'encadrement.

Tout en recourant encore à l'analyse idéale-typique, nous n'identifions pas tant deux segments professionnels (hôpital versus soins à domicile et maisons médicales) que deux manières distinctes de gérer sa fin de carrière :

- l'idéal-type 1 : « gérer l'usure », établit un lien entre un rapport expressif au travail et à la profession, l'importance de la proximité avec le patient, une usure professionnelle ainsi que le choix d'une réduction du travail et d'une qualité de vie en fin de carrière ;
- l'idéal-type 2 : « gérer sa carrière », intègre un rapport plus instrumental au travail et à la profession, une progression professionnelle en même tant qu'un éloignement avec le patient et le choix du temps plein en fin de carrière avec la prise de la prime salariale.

Dans le premier idéal-type, les infirmières qui en sont le plus proches reviennent sur la motivation de leur choix et en parlent en termes d'évidence : il s'agit d'une profession qu'elles ont toujours voulu exercer : passion pour les autres, pour l'humain, mais aussi pour les actes, les soins. Cette passion est à l'origine de la recherche d'un contact direct avec les patients et détermine souvent le choix du premier poste après l'obtention du diplôme. Il s'agit souvent d'emplois hospitaliers dans des services où l'infirmière est proche du patient psycho-affectivement (une empathie en termes

professionnel) et également physiquement plus en contact (relations avec la famille du patient, le temps passé au chevet de ce dernier). Cet élément loin d'être anodin, se révèle un détail important dans le parcours professionnel et dans les choix successifs. Ainsi, la décision de changer de service ou de poste ou de demander une diminution du temps de travail se prend certes souvent en lien avec les responsabilités familiales, mais aussi à la suite d'un événement « bouleversant » qu'elles ont vécu sur le lieu de travail ; qu'il s'agisse entre autre du décès d'un patient ou de l'annonce faite à un patient (souvent jeune) d'une maladie incurable ou d'une tension insupportable avec la hiérarchie ou un médecin. Ces épisodes ne se produisent pas forcément au début de leur carrière, mais sont perçus comme l'élément déclenchant un état émotionnel qu'elles n'arrivent plus, à un certain moment, à gérer et par rapport auquel elles ne peuvent plus prendre leur distance. À partir de cet événement, elles décident soit de quitter l'hôpital, et par exemple d'exercer dans les services de soins à domicile, soit de changer de service et, si elles n'ont pas de spécialisation, d'entreprendre une formation pouvant leur permettre d'évoluer vers des postes de gestion où le contact avec le patient est limité, voire inexistant. Dans le premier cas de figure (décision de quitter l'emploi hospitalier), l'événement bouleversant dans la vie professionnelle s'accompagne souvent d'un élément de la vie familiale qui détermine le changement : l'arrivée d'un enfant, une séparation, un deuil. Ces événements demandent souvent une réorganisation de la vie familiale, sans qu'ils ne soient les seules mobiles de changer d'emploi. En effet, l'implication émotionnelle de l'épisode bouleversant s'ayant produit sur leur lieu de travail demeure une raison du changement d'emploi. Cependant, les éléments de la vie familiale évoqués plus haut créent une conjoncture socio-affective qui génère une « équation existentielle » favorisant la « sensibilité » ou la « perméabilité » aux événements de la vie professionnelle ainsi vécus comme bouleversants. En ce qui concerne l'orientation vers les soins à domicile ou d'autres segments, ce choix vise une réconciliation avec l'image idéale (voire idéalisée) de la profession : un contact direct avec le patient, moins de contraintes (dans la façon de s'habiller, mais aussi de s'adresser aux patients ou aux médecins) dues aux cadres plus intimes du « chez soi », moins de contrôle de la hiérarchie sur leur travail, plus de temps pour écouter et pour suivre le rythme du patient (surtout lorsqu'il s'agit de personnes âgées)... Parfois, elles déchantent car elles constatent que dans ce type de segment une forme de taylorisation du travail est tout aussi présente. En revanche, le choix de changer de service au sein de l'hôpital s'opère dans une recherche d'éloignement du contact avec les patients pour s'orienter vers des postes plus techniques ou de gestion du personnel qui demandent alors généralement une formation supplémentaire. Ces postes qui permettent de maintenir la distance avec les patients sont considérés comme une évolution nécessaire et positive dans la carrière où l'ascension professionnelle passe par l'éloignement du terrain. L'avancée dans la carrière et l'âge favorise également une réduction du temps de travail. Après 45 ans, celle-ci rejoint le désir d'avoir plus de temps pour les loisirs familiaux et du temps pour soi (sport, chorale, shopping...). Ce désir se couple avec une fatigue professionnelle de plus en plus ressentie et une nécessité d'avoir plus de temps pour récupérer tant physiquement que psycho-affectivement. Autrement dit, le métier « use » pour emprunter l'expression utilisée par des interviewées. L'option de recourir à un crédit-temps pour aménager la fin de carrière peut alors se comprendre dans cette logique qui valorise un moment donné ce que les infirmières présentent comme leur « qualité de vie ».

Pour le second idéal-type, la profession et le travail sont davantage lus sur le registre instrumental. Le rapport instrumental peut bien entendu se manifester par l'importance accordée à l'argent gagné, mais aussi par la recherche d'une reconnaissance statutaire ou par la réalisation de projets de vie hors travail (voyager, poursuivre un projet personnel d'expertise dans un domaine, etc.). La trajectoire professionnelle tend vers des postes où le contact avec le patient est moindre et l'aspect technique de la profession prime souvent dès le début de la carrière, et plus tard dans l'accès à des postes à responsabilité administrative et managériale. Les compétences et les connaissances techniques sont alors les éléments qui qualifient la « bonne infirmière », sans pour autant nier l'importance de la dimension relationnelle presque toujours présente. La reconnaissance par les médecins de ces compétences est un des éléments de la valorisation professionnelle. La relation avec les patients ou avec les collègues n'est que peu abordée et souvent pour mettre en évidence des aspects négatifs : manque de respect de la part des patients et de leurs familles, commérage entre collègues... Dans la logique de cet idéal-type, la perspective de bifurquer vers les soins à domicile (si ce n'est dans des postes d'encadrement) ou

les maisons médicales n'est pas vraiment crédible car justement elle renforce les contacts avec les patients. Lorsque la carrière est déjà longue le calcul économique est un élément déterminant dans le choix d'un dispositif de fin de carrière. En effet, plutôt que de recourir à une mesure de réduction du temps de travail sans perte de salaire, les infirmières penchent pour un maintien de leur temps de travail (qu'il soit à temps plein ou à temps partiel) avec l'octroi d'une prime. L'usure est moins thématifiée ce qui peut être mis en relation avec un parcours professionnel moins orienté vers la pratique des soins et la relation au patient que vers des postes de gestion ou à fortement composante technique : la diminution du temps de travail n'est donc pas une priorité. Il faut reconnaître que ce type a un caractère plus masculin ; il n'est toutefois pas une expression mécanique du genre.

Bien que pouvant être lue sous le prisme des idéaux-types, les parcours étudiés restent néanmoins des expériences de vie à chaque fois particulières. En guise d'illustration, nous reprenons ci-dessous deux cas très singuliers : celui de Léopold qui exprime une trajectoire issue de l'immigration dans des conditions matérielles d'existence particulièrement précaires ; celui de Charlotte, infirmière célibataire sans enfant qui couplera sa vie professionnelle avec des mobilités géographiques fréquentes.

Léopold (50 ans, en couple, 2 enfants), assistant médical au Rwanda, ayant vécu une série d'atrocités lors du génocide et la perte d'un bébé du fait d'une césarienne trop tardive, est arrivé en Belgique en 1995, d'abord seul puis sa femme est venue le rejoindre dix mois plus tard avec son bébé. Il aurait voulu être médecin, mais c'était impossible pour lui au Rwanda, et « *le travail d'infirmier ce n'est pas ma vocation* ». Il va d'ailleurs faire une licence en Belgique en santé publique. Il travaille dans l'assurance qualité des équipements d'une grande ONG de transfusion de sang. Sa femme ne travaille que depuis peu, comme femme de ménage dans cette ONG. Deux enfants encore à charge (16 ans et 12 ans), il héberge aussi sa belle-mère dans une vieille maison qu'il a achetée à crédit et qu'il restaure. Confronté à de grosses difficultés financières, il a eu une période où il travaillait les week-ends dans une maison de repos. Il parle de sacrifice dans le suivi de ses enfants qu'il justifie de la manière suivante : « *Quand tu termines ta semaine crevé par le travail, la pression au niveau du stress et que tu dois continuer dans la maison de repos...* ». Le travail à temps plein, même à plus de cinquante ans, est une évidence pour lui ; d'autant plus que ces quinze années de travail au Rwanda ne sont pas reconnues pour sa retraite en Belgique.

Le parcours est très différent pour Charlotte (46 ans, célibataire, sans enfant) qui voulait faire la kinésithérapie. Comme il y avait peu de perspectives d'emploi dans cette dernière, elle fit des études en soins infirmiers. Elle va commencer à travailler deux ans dans un hôpital et le quitter pour se rendre, en France, dans un hôpital plus proche de chez elle. Après deux autres années, elle va prendre un congé sans solde pour entreprendre une formation en médecine tropicale. À son terme, elle va partir en coopération au Liban, et revenir en Belgique après quelques mois dans un grand hôpital (un service de cancérologie). Elle va y rester une quinzaine d'année, et devenir cheffe de service. Elle ne comptait pas ses heures : « *il n'y avait que mon lit qui n'y était pas* ». Fatiguée, elle va réorienter sa carrière vers les soins palliatifs à domicile pendant deux ans. Elle va ensuite prendre une pause carrière de six mois pour voyager. Réengagée dans le même hôpital belge, elle va finir par faire un « *burn out* ». Elle va alors se diriger vers des services techniques. Bien qu'aimant son travail, elle va une nouvelle fois se sentir « *physiquement fatiguée et moralement* ». Pendant deux ans, elle va donner cours à mi-temps à des aides soignantes, et compléter celui-ci par un autre mi-temps dans une importante ONG. Estimant que l'enseignement n'était pas sa voie, elle va prendre un 3/4 temps au sein de cette dernière. Finalement, elle va démissionner pour un contrat dans un hôpital privé dans une île du sud de l'Europe. « *Suivant une copine* », elle va le quitter quelques mois plus tard pour un hôpital dans une île au milieu de l'océan Indien. Ayant « *le mal du pays* », elle va apprendre qu'un poste se libère à mi-temps dans son ancienne ONG. De retour dans celle-ci, elle va parallèlement faire du travail intérimaire dans un hôpital. Finalement, elle va arrêter le travail intérimaire pour augmenter son temps de travail de 25% dans l'ONG, le temps plein n'étant pas possible dans la fonction qu'elle occupe. Elle pense aujourd'hui reprendre un peu de travail intérimaire pour des questions financières, mais elle trouve que le travail en hôpital « *ça demande beaucoup d'énergie* ». Privilégiant la prime salariale en fin de carrière, elle projette de travailler encore quelques années en Belgique pour pouvoir partir un an en voyage.

G. Le genre en question : des hommes dans une profession féminine

Les études sur l'égalité des sexes face à l'emploi mettent en avant la position « inégale » des femmes sur le marché du travail par rapport aux hommes, en même temps qu'une division inégalitaire du travail dans la sphère reproductive. La profession infirmière, fortement féminisée, ne fait pas exception. Il est par exemple manifeste que les infirmières, contrairement à leurs collègues masculins, réduisent souvent leur temps de travail (souvent à 4/5^{ème} temps) lors de l'arrivée des enfants afin de mieux s'en occuper ou alors bénéficient d'un soutien important de leur famille ou sont dans des conditions économiques permettant une externalisation de la garde des enfants comme c'est le cas de Martine (51 ans, en couple, 2 enfants), mariée à un fonctionnaire européen ayant un salaire confortable, vivant dans une maison avec une piscine à l'extérieure. Martine a cependant réduit son temps de travail en fin de carrière pour « penser plus à elle ».

Il va sans dire que la question du genre est très présente, explicitement ou implicitement, dans les entretiens. Le cas de Jacques (46 ans, en couple, 4 enfants) est intéressant à exposer car il montre comment, d'une part, un homme s'insère dans un domaine féminin et, d'autre part, se déploie une logique de genre plus générale.

Malgré le fait que ce n'était pas un choix professionnel de départ - il voulait être officier de gendarmerie - Jacques va écouter ses parents et faire des études supérieures en soins infirmiers en sachant qu'il s'agit d'une formation qui débouche sur un emploi. Après son service militaire, qui « était un gros handicap puisque c'est une profession féminine et qu'on perdait un an sur toutes les femmes », il va être accueilli dans l'hôpital par une directrice qui « était contente d'avoir un homme pour un petit peu voir les choses autrement ». Il la décrit comme « sa protectrice ». Par rapport aux médecins, « le fait que je sois un homme, j'ai vraiment été accepté autrement », contrairement aux infirmières qui « étaient des servantes plutôt que des infirmières. [...] Et automatiquement du fait que je suis un homme, ils ne me prenaient pas de haut ». Travaillant en salle d'opérations, il va se spécialiser autour des aspects techniques et devenir après quelques années à peine le responsable du matériel, « parce que c'est vrai, les femmes ne sont pas aussi ouvertes à la technique [...] Pour les femmes, c'était très rebutant, notamment l'arrivée des caméras, des vidéos en salle d'opération, c'est quelque chose qui me passionnait ». Les médecins avaient aussi besoin de lui « parce que eux non plus, eux étaient formés à la technique opératoire, mais pas au matériel ». Sa « cheffe » aussi, qui étant plus âgée, « n'a pas eu facile de prendre le train en marche ». Ayant une marge de pouvoir non négligeable, il a pu « même imposer un horaire à la carte » pour s'occuper de sa dernière fille (« je veux vraiment m'en occuper et donc je veux un jour de congé par semaine »). Sa fille ayant grandi, il va ensuite, sur la sollicitation de sa directrice qui voyait en lui « un meneur d'équipe », postuler pour un poste de coordinateur de nuit qui venait de se créer. L'ayant obtenu, il va augmenter son salaire (« nos nuits sont payées à 150% ») et surtout, il va travailler une semaine de nuit avec consécutivement une semaine de congé ; « c'était vraiment un horaire de rêve ». Selon ses dires, il était « un leader informel » qui devait être reconnu car « j'attrapais de plus en plus d'importance, mais c'est frustrant, finalement de ne pas avoir le statut », mais également « il fallait que je quitte ce milieu féminin » ; « J'avais de plus en plus difficile de vivre comme ça au milieu des femmes qui fonctionnent vraiment différemment ». Il évoque à ce propos les problèmes de médisance entre des « amies », la soumission aux médecins, etc., ce que lui, étant un homme, n'arrivait pas à accepter. Il avait « un respect des médecins. J'étais invité chez eux en privé ». Pour lui, « les femmes fonctionnent dans l'affect, mes collègues pleuraient [...] on opérait les prématurés, et je voyais mes collègues pleurer quand elles voyaient les enfants. Ça ne me touchait pas du tout ». Pourtant, malgré ces apparences de l'homme viril, Jacques laisse entrevoir une grande fragilité. En effet, ayant eu « un gros problème de peau » à l'âge de douze ans, avec « un professeur de piscine, par exemple, qui ne voulait pas que j'aille dans l'eau de peur de contaminer la piscine », son entrée dans la formation en soins infirmiers fut difficile : « Ça a été atroce et donc quand j'ai commencé la profession, c'était ce vécu-là qui me poursuivait. Je tombais au milieu des femmes, j'avais l'impression que ces femmes ne me regardaient que pour mes cicatrices, et j'étais... c'était abominable. Je rentrais chez mes parents, je disais : « être entouré de femmes comme ça, je suis

de plus en plus mal à l'aise » ; vous savez, ça me fermait vraiment de plus en plus ». Avec « sa grosse voix de chanteur » et « un visage très dur », « les gens avaient peur ». Bien que ce physique ait pu lui servir pour obtenir du respect et un poste à responsabilité, il souhaitait ne pas être réduit à cela. S'étant mis à chanter, il va animer le « cabaret » de l'hôpital, et y faire « beaucoup de sketches ». À partir de ce moment-là, « j'ai eu la chance d'être respecté pour le poste que l'on m'a donné, mais de devenir presque l'ami de tout le monde parce que j'étais l'animateur du cabaret [...] Devenir animateur, devenir coordinateur de nuit, là je me sentais vraiment valorisé ». Malheureusement, « les choses ont fort changé au niveau de l'ambiance. On a l'impression de travailler dans une société commerciale ». Sa directrice « a été poussée dehors » et Jacques a « eu très peur » : « je vais perdre ma protection ». Si finalement, la nouvelle directrice va lui montrer qu'elle avait besoin de lui, il n'en reste pas moins à l'heure actuelle un « gros mal-être dans la profession » avec une « pression au rendement ». Pour « les infirmières qui avaient vraiment fait ça par vocation », c'est insupportable. Heureusement quelque part pour Jacques : « Ce n'était pas mon cas [...] j'étais vraiment technique et ici, je suis plus dans le management ». Un nouveau poste lui a été proposé, mais il a refusé car « je veux garder mes cinq jours de congé par semaine. J'ai atteint le niveau professionnel que je voulais atteindre ». Devenu « très épicurien », « ayant eu la malchance de perdre deux collègues, au boulot », « on vit maintenant, on profite, c'est restaurant, c'est voyage... ». On comprend que, satisfait de son horaire, Jacques ait choisi de prendre la prime salariale plutôt que le congé offerts aux infirmières de plus de 45 ans pour les inciter à rester en emploi.

Le cas de Jacques illustre bien comment un homme s'intègre dans la profession et y déroule un parcours professionnel. Il traduit aussi la tendance chez les infirmiers qui ont été interviewés de la mise en avant des aspects techniques de la profession, telles que l'utilisation de machines d'imagerie médicale, de stérilisation d'outils..., ou de leur promotion vers des fonctions plus managériales. Le témoignage de Willy (50 ans, en couple, 3 enfants) aurait pu être une autre illustration. En effet, il s'est orienté vers ce type d'études parce qu'il ne voulait pas en faire de trop longues, à la grande déception de ses parents qui auraient voulu qu'il fasse l'université. Dès le début de sa carrière, il va privilégier les aspects techniques du métier, tout en adorant le côté relationnel, et s'éloigner de la pratique des soins pour accéder à un poste administratif pour lequel il a pu négocier son salaire. Aujourd'hui, il continue à travailler à temps plein, et bénéficie de la prime salariale octroyée en « fin de carrière », satisfait d'en être où il en est dans « son plan de carrière ».

Force est de constater que les hommes font en général une lecture de leur parcours en termes de réussite (même lorsqu'il ne s'agit pas d'une réelle ascension professionnelle) dans un univers féminin. Les femmes privilégient davantage le récit des difficultés auxquelles elles ont été confrontées et dans leur vie professionnelle et dans leur vie familiale : difficultés liées à leur double disponibilité (pour leur travail et pour leur famille). Ceci même lorsque leur parcours est ascensionnel.

Au cours de l'analyse des entretiens, nous constatons aussi que les hommes infirmiers se montrent plus disponibles pour remplacer un collègue que leurs homologues féminins. Ceci semble le résultat d'une division inégalitaire du travail domestique. En fait, les hommes infirmiers déclarent s'occuper moins des tâches ménagères par rapport à leurs conjointes, y compris dans les couples composés d'une infirmière et d'un infirmier. Ainsi, Thomas (37 ans, en couple, 3 enfants) reconnaît aisément cet état de fait et s'en explique : « C'est vrai que je fais moins la cuisine. Je fais pas beaucoup de choses dans la maison, mais on s'organise, quand j'ai fini tous les travaux extérieurs, le jardinage et tout ce qui s'en suit, on a une grande maison, ben forcément, j'ai moins de temps pour l'intérieur et donc les tâches sont un peu réparties comme ça ». Son épouse, Mariette (41 ans, en couple, 3 enfants), dit s'occuper du « ménage », des « courses », des « repas », de la « maison » et regroupe toutes ces activités sous le label de « gestion du quotidien » : « Bon euh en général, on fonctionne comment ? Je pense que c'est moi qui gère le quotidien : le ménage, les courses, les repas, la maison. Et mon mari fait plus tout ce qui est extérieur. [...] Lui, il aime bien le jardin, les fleurs. Donc, lui, il fait tout ce qui est extérieur. En général, c'est comme ça qu'on procède. Mais bon, quand je fais les matins, que je reviens le soir, on mange il m'aide à faire la vaisselle. [...] Mais en général, c'est comme ça. Moi, je m'occupe du ménage de la maison, je fais les repas, je fais les courses, je

nettoie. Je m'occupe de l'intérieur. Et lui fait tout ce qui est extérieur ». Même dans les cas de Pierre et Anne (41 ans et 42 ans, en couple, 2 enfants), qui se déclarent un couple assez égalitaire, la contribution de Pierre aux tâches domestiques est évoquée par Anne en termes d'« aide » ; Pierre parle quant à lui de « participation » pour qualifier son investissement dans les tâches d'ordre privé. Sophie (38 ans, en couple, 3 enfants) nous explique de quoi est constitué son temps hors-travail : « Ou c'est le ménage, ou c'est le repassage, le nettoyage. En général, quand je ne travaille pas le week-end, je fais les lessives le vendredi, le repassage le samedi et les courses aussi... C'est toutes les charges... ». Pour Françoise (37 ans, en couple, 2 enfants) : « En général, c'est facile, c'est moi qui fais tout ! ».

Les hommes ont non seulement tendance à admettre qu'ils dédient moins de temps que leurs conjointes au travail ménager et aux soins aux enfants, mais ils admettent aussi qu'ils ont un rapport plus distancié aux dispositifs d'APF. Pour Sébastien (33 ans, en couple, 1 enfant) : *« On peut le faire [prendre un congé parental] que pour un enfant. Soit elle prend les deux, ou soit c'est un-un, ou soit c'est moi qui prends les deux. Mais bon, son salaire étant inférieur au mien parce qu'elle n'a pas les mêmes qualifications que moi, on opte plus pour mon salaire à moi »*. Selon un autre infirmier, Georges (42 ans, en couple, 2 enfants) dont l'épouse, Éliane, travaille comme infirmière à 4/5^{ème} temps, l'idée de réduire son propre temps de travail ne fait guère sens : *« Pour la première [fille], non. On a continué à travailler temps plein tous les deux parce que financièrement, le tout à payer. En plus, je donne cours aux pompiers aussi... Non, parce que je vous dis qu'il y a le côté financier. Non. Je ne crois pas que je n'ai pas la fibre paternelle. J'adore mes enfants, j'aime bien, mais il faut de l'argent. Mais c'est quand même une perte financière trop importante et je vous dis que je ne sais pas combien de temps, j'ai un problème de dos, pas combien de temps je pourrai encore travailler. Est-ce que je vais travailler jusqu'à mes 65 ans ? Est-ce qu'à un moment donné, je ne vais pas devoir aller dans un service plus léger ? Là, je perdrai mes 11 %, mais ça me fera quand même un trou de 200-250 Euros d'un coup... Si je reprends un 4/5^{ème}, c'est pour augmenter mon activité indépendante »*. Paul (30 ans, en couple, 1 enfant), dont l'épouse est architecte, justifie son choix de ne pas avoir utilisé un congé parental de la manière suivante : *« Je ne sais pas, c'est dans ma conception de la famille, où c'est l'homme qui travaille un peu plus que la femme. Je me vois mal dire : chérie, je prends congé et je gagnerai un peu moins, mais toi, continue à travailler. Ça peut se faire, mais... »*.

L'argument économique est bien documenté dans les études sur le genre. Cet argument est le plus souvent mobilisé par les hommes infirmiers et est tributaire de la persistance du modèle de l'homme *breadwinner* ; ce n'est pas à l'homme de réduire son temps de travail, et par conséquent son salaire, mais à la femme. Et ce sont les femmes infirmières qui utilisent plus de dispositifs d'articulation de la vie professionnelle avec la vie familiale et qui réduisent plus souvent, et de manière plus permanente, leur temps de travail lors de la naissance d'un enfant, intégrant cela dans la normalité de leur rôle de mère et d'épouse. De surcroît, la « double journée » des femmes est également à l'origine d'une moindre disponibilité à remplacer les collègues lors des jours de repos. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les enquêtées n'ont pas de soutien matériel de la part de leur famille, parents et beaux-parents, comme nous le confie Sophie (38 ans, en couple, 3 enfants) : *« Non, du tout, parce que comme mon beau-père vient juste de prendre sa pension, il a bien dit de temps en temps qu'il voulait bien venir [garder les enfants], ma belle-mère travaille encore et de mon côté, je n'ai personne »*. Ce manque de disponibilité est renforcé en cas de situation monoparentale. Pour Corinne, mère célibataire (41 ans, 1 enfant) : *« Non, je n'ai pas de famille... Je nettoie ou je repasse. Ça va. Disons que je n'ai pas de mari pour dire : "tu es encore au travail". Donc, je peux me permettre... »*.

Le rôle de *breadwinner* imprègne donc l'identité des infirmiers, et de la gent masculine en général, ce qui justifie leur plus grand investissement dans l'espace professionnel. Il est toutefois remarquable de constater que les hommes, grâce notamment au support conjugal ou familial, font également état d'une disponibilité plus importante que leurs collègues femmes pour profiter de leurs loisirs. Illustrant cette assertion, Georges (42 ans, en couple, 2 enfants), moniteur de plongée, peut encore vaquer à son loisir : *« j'arrive à me débrouiller, j'ai ma sœur qui habite à X. Quand ma femme travaille, en tant que moniteur, je me dois de plonger et de garder un certain niveau. Donc, je dépose ma fille chez ma sœur le temps d'aller faire ma plongée puis je reviens. En*

même temps, elle voit ses cousines, je vais manger chez ma sœur une fois par mois grand maximum. Et comme elle fait un week-end sur trois, dont la moitié en jour, la moitié en nuit, quand elle travaille de nuit, quand elle se lève, je peux partir plonger, je reviens pour qu'elle aille travailler». Sa femme, Éliane, expose son point de vue au sujet des loisirs : « Ça c'est moi qui fait le sacrifice parce que papa il n'en fait pas beaucoup. Il fait beaucoup de plongée, et tout ça, comme il est moniteur et tout... Du coup, c'est moi qui en pâtis un petit peu parce que je n'ai pas beaucoup d'heures... Mais je n'ai pas beaucoup d'activités en dehors... enfin pour l'instant ». Il n'est pas étonnant qu'en fin de carrière, la prise d'un congé pour réduire son temps de travail soit privilégiée, à la manière de Juliette (56 ans, en couple, 2 enfants) pour qui « les enfants étant devenus grands », « je gère mon temps ». Bien que, récemment grand-mère, elle envisage de s'occuper de sa petite fille.

Cette observation de la présence des stéréotypes et des pratiques sexuées n'est évidemment pas propre à cette profession. Toutefois, la répartition du travail et des tâches selon le sexe est d'autant plus interpellante qu'elle subsiste à l'intérieur de couples infirmière-infirmier, c'est-à-dire des couples marqués par une certaine homogamie socio-professionnelle. En effet, nous aurions pu imaginer que partageant une situation professionnelle similaire, au sein d'un espace professionnel très féminin dans sa composition et dans son ethos attaché aux soins aux personnes, une répartition plus égalitaire soit davantage perceptible.²²

H. Conclusions

Le bref portrait socio-historique et institutionnel de la profession que nous avons dressé souligne que depuis son origine, la profession infirmière se structure à travers une tension entre une vocation de service et une stratégie d'autonomisation professionnelle ; cette tension reste pertinente pour comprendre le rapport des infirmières au travail et à la profession. Les données statistiques permettent aussi de rappeler la prégnance du genre féminin comme marqueur de la profession et de souligner la diversité des lieux d'exercice du métier. Le milieu hospitalier reste l'employeur majoritaire des infirmières. Cependant, d'autres secteurs, comme les soins à domicile, les maisons de repos, les maisons médicales etc., sont à prendre en considération, car ils relèvent d'autres modalités organisationnelles qui ne sont potentiellement pas sans effet sur le vécu du métier et la gestion du parcours professionnel.

L'engagement vocationnel est important, avec un rapport valorisé à la profession. Or, le travail et ses conditions d'exercice sont manifestement éprouvants, rendant difficile la conciliation de la vie professionnelle avec la vie familiale. Les horaires atypiques, la charge de travail, l'engagement nécessaire dans le travail relationnel, dans un contexte structurel accentuant la pression temporelle, génèrent le ressenti d'un conflit travail/famille non négligeable. La réduction du temps de travail en cours ou en fin de carrière, ainsi que l'usage important des congés légaux pour raisons parentales et familiales sont autant de moyens d'atténuer ce conflit.

La tension ressentie entre la part valorisées (relationnelle et technique) des soins infirmiers, et les tâches administratives décriées participe aussi à la pénibilité du métier. Cette dernière est simultanément renforcée par la pression temporelle dans la gestion des soins et par un certain manque de reconnaissance de la part des patients et des supérieurs (symboliquement – les médecins – ou hiérarchiquement – les chefs de service ou la direction). Le recours aux dispositifs d'articulation de la vie professionnelle avec la vie familiale est un moyen pour s'échapper momentanément d'un travail pénible surtout dans le secteur hospitalier. En effet, pour les infirmières pratiquant les soins à domicile ou en maisons médicales, le cadre organisationnel leur permet en général de consacrer davantage de temps à la dimension relationnelle, de moins sentir la verticalité du rapport aux médecins et de combiner de façon plus intégrative et aisée leur vie professionnelle et leur vie familiale. Il faut toutefois éviter toute généralisation car, des infirmières

²² Pour une analyse approfondie des couples d'infirmiers sous l'angle du genre, nous renvoyons au mémoire de master en sociologie de Marie-Pascale Dumont, sous la direction de Bernard Fusulier (2009).

employées par des services de soins à domicile ont témoigné d'une taylorisation grandissante de leur travail.

Les parcours de vie analysés montrent de leur côté une forte mobilité professionnelle horizontale mais aussi verticale en lien avec des efforts de formation continuée, qui n'est pas sans rapport avec une pénurie/hémorragie de main-d'œuvre (qui positivement multiplie les opportunités de changement, et négativement alourdit la charge de travail), un souci de reconnaissance et un temps de travail jugé difficile (heures supplémentaires, horaires décalés, travail durant le week-end). Lorsque l'entrée dans la profession ou l'exercice du métier sont vécus sur un mode vocationnel/passionnel, la sortie de l'emploi hospitalier et la bifurcation vers d'autres segments professionnels représentent un ajustement conforme à leur conception de la profession : un contact plus étroit avec les patients, échapper au contrôle direct des médecins, une liberté accrue dans l'organisation de la journée de travail... L'usure professionnelle aidant, la réduction du temps de travail en fin de carrière se présente comme un ajustement nécessaire pour maintenir un engagement professionnel dans le souci d'accéder à une qualité de vie. Dans l'idéal-type où le rapport au travail et à la profession est plus marqué par la dimension instrumentale, des formations spécialisantes et la recherche de postes à responsabilité ou techniques représentent une évolution positive de la carrière infirmière. Il s'exprime aussi par une tendance au maintien du temps plein en fin de carrière, surtout chez les hommes dont le rôle de *breadwinner* vient confirmer cette orientation.

Dans tous les cas, il apparaît que la difficulté des conditions de travail et l'exigence du travail de soin engendrent des stratégies d'éloignement qui se concrétisent tardivement pour le premier idéal-type avec l'acceptation des jours de congés supplémentaires ou une réduction définitive du temps de travail ou plus précocement pour le deuxième avec des trajectoires professionnelles horizontales vers les segments plus techniques, ou verticales et donc à caractère managérial.

Des différences entre les sexes sont clairement perceptibles dans cette profession très féminine, au plan de sa démographie et au plan symbolique, en particulier quand on touche à la double question des carrières professionnelles et de l'articulation travail/famille. La répartition sexuée du travail professionnel et domestique et des tâches afférant à ces deux sphères est aussi une problématique incontournable.

Au final, ce regard sur la profession infirmière à partir de différentes occasions d'APF permet non seulement de mieux la comprendre, mais aussi de mieux saisir la possibilité de contrer ce qui est politiquement qualifié de pénurie ou d'hémorragie, en agissant sur le système de travail et son organisation pour le rendre plus soutenable. Au lieu de gérer un système qui brûle les énergies en son sein, il s'agit davantage de chercher à les renouveler en tenant compte des besoins de reconnaissance au travail et dans la vie hors travail, ce que résume Nadine (57 ans, en couple, 1 enfant) : « *il faudrait d'abord humaniser la profession : le respect de l'infirmière, le respect du patient* ».

Bibliographie

- Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., 2002, « Hospital staffing, organizational support, and quality of care: Cross-national findings », *International Journal for Quality in Health Care*, n°14, pp. 5-13.
- Arborio A.-M., 2009, « Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" : les aides-soignantes à l'hôpital », in Demazière D., Gadéa C., Dir., *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, coll. Recherches, pp. 51-61.

- Berckmans G, Alvarez Irusta L, Bouzegta N, Defloor T, Peeters G, Stordeur S et Gobert M., 2008, *Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites*, Health Services Research (HSR), Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), KCE reports 86B.
- Bessière S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires sociales*, n°1, pp. 19-33.
- Blegen M.A., Goode C.J., Reed L., 1998, « Nurse staffing and patient outcomes », *Nursing Research*, 47(1), pp. 43-50.
- Bourdieu P., 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Editions de Minuit, coll. Le sens commun.
- Bucher R., Strauss A. L., 1992, « La dynamique des professions », in Strauss A. L., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, pp. 67-86 (1961).
- Chauvat-Bouëdec C., 2005, « La validation des acquis d'expérience, opportunité ou menace pour les professions de santé ? Le cas particulier des infirmier(ère)s de bloc opératoire », *Recherche en soins infirmiers*, n°81, juin, pp. 78-121.
- Chauvenet A., 1974, « L'infirmière hospitalière : technicienne ou travailleur social », *Projet*, n°90, pp. 1138-1148.
- Colin C., Gendron S., Gérald-Pointel G., Deschamps J.-P., 2004, « Infirmières et santé publique... infirmières de santé publique », *Santé Publique*, 2, n°42, pp.181-183.
- Collière M.-F., 1977, « Les débuts de la période moderne de la profession d'infirmière en France 1870-1914 », *Soins*, 22/1-4, janvier-février.
- Collière M.-F., 1982, *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, InterEditions/Massons.
- Crouzil B., 2008, « Pour un éveil au questionnement éthique des professionnels infirmiers de bloc opératoire –étude exploratoire », *Recherche en soins infirmiers*, n°92, mars, pp. 20-37.
- Dierckx de Casterlé B., Milisen K., Darras E. (dir.), Braes T., Denhaerynck K., Dierickx K., Siebens K., Dubois Y., Leonard S., 2003, *La profession infirmière en crise ? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers*, Projet sur demande du Ministère fédéral des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement, Centrum voor Ziekenhuis- en verplegingwetenschap (KUL) et Unité des sciences hospitalières et médico-sociales (UCL), Rapport de recherche.
- Duchaine A., 1993, « Photographie d'une profession : le métier d'infirmière et de soignante », *Point d'appui TEF*, Actes du 7 décembre, pp.31-38.

- Elias N., Scotson J., 1997, *Logiques de l'exclusion : enquête sociologique au coeur des problèmes d'une communauté*, Paris, Fayard.
- Feroni I., Kober-Smith A., 2005, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, 46-3, pp. 469-494.
- Forem, 2008, *Métiers en pénurie ? Dossiers de presse 2008*, Job Focus.
- Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Fusulier B., Laloy D., Sanchez E., 2009, « Être au service et articuler travail/famille. De la double disponibilité pratique et subjective chez les professionnels de la relation », *Informations sociales*, n°154, 4, pp.22-30.
- Fusulier B., Tremblay D.-G., Moulaert T., Larivière M., 2009, *Travailler plus longtemps !? L'aménagement des fins de carrière en Belgique et au Québec*, Note de recherche, GIRSEF/TELUQ, Louvain-la-Neuve/Montréal [www.telug.uqam.ca/aruc-gats et http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/girsef/documents/Note_de_recherche_Travailler_plus_longtemps.pdf].
- Fusulier B. et al., 2011, *Articuler vie professionnelle et vie familiale. Étude de trois groupes professionnels : les infirmières, les policiers et les assistants sociaux*, Louvain-la-Neuve, Presses Universitaires de Louvain.
- Gautié J., 2002, « Déstabilisation des marchés internes et gestion des âges sur le marché du travail : quelques pistes », *Document de travail du CEE*, n°15.
- Gobert M., Berckmans G., Alvarez Irusta L., Bouzegta N., Defloor T., 2009a, « Différenciation de fonction : comment optimiser la répartition des activités entre les différents acteurs au sein de la profession infirmière en Belgique ? », *Mémento de l'art infirmier 2009-2010*, Waterloo, Kluwer, pp.25-44.
- Gobert M., Berckmans G., Alvarez Irusta L., Bouzegta N. Defloor T., 2009b, « Différenciation de fonction : quelles perspectives dans le cadre de la profession infirmière en Belgique ? », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, vol.49, n°2, pp. 115-136.
- Gobert M., Darras E. Hubinon M. Defloor T., 2010, « La profession infirmière en Belgique », *Recherche en soins infirmiers*, n°100, mars, pp. 8-13.
- Gobert M, Degavre F., Closon M.-C., Gobin C., 2007, *Personnes âgées en Région Bruxelloise et acteurs du maintien à domicile : Le care sous l'angle de la santé publique et de la socio-économie*, Institut d'encouragement de la Recherche Scientifique et de l'Innovation de Bruxelles, Prospective Research for Brussels, septembre.

- Hubin-Dauby M., 2010, La convention collective de travail du 25 octobre 2005, conclue au sein de la commission paritaire des services de santé, relative à une dispense de prestations en fin de carrière, MHD/fz – 05/11/10.
- INAMI, 2008, Lettre circulaire aux praticiens de l'art infirmier, 3, <http://www.inami.fgov.be/care/FR/other/infirmiers/general-information/circulars/2008/pdf/200803.pdf>, site consulté le 15 avril 2010.
- Joiris A., 2009, *De la vocation à la reconnaissance. Les infirmières hospitalières 1789-1970*, Socrate Editions Promarex.
- Kane R.L., Shamliyan T., Mueller C., Duval S., Wilt T., 2007, *Nursing Staffing and Quality of Patient Care*, Evidence Report/Technology Assessment, n°151, AHRQ Publication n°07-E005, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, March.
- Lang T.A., Hodge M., Olson V., Romano P.S., Kravitz R.L., 2004, « Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes », *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), pp. 326-337.
- Leroy X., Hubin M., Salhi M., Stordeur S., Draelants H., De Backer B., 2003, *Manpower Planning. Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 20002010-2020. Tome 2. Le personnel infirmier et soignant: de 1995 à 2000 et de 2001 à 2020*, SESA-UCL, Bruxelles.
- Leroy X., Pacolet J., Cattaert G., Coudron V., 2005, *Manpower planning dans le champ de la santé et de l'aide sociale : Tome 4 synthèse pour la Belgique 1995-2020*, SESA-UCL, Bruxelles.
- Lesemann F., D'Amours M. (ed.), 2006, *Vieillesse au travail, emplois et retraites*, Montréal, Editions Saint-Martin.
- Lothaire T., 2009, « Secteurs d'emploi du personnel infirmier », *Mémento de l'art infirmier 2009-2010*, Waterloo, Kluwer, pp. 201-245.
- Mengal Y., 2009, « La représentation des infirmières – approches nationale, européenne et internationale », *Mémento de l'art infirmier 2009-2010*, Waterloo, Kluwer, pp. 45-71.
- Moulaert T., 2006, Le pacte de solidarité entre les générations, *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1906-1907.
- Moulaert T., 2011, « Travailler plus longtemps ? Les limites de l'activation des travailleurs âgés par l'outplacement contraint des plus de 45 ans », *Revue Belge de Sécurité sociale*, novembre (à paraître).
- Moulaert T., Fusulier B., Tremblay D.G., 2011, « Management of working time for career extension Structure and significance of reforms in different societal contexts: the case of Belgium and Quebec », *Population Review*, Project MUSE, United States, 50, pp. 138-155.

- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K., 2002, « Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals », *New England Journal of Medicine*, 346(22), pp. 1715-1722.
- OCDE, 2009, Health data,, Paris, OECD.
- Paillet A., 2009, « Les infirmières des services de réanimation néo-natale : gestion et fabrication du secret médical », in Demazière D., Gadéa C., Dir., *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, coll. Recherches pp. 342-351.
- Pouchelle M.-C., 2003, *L'Hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Editions Seli Arslam.
- Rosier J., 2003, Functiedifferentiatie in België: Nieuwe kans voor een dertig jaar oud idee, *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, Juin, 113(6), pp. 28-33.
- SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2009, *Toekomstprojectie voor de Planningscommissie medisch aanbod, Basisscenario rapport verpleegkunde 2009*, Document technique, Version provisoire, août.
- Stordeur S., Hubin M., Leroy X., 2001, « L'offre et la demande d'infirmier(ère)s en Communauté Française et Germanophone de Belgique », *Hospital.be*, n°247, 4, <http://www.hospitals.be/francais/revue/hb247/stordeur.html>, site consulté le 15 avril 2010.
- Stordeur S., Keppens K., D'Hoore W., 2006, *Projet ARIQ : attractivité, rétention, implication des infirmières et qualité des soins*, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, mars.
- Stordeur S., Kiss P., Verpraet R., De Meester M., Braeckman L., D'Hoore W., 2003, « Intent to leave nursing in Belgium », in Hasselhorn H.M., Tackenberg P., Mueller B., Eds, *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, Working Life Research Report 7, Stockholm, National Institute for Working Life, pp. 125-135.
- Tourangeau A.E., Doran D.M., McGillis H.L., O'Brien P.L., Pringle D., Tu J.V., Cranley L.A., 2007, « Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients », *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), pp. 32-44.

Annexe : Profil des répondants aux entretiens semi-directifs retranscrits

Prénom	Age (en année)	Nombre d'enfants	Âge des enfants	Statut matrimonial	Temps de travail	Secteur *
Anne	41	2	14 et 12 ans	En couple	4/5ème temps	H
Alain	46	1	17 ans	En couple	T plein	SD
Alice	42	3	14, 10, 3 ans	En couple	Mi-temps	H
Amelia	50	3	16, 18, 20 ans	En couple	T plein	SD
Andréa	36	1 enfant et enceinte	10 ans	En couple	3/4 temps	H
Bruno	37	1	5 ans	En couple	T plein	H
Caroline	33	0	0	En couple	T plein	H
Charlotte	46	0	0	Célibataire	4/5ème temps	ONG
Corinne	41	1	2 ans	Célibataire	T plein	SD
Diane	41	3	7, 7, 18 mois	En couple	4/5ème temps	H
Éliane	40	2	6, 15 mois	En couple	4/5ème temps	H
François	38	3	9, 5, 3 ans	En couple	T plein indépendant	SD
Françoise	37	2	7, 2 ans	En couple	T plein	SD
Georges	42	2	6, 15 mois	En couple	T plein	H
Jacques	46	4 (dont 2 en tant que beau-père)	16, 22, 22, 24 ans	En couple	T plein	H
Jérôme	41	1	4 mois	En couple	T plein	H
Jonathan	47	2	5, 3 ans	En couple	T plein	H
Julie	36	3	9, 5, 3 ans	En couple	Temps partiel mais entreprise familiale	SD
Juliette	56	2	28, 32 ans	En couple	Mi-temps + ¼ temps	H + SD
Laetitia	32	1	2 ans	En couple	T plein	H
Leila	32	1	1 an	En couple	T plein	H
Léopold	50	2	12 et 16 ans	En couple	T plein	ONG
Luc	31	0	0	En couple	T plein	H
Lucie	30	1	2 mois	En couple	T plein	H
Marc	45	1		En couple	T plein	MD
Marie	35	1	8 mois	En couple	T plein	MR
Mariette	41	3	17, 13, 8 ans	En couple	T plein	H
Marie-Paule	58	3		En couple	Prépension	H
Martine	51	2	20, 23 ans	En couple	T plein	H
Maude	36	1	1 an	En couple	T plein	H
Nadine	57	1	31 ans	En couple	T plein	MR

Pascale	35	1	5 ans	En couple	T plein	SD
Patricia	48	1	17 ans	En couple	T plein	H
Paul	30	1	4 mois	En couple	T plein	SD
Pierre	42	2	14 et 12 ans	En couple	T plein	H
Sébastien	33	1	2 mois	En couple	T plein	H
Sophie	38	3	11,6, 2 ½ ans	En couple	T plein	SD
Stéphane	43	2 et sa femme est enceinte	16 et 10 ans	En couple	4/5ème temps	H
Solange	50	2	23 et 19 ans	En couple	4/5ème temps	H
Thomas	37	3	17, 13, 8 ans	En couple	T plein	H
Viviane	62	3	23, 37, 39 ans	Célibataire	4/5ème temps	MD
Willy	50	3		En couple	T plein	H

* H = Hôpital ; MR = Maison de repos ; MD = Maison médicale SD = Soins à domicile ; ONG = Organisation non gouvernementale