
Analyse de l'implémentation de la vérification de l'identité du patient auprès des infirmiers indépendants liégeois

Auteur : Bosson, Eliane

Promoteur(s) : Schoenaers, Frederic

Faculté : Faculté des Sciences Sociales

Diplôme : Master en sciences du travail

Année académique : 2017-2018

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/4645>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative" (BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

NOM :

Prénom :

Matricule :

Filière d'études :

Remerciements

Face aux difficultés que représente la rédaction d'un travail de fin d'études, nous souhaitons exprimer notre reconnaissance à Monsieur Frédéric Schoenaers, notre promoteur, pour ses précieux conseils, sa guidance et son aide pendant la réalisation de ce travail.

Nos plus vifs remerciements vont également à notre lectrice, Madame Cynthia Slomian, pour sa judicieuse aide, le temps consacré à répondre à nos nombreuses questions et ses propositions en vue d'enrichir cette recherche.

Par ailleurs, celle-ci n'aurait pas abouti sans l'aide précieuse de nos intervenants qui ont accepté de nous consacrer de leur temps. Nous les remercions.

Enfin, l'élaboration de ce travail a mobilisé plusieurs de nos proches, à qui nous adressons également nos remerciements.

Table des matières

Remerciements	1
1. Introduction	4
2. Contextualisation.....	6
2.1. Les prestataires de l'art infirmier (PAI)	6
2.1.1. Quid des soins à domicile ?	7
2.1.2. Qu'est-ce que « MyCareNet » ?	9
2.1.3. Qu'est-ce que le régime du « tiers-payant » ?	9
2.2. L'INAMI	10
2.3. Les mutualités.....	11
2.4. Les logiciels de soins infirmiers	12
2.5. Les bureaux de tarification	13
2.6. La vérification de l'identité du patient	13
3. Cadre théorique	15
3.1. Le changement et ses résistances	15
3.2. L'acteur et le système	17
3.3. La théorie de l'acteur-réseau	18
3.4. L'illusion informaticienne	19
4. Méthodologie.....	21
4.1. De la phase exploratoire à la question de recherche.....	22
4.2. Les entretiens semi-directifs.....	23
4.3. Le guide d'entretien.....	25
4.4. Les observations participantes.....	26
4.5. La grille d'observation participante.....	26
4.6. La littérature grise	27
5. Description des résultats.....	28
5.1. Les PAI.....	28
5.1.1. Informations récoltées par le biais de nos entretiens semi-directifs	28
5.1.2. Informations récoltées par le biais de nos observations participantes	33
5.2. Les autres acteurs	35
5.2.1. Les employés de mutuelle en charge de la facturation des soins infirmiers	35
5.2.2. La société de logiciel de soins infirmiers	36
5.2.3. Le bureau de tarification.....	38
5.2.4. L'INAMI	39

6.	Discussion	41
6.1.	Le changement et ses résistances	41
6.2.	L'acteur et le système	43
6.3.	La théorie de l'acteur-réseau	47
6.4.	L'illusion informaticienne	50
7.	Conclusion	52
8.	Bibliographie	56
8.1.	Ouvrages et articles	56
8.2.	Littérature grise	59
	Annexes	62
	Tableau récapitulatif des infirmiers interviewés	62
	Guide d'entretien PAI	62
	Grille d'observation participante	63
	Guide d'entretien Logiciel	63
	Guide d'entretien Bureau Tarification	64
	Guide d'entretien Mutuelle	64
	Guide d'entretien SECM	64
	Guide d'entretien Service Soins de Santé (par le biais de mails)	64

1. Introduction

Depuis le 1^{er} octobre 2017, un grand changement est apparu dans le domaine des soins infirmiers à domicile : en effet, les praticiens de soins infirmiers à domicile ont dorénavant l'obligation de vérifier l'identité des bénéficiaires de soins, par l'intermédiaire de leur carte d'identité ou documents d'identification, lors de chaque visite chez ceux-ci.

Nos lecteurs ont peut-être eu l'opportunité de s'informer de cette mesure par le biais des médias, le sujet ayant été maintes fois traité par ceux-ci. Les nombreux échos médiatiques ont souvent été négatifs, le système étant apparemment décrié par la profession comme une mesure contraignante, chronophage.

Infirmière de formation et ancienne pratiquante des soins à domicile, nous avons été sensibilisée par ces propos et avons décidé de nous intéresser à cette nouvelle obligation dans le cadre de la présente recherche.

Le Forem (service public wallon de l'Emploi et de la Formation professionnelle), par sa publication sur l'état des lieux socio-économique de la Wallonie, en 2014, souligne les transformations que connaît le secteur de la santé, dues notamment aux « *évolutions technologiques, au vieillissement de la population mais aussi aux contraintes budgétaires et aux choix politiques* ». Bien qu'il n'ait pas été touché par la crise financière, il « *en ressent les effets au travers des politiques de maîtrise des dépenses publiques* » alors même que les « *besoins en soins de santé et/ou aides et soins à domicile augmentent* » (Forem, 2014 : 24). La nouvelle mesure s'inscrit donc dans ces politiques qui visent la maîtrise des dépenses, cherchant à vérifier la réalisation des soins portés en compte auprès de l'Assurance Soins de Santé par les prestataires de l'art infirmier (PAI) à domicile.

Cependant, cette mesure représente un changement important pour ceux-ci et nous avons choisi de nous intéresser à leur appropriation du nouvel outil, le lecteur, notamment à celle des indépendants, jugeant qu'ils disposent d'une plus grande marge de manœuvre que les salariés. Pour répondre à notre question de recherche, « Comment les infirmiers indépendants liégeois s'approprient-ils la vérification de l'identité du patient ? », nous avons émis deux hypothèses. La première (H1) : les PAI indépendants ressentent la vérification de l'identité du patient comme un nouveau moyen de contrôle de leur pratique. La deuxième (H2) : l'implémentation de la vérification de l'identité du bénéficiaire de soins est dépendante du système d'action dans lequel elle s'inscrit.

Nous avons commencé notre travail par une mise en contexte de notre recherche, pour permettre à nos lecteurs de cerner l'environnement et les acteurs de celle-ci. Notre public pourra alors se familiariser avec les PAI, les spécificités des soins infirmiers à domicile, l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité (INAMI), les mutualités, les logiciels des soins infirmiers, les bureaux de tarification ainsi

que les évolutions administrative et informatique du secteur des soins infirmiers indépendants à domicile.

Par la suite, nous présentons les concepts que nous avons choisis de mobiliser. Nous commençons par le changement et ses résistances, en nous inspirant de Pichault et Soparnot. Nous nous référions ensuite à Crozier et Friedberg avec leur théorie sur l'acteur et le système. Akrich et Callon nous inspirent pour la suite avec leur théorie de l'acteur-réseau et la place du « non-humain ». Enfin, vu le changement informatique qui touche le métier d'infirmier à domicile, nous avons sollicité l'ouvrage de Francis Pavé, « L'illusion informaticienne », pourtant paru en 1989 mais toujours d'actualité.

Pour réaliser notre travail, nous avons utilisé une méthodologie précise : nous avons choisi d'exposer le cheminement de notre question de recherche, des prémisses de cette étude jusqu'à sa forme actuelle. Nous avons adopté une recherche de type qualitative et compréhensive en nous basant sur nos entretiens semi-directifs avec 11 PAI indépendants, 2 agents de mutualité, 1 cadre d'une société d'informatique, 1 travailleur d'un bureau de tarification, l'échange de mails (faute d'obtenir une entrevue) avec 2 agents du service Soins de Santé de l'INAMI et 2 entretiens informels avec des agents de son service d'évaluation et contrôle médicaux (SECM). De plus, nous avons réalisé 10 observations participantes avec 3 de nos PAI et nous avons consulté la littérature grise, parmi laquelle des articles scientifiques, des rapports et des forums de discussion d'infirmiers.

La partie empirique débute avec une description des résultats obtenus par nos entretiens auprès des PAI et des autres acteurs mais aussi par nos observations. Différents extraits de nos entrevues ont été sélectionnés, afin de permettre à notre public de cerner la problématique retenue.

Après avoir décrit les résultats obtenus, nous passons à une analyse de ceux-ci, en parallèle avec les concepts présentés dans notre cadre théorique. Cependant, nos lecteurs remarqueront que nous avons également utilisé de nouveaux concepts, apparus dans le déroulement de nos entretiens, tels que les phénomènes de « stigmatisation », de « normalisation » ou de « déviance ».

Enfin, nous présentons nos conclusions au vu des résultats analysés pour clôturer notre présente recherche. Notre public peut également prendre connaissance des limites de ce travail, comme l'absence d'entretien avec des médecins ou kinésithérapeutes sur leur vision de cette nouvelle mesure ou encore l'intérêt porté sur une seule société de logiciel. Nous explicitons également les difficultés que nous avons rencontrées.

2. Contextualisation

Dans ce chapitre, nous visons à éclairer nos lecteurs sur les différents acteurs qu'ils sont amenés à rencontrer dans le présent travail. En ce sens, nous avons choisi d'expliquer qui sont les prestataires de l'art infirmier, la particularité des soins à domicile, l'INAMI, les mutualités, les logiciels de soins infirmiers, les bureaux de tarification mais aussi, et surtout, la vérification de l'identité du patient dans le cadre du régime du tiers payant en Belgique. Cependant, avant de décrire les différents intervenants, il est important de se pencher du secteur de la santé en Belgique.

En Belgique, comme dans d'autres pays européens, « *l'État a joué un rôle prépondérant* » (Carré, 2001 : 2) pour développer et structurer le secteur des soins de santé. Grâce aux politiques keynésiennes, les activités non marchandes se sont développées et « *se sont traduites par la mise en place d'un régime de sécurité sociale, d'une prise en charge des soins de santé et d'hospitalisation* » (Carré, 2001 : 2). Comme dans les autres pays européens, la Belgique a été confrontée « *à une croissance importante des dépenses de santé dans un contexte de déficits publics* » (Closon et Perelman, 2003 : 48). Actuellement, « *l'État tente de réduire les coûts alors que la demande de consommation est en forte expansion* » (Carré, 2001 : 2), notamment en raison du vieillissement de la population, des avancées médicales, etc. Dans cette optique, l'Etat mise sur les technologies de l'information et de la communication « *pour réduire les coûts et rationaliser* » (Carré, 2001 : 2) ce secteur. Pour la réduction des coûts, différentes mesures ont déjà été prises : diminution de la durée d'hospitalisation, responsabilisation des différents acteurs, « *l'introduction d'un financement plus forfaitarisé de la journée d'entretien (soins hôteliers et infirmiers) dans les hôpitaux belges* » (Closon et Perelman, 2003 : 50), etc. Si la réduction des dépenses a d'abord visé le secteur hospitalier, l'Etat s'intéresse également au secteur des soins à domicile, vu que la diminution de la durée d'hospitalisation entraîne une prise en charge du bénéficiaire de soins à son domicile. C'est dans ce contexte de recherche de rationalisation des coûts du secteur de la santé qu'intervient le sujet de notre étude : la vérification de l'identité du patient par les infirmiers à domicile.

2.1. Les prestataires de l'art infirmier (PAI)

L'histoire des soins infirmiers débute relativement tôt. D'abord dispensés par « *philanthropie classique pratiquée dans diverses sociétés* » ainsi que par « *l'Eglise naissante et la charité qu'elle prêchait inlassablement* », les soins ont eu pour visée le « *soulagement des souffrances et de la misère* ». Ils étaient alors prodigués par des moines et des moniales qui adoptent « *la position de l'Eglise : indigent, affamé ou souffrant, le pauvre incarne le personnage du Christ* » (Geadah, 2012 : 20). L'évolution de l'art infirmier doit beaucoup à Florence Nightingale, qui pensait essentiel de disposer d'« *une solide préparation à affronter la misère et les ordres institutionnels avec*

clairvoyance et sens des responsabilités » (Geadah, 2012 : 27) pour prodiguer des soins. En ce sens, elle a permis la professionnalisation des soins infirmiers par la formation.

Freidson, dans son ouvrage sur la profession médicale, décrit le métier des prestataires de soins infirmiers comme appartenant aux « *métiers paramédicaux* » (Freidson, 1984 : 58), qui assistent les médecins, n'exercent « *qu'à la demande ou sur l'ordre du médecin* » (Freidson, 1984 : 59) et sont soumis au contrôle médical. Il explique que le prestige de ces métiers est moindre que celui de la profession médicale, bien que les praticiens tentent de se donner un statut professionnel, notamment par un « *cursus de formation standard obligatoire, [...] l'inscription aux registres en vue d'exercer un contrôle sur les autorisations de travail* » (Freidson, 1984 : 86). Il traite du contrôle que subissent les paramédicaux par la profession médicale et établit que ces métiers se sont construits sur base de la division du travail médical, notamment par délégation de tâches ingrates de celui-ci vers les prestataires de l'art infirmier.

En Belgique, la législation, via la loi du 10 mai 2015¹, loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, recouvre, parmi d'autres, l'exercice de l'art infirmier. Elle définit l'art infirmier et spécifie les conditions requises pour pouvoir l'exercer. Elle explicite les points importants de la formation en soins infirmiers, reconnaissant le « *brevet en soins infirmiers* » et le « *baccalauréat en soins infirmiers* », qui sont les deux filiales de formation de notre pays pour accéder au titre d'infirmier. Le premier concerne l'enseignement secondaire de quatrième degré alors que le deuxième est présenté par les Hautes Ecoles. La législation précise également l'exercice de l'art infirmier, les missions du Conseil fédéral de l'art infirmier ainsi que sa composition, les missions de la Commission technique de l'art infirmier et sa composition.

La Belgique, selon Gobert et al., en 2010, recense 180.000 prestataires de l'art infirmier (PAI). Les PAI exercent leur métier dans différents secteurs : la plupart d'entre eux, environ 60%, pratiquent en milieu hospitalier, où ils représentent à peu près 80 % du personnel soignant. Ils y « *assument des fonctions de soins mais aussi de gestion, de formation ou de recherche dans la mesure où ils disposent des titres requis* » (Gobert et al., 2010 : 11). Un autre domaine de leur pratique se situe au niveau des « *structures de long séjour pour personnes âgées. Les dernières estimations comptabilisent environ 14000 PAI prestant dans ces structures* » (Gobert et al., 2010 : 11). Leur fonction dans ces lieux englobe les soins et de la gestion mais ils ne représentent qu'une faible partie du personnel soignant.

2.1.1. Quid des soins à domicile ?

Il existe une catégorie de soins primaires reconnue par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Barbara Starfield, reprise par Crismer et al., les définit ainsi : « *ils servent de premier point de contact*

¹ Loi du 10 novembre 2015, loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi consulté le 27 septembre 2017

pour tout nouveau besoin et problème de santé, ils délivrent des soins à long terme centrés sur la personne, ils rencontrent de façon globale tous les besoins de santé sauf ceux dont la rareté ne permet pas à un généraliste de les prendre en charge, ils coordonnent les soins qui doivent être reçus ailleurs » (Starfield, citée par Crismer et al. , 2016 : 378-379). Cette définition permet de rappeler à nos lecteurs que le milieu hospitalier n'est pas le seul à dispenser des soins. En effet, vu le « *vieillissement de la population, le nombre croissant d'affections chroniques, la pression sur le secteur hospitalier en vue de réduire la durée de séjour et le besoin d'organiser des soins post-aigus de qualité, l'entrée en maison de repos ou maison de soins à un âge et un niveau de dépendance toujours plus avancés* » (KCE, 2010 : 5), les soins à domicile (SAD) prennent une place importante dans le secteur des soins de santé en Belgique.

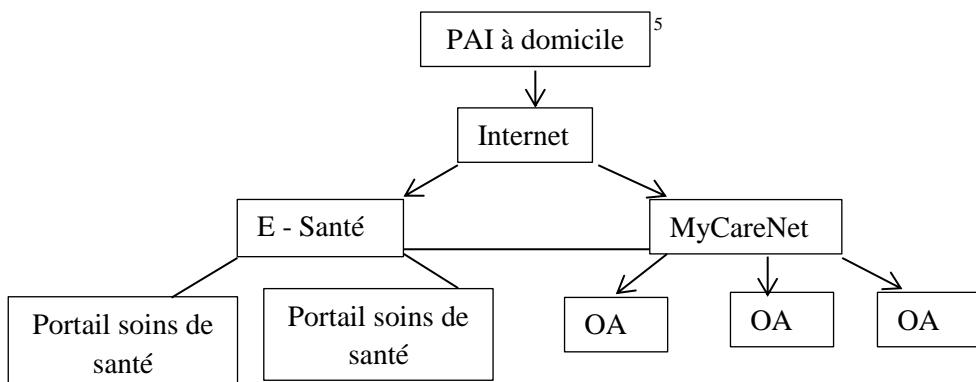
Les SAD peuvent être prodigués par des infirmiers salariés (qui travaillent pour des centrales de soins à domicile ou des maisons médicales) ou encore par des PAI indépendants. Freidson, à ce sujet, compare le PAI indépendant à « *un artisan indépendant* » qui dépend des « *ordonnances légales du médecin et des demandes du malade et de sa famille* » (Freidson, 1984 : 73). Le PAI qui décide d'exercer à domicile, qu'il soit indépendant ou salarié, doit se doter d'un numéro INAMI (Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité, nous en parlons plus loin dans ce chapitre) et peut signer une convention nationale avec ce même institut. Ses honoraires sont alors établis pour les actes repris dans la nomenclature par ladite convention. Pour la présente recherche, nous nous sommes particulièrement intéressée aux PAI indépendants : nous estimons, en effet, qu'ils disposent de plus de marge de manœuvre que les salariés et qu'ils adoptent probablement des stratégies complexes en vue de servir leurs buts. Nous revenons sur ces explications avec plus de précisions dans notre chapitre « Méthodologie ».

Les SAD sont financés par l'INAMI, soit de façon forfaitaire, soit à l'acte ou encore par des accords spécifiques, pour les soins non repris dans la nomenclature, comme la dialyse péritonéale. Un financement forfaitaire « *couvre surtout les activités infirmières requises par des patients présentant des déficiences dans la réalisation des activités de la vie quotidiennes (AVQ). [...] La prescription médicale n'est pas nécessaire pour les soins d'hygiène dans le cadre de ce financement* » (KCE, 2010 : 7). Le PAI qui établit une demande de toilette pour un bénéficiaire de soins le fait de façon autonome, il l'envoie à la mutualité du patient et elle sera validée par le médecin-contrôle de celle-ci. La quasi-totalité du reste des actes de la nomenclature dépend essentiellement d'une prescription médicale (sauf, par exemple, la consultation infirmière). Parmi les activités les plus fréquemment réalisées à domicile, nous comptons « *les soins d'hygiène [...], l'observation de l'état général du patient [...] et l'échange d'information au sujet du patient [...]* » (Heyden et al., 2011 : 75).

En 2016, l'INAMI recense 30.026 PAI² qui ont attesté au moins une prestation de l'art. 8 de la nomenclature. Ce nombre augmente ces dernières années : « *15 % de PAI exercent aussi à domicile, majoritairement en tant qu'infirmiers indépendants (près de 2/3) ou en tant que salariés dans un centre d'aide et de soins à domicile [...]. Ils y ont une fonction clinique et d'éducation à la santé, voire de coordination des soins et de l'aide à domicile* » (Gobert et al., 2010 : 11).

2.1.2. Qu'est-ce que « MyCareNet » ?

Les soins infirmiers à domicile sont facturés de manière électronique via « MyCareNet ». Il s'agit d'une plateforme qui permet, pour les dispensateurs de soins, d'échanger des informations avec les mutualités. Elle a été mise en place dans le cadre du projet « e-Santé », qui vise à informatiser les soins de santé de manière générale. Tous les dispensateurs de soins n'y sont pas encore reliés, tels que les kinésithérapeutes, etc. Les informations échangées concernent la facturation des prestations de santé prodiguées, des demandes diverses à soumettre au médecin-contrôle de la mutualité (demande de toilette, etc.). Il s'agit donc d'un réseau créé et géré par le Collège Intermutualiste National³ (CIN) qui permet aux prestataires de soins, via Internet, la transmission des informations, en utilisant également la plateforme e-Health⁴, pour la connexion entre les différents portails du secteur des soins de santé.



2.1.3. Qu'est-ce que le régime du « tiers-payant » ?

Il s'agit, pour les prestataires de soins concernés, de facturer directement leurs prestations à la mutualité des bénéficiaires de soins. Le patient, dans ce cas, peut être amené à payer une quote-part personnelle, appelée ticket modérateur. Le « tiers-payant » est donc représenté par la mutualité du bénéficiaire de soins qui paie la majorité de la prestation au prestataire. Il existe des prestations pour

² Source : échange de mail avec le service Soins de Santé de l'INAMI. Il est à noté qu'il n'existe pas de distinction, dans le recensement, entre les notions d'« indépendant », de « salarié » ou de « fonctionnaire ».

³ Le CIN est « une association de mutualités composée des représentants des 5 Unions Nationales de mutualités ainsi que de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité et de la Caisse des Soins de Santé de HR Rail ». Source : <http://fra.mycarenet.be/wie-zijn-we> consulté le 1er février 2018

⁴ E-Santé constitue la mise en place, pour l'Etat belge, de l'informatisation des soins de santé, en vue de diminuer ses dépenses dans ce domaine mais aussi de les rendre efficientes. Il s'agit d'une action publique dont la surface visible est son site Internet et sa plate-forme « e-Health » pour l'échange d'informations électroniques.

⁵ Source : <http://fra.mycarenet.be/algemene-beschrijving> consulté le 1 er février 2018

lesquelles le régime du « tiers-payant » n'est pas applicable (comme les dialyses péritonéales), mais il ne s'agit pas du sujet de la présente recherche.

Les PAI appliquant le régime « tiers-payant » doivent envoyer leur facturation via la plateforme « MyCareNet » depuis le mois de juillet 2012. Dans le cas des PAI, s'ils optent pour ce type de traitement, ils doivent l'appliquer chez tous les bénéficiaires de soins, comme l'énonce la convention qu'ils peuvent signer avec l'INAMI.

2.2. L'INAMI

Dans le cadre de notre recherche sur la vérification de l'identité du patient pour les soins infirmiers à domicile, nous avons, précédemment, identifié les PAI indépendants. Nous avons constaté que ceux-ci peuvent être conventionnés auprès de l'INAMI, comme la totalité des PAI que nous avons interrogés. Leurs honoraires sont définis par cet organisme parastatal de sécurité sociale et ils peuvent être soumis à un contrôle de celui-ci. Nous estimons qu'il s'agit alors d'un acteur à prendre en compte dans le cadre de notre recherche.

L'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité dépend du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé avec lequel il a conclu un contrat de gestion, remis à jour régulièrement. Au niveau historique, la Sécurité Sociale belge naît à la suite de la deuxième guerre mondiale, avec son Fonds National d'Assurance Maladie Invalidité, sur base du modèle bismarckien, avec son financement principalement basé sur les cotisations sociales des travailleurs, proportionnelles au salaire. Le Fonds National d'Assurance Maladie Invalidité persiste jusqu'en 1963, année où il laisse sa place à son successeur, l'INAMI. Cette institution publique de sécurité sociale a connu de nombreuses modifications et est désormais divisée en six différents départements :

- le Service des soins de santé est en charge de l'administration de l'Assurance Soins de Santé ; c'est le service qui, entre autres, promulgue les règlementations relatives aux dispensateurs de soins ;
- le Service des indemnités ;
- le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) qui contrôle les dispensateurs de soins, les informe et évalue leurs pratiques ;
- le Service du contrôle administratif ;
- le Service du Fonds des accidents médicaux ;
- les Services généraux de support (ou Services généraux)⁶.

⁶ Source : <http://www.inami.fgov.be/fr/inami/structure/Pages/default.aspx#.WnNR0ojOXIV> consulté le 1^{er} février 2018

Cette institution assure l'accessibilité aux soins de santé nécessaires pour tous les assurés sociaux ainsi que leurs remboursements. Elle gère l'efficacité des soins, par information, évaluation et contrôle des dispensateurs, des mutualités voire des assurés sociaux. Elle fixe majoritairement les tarifs, honoraires perçus par les dispensateurs de soins, tout en veillant à leur financement correct et à celui des mutualités. Elle encadre l'obtention de revenus de remplacement ou la réinsertion en cas d'incapacité de travail voire à l'obtention d'un revenu de substitution pour les congés de maternité/paternité. Elle élabore la réglementation relative à l'assurance maladie (avec les partenaires dont nous traitons dans le paragraphe suivant). Enfin, elle organise la concertation entre les différents acteurs de l'assurance.

Pour remplir ses missions, l'INAMI collabore avec différents partenaires tels que les « *mutualités, les organisations patronales et syndicales ainsi que les dispensateurs de soins [...] présents dans les divers comités institués auprès de l'INAMI* ⁷ ».

Sa gestion, comme mentionnée dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, est assurée par un Comité général de gestion, composé de représentants des organisations représentatives des employeurs, des travailleurs indépendants, des travailleurs salariés et de représentants des organismes assureurs.

Pour fixer les honoraires des prestations, l'Assurance Maladie Invalidité reconnaît une liste codée des prestations de santé partiellement ou complètement remboursées, appelée nomenclature des prestations de santé, que nous retrouvons en annexe de l'AR du 14 septembre 1984.

2.3. Les mutualités

Alors que nous avons développé nos points sur les PAI indépendants et sur l'INAMI, nous avons jugé que les mutualités méritent également d'être présentées à nos lecteurs, vu qu'elles contrôlent les facturations envoyées par les PAI indépendants et qu'elles traversent également le changement induit par la vérification de l'identité du bénéficiaire de soins. Les organismes assureurs constituent les précurseurs de l'INAMI (et du Fonds National d'Assurance Maladie et Invalidité) : en effet, c'est à la fin du 19^{ème} siècle que voient le jour les premières caisses de secours mutuels, ancêtres des mutualités actuelles.

Il s'agit d'organismes de sécurité sociale, en charge de la gestion courante des dépenses dans le cadre de l'Assurance Soins de Santé et Indemnités. Elles sont construites sous la forme d'associations de personnes physiques, définies par la loi du 6 août 1990. Leur mission est, « *dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, [...] de promouvoir le bien-être physique, psychique et social* » (extrait de la loi du 6 août 1990, relative aux mutualités et aux unions

⁷ Source : <http://www.inami.fgov.be/fr/inami/Pages/partenaires-inami.aspx#.WnNT6ojOXIU> consulté le 1 er février 2018

nationales). Elles exercent leurs activités sans but lucratif, sous le contrôle de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM).

Elles sont financées par les cotisations de leurs affiliés et par des subventions de l'Etat. Elles remboursent aux patients les prestations non soumises au « tiers-payant » et aux prestataires celles qui répondent à ce régime. En ce sens, elles font figure d'intermédiaire entre l'INAMI et le citoyen. En vue de la réduction des dépenses dans le secteur de la santé, elles ont été soumises à des mesures visant à les responsabiliser face aux dépenses de leurs affiliés (Closon et Perelman, 2003 : 48). Elles ont pour mission de vérifier les factures qui leur sont soumises, tant leur bien-fondé que leur conformité à la législation. Cette mission a été adoptée en vue de les responsabiliser face à leurs dépenses, en matière de soins de santé. Elles sont donc tenues de vérifier que les PAI du domicile identifient leurs patients à chaque passage pour les soins qu'ils portent en compte à l'Assurance Maladie Invalidité.

Les mutualités ont l'obligation de s'affilier à une union nationale de mutualités, qui doit au moins comptabiliser cinq mutualités. Celles-ci sont liées à la gestion de l'Assurance Maladie Invalidité vu qu'elles doivent instaurer au moins un service qui a pour but : « *a) la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités [...], b) l'intervention financière pour leurs (membres) et les personnes à leur charge, dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité ou l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou lorsque se produit une situation en vertu de laquelle le bien-être physique, psychique ou social [...] peut être encouragé* » (extrait de la loi du 6 août 1990, relative aux mutualités et aux unions nationales).

2.4. Les logiciels de soins infirmiers

Nous l'avons vu précédemment, les PAI disposent d'une plateforme informatique pour l'envoi de leur facturation ou de documents administratifs nécessaires dans l'exercice de leur métier. Pour faciliter et uniformiser l'accès à cette plateforme ainsi que l'envoi de données codées, ils doivent acheter une licence proposée par différentes sociétés de logiciels de soins infirmiers. Les PAI ne sont pas les seuls à disposer de ce service, mais celui-ci est spécialisé à leur métier, leur nomenclature, leurs spécificités d'exercice. Ces logiciels doivent être homologués par l'INAMI. Ils permettent la traduction des données enregistrées et envoyées par les logiciels des mutualités, différents de ceux-ci. Nous les impliquons dans notre recherche vu qu'ils ont dû être transformés pour permettre l'application de la directive légale de vérification de l'identité du patient. Pour la présente recherche, nous nous sommes concentrée sur une seule société de logiciel de soins infirmiers, vu que celle-ci équipe tous nos PAI interviewés.

2.5. Les bureaux de tarification

Il s'agit de bureaux qui offrent, contre un pourcentage du chiffre réalisé par le PAI indépendant, d'effectuer la tarification de celui-ci, de lui simplifier les tâches administratives en complétant les différents documents administratifs requis dans l'exercice de sa fonction. Ces bureaux utilisent alors le logiciel de soins infirmiers de leur choix. Nous les citons comme acteurs dans notre recherche vu qu'ils ont également été impactés par l'implémentation de la lecture de carte d'identité des bénéficiaires de soins, puisque, pour pouvoir facturer les soins des PAI, il faut que ceux-ci vérifient l'identité de leurs patients.

2.6. La vérification de l'identité du patient

Bien qu'il ne s'agisse pas, à proprement parlé, d'un acteur, la nouvelle mesure constitue le point central de notre recherche. Alors qu'elle a été appliquée par les PAI à partir du 1^{er} octobre 2017, c'est la loi du 29 janvier 2014 portant sur les dispositions relatives à la carte d'identité sociale et la carte ISI+⁸ qui a habilité le Roi à faire de la vérification de l'identité du patient une condition d'application du « tiers-payant ». L'arrêté royal du 18 septembre 2015, publié le 23 septembre 2015, portant sur l'exécution de l'article 53, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonné le 14 juillet 1994, relatif au régime du « tiers-payant », article 3, exécute cette habilitation. Enfin, les articles 32/1 et suivants du règlement du 28 juillet 2003 du Comité de l'assurance de l'INAMI fixent les modalités pratiques de cette vérification.

Pour l'application du « tiers-payant », nous nous concentrerons sur les obligations des PAI, depuis la législation précédemment évoquée. Ils doivent contrôler l'assurabilité du bénéficiaire de soins, par le biais de la plateforme « MyCareNet », envoyer leur facturation électronique via la même plateforme mais aussi contrôler l'identité du bénéficiaire de soins, grâce à, si possible, la lecture de carte d'identité de celui-ci. En cas de lecture de carte impossible (souci technique ou carte manquante), ils peuvent lire une vignette mutualité du patient, une attestation de perte ou de vol, une carte ISI+⁹, une attestation d'assuré social. S'ils ne répondent pas à l'obligation de vérification d'identité du patient, ils ne peuvent attester des soins fournis et ne sont donc pas rémunérés. La réglementation INAMI leur demande 90% de lecture de carte d'identité, de carte ISI+ ou d'une attestation d'assuré social valide et autorise un maximum de 10% d'encodage manuel du numéro d'identification de la sécurité sociale ou de lecture du code-barres de la vignette de mutuelle, sur la totalité de la facturation envoyée (quelle que soit la périodicité de leur envoi de facturation). Ils doivent également indiquer la raison de

⁸ Source : Loi du 29 janvier 2014 portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et la carte ISI+, source : <https://www.ksz-bcss.fgov.be/fr/legislation/carte-isi/loi-du-29-janvier-2014-portant-des-dispositions-relatives-a-la-carte-didentite> consulté le 24 janvier 2018

⁹ La carte ISI+ est un document délivré aux personnes qui ne remplissent pas les conditions pour posséder un document d'identité électronique mais qui bénéficient quand même de la sécurité sociale belge. Source : https://www.mc.be/la-mc/soins-sante-remboursements/carte_isi consulté le 1er février

l'enregistrement manuel de données, si le patient ne dispose pas d'une puce sur son document d'identité, si la lecture de la puce ne fonctionne pas ou si le système informatique est en panne. S'ils scannent le code-barres de la vignette, ils ont aussi pour obligation d'en préciser les raisons : soit un contact avec le patient n'est pas requis pour la prestation (comme pour la consultation infirmière), soit celui-ci ne dispose pas d'un document d'identification valide. En cas de non-respect des 90 %, ils s'exposent à un « signalement » qui induit une probabilité de contrôle du service de contrôle de l'INAMI, en vue d'examiner les raisons de ce dépassement.

Dans le cadre de notre recherche, vu que les PAI interrogés utilisent un logiciel de soins infirmiers émis par une même entreprise, nous nous sommes concentrée sur celle-ci. Pour lire la carte d'identité, elle propose à ses clients de s'équiper de leur lecteur de carte, d'un téléphone ou d'une tablette compatible et d'une de leurs deux applications mobiles payantes. La première, à 15 €/mois, lit la carte ou les autres documents et enregistre les informations sur un « cloud » lié au logiciel du PAI ; l'autre, à 30€/mois, permet, outre les fonctionnalités de la première, l'enregistrement de commentaires, le transfert d'un patient à un autre PAI (pour ceux qui travaillent en équipe), l'émission de différentes alertes lorsque certains documents administratifs arrivent à échéance, l'ajout de photographies. Pour la lecture de la carte d'identité, cette firme a choisi un lecteur qui fonctionne par Bluetooth, connecté au téléphone portable du PAI, rechargeable par câble USB. Des entreprises concurrentes ont proposé d'autres types de lecteur, certains raccordés par câble au téléphone, d'autres des tablettes avec lecteur de carte intégré, etc. Il est intéressant de préciser que, bien que les PAI aient l'obligation d'utiliser un logiciel de facturation homologué, cette obligation n'est pas requise pour les moyens de lecture de carte.

La vérification de l'identité du patient constitue un changement pour les PAI. En effet, avant l'obligation légale du 1^{er} octobre 2017, les PAI ne contrôlaient pas l'identité des patients : ils vérifiaient leur assurabilité via une vignette de mutuelle. Il suffisait alors d'encoder nom, prénom, adresse, numéro national, code titulaire et code de la mutualité du bénéficiaire de soins dans le logiciel de soins infirmiers pour l'enregistrer et permettre la facturation des soins prodigués auprès de sa mutualité, par l'envoi des prestations effectuées, en vue du paiement de celles-ci. Ils vérifiaient également la validité de la prescription médicale et constituaient un dossier infirmier, qu'ils avaient pour obligation de conserver pendant 5 ans.

Leurs obligations administratives ont évolué sur plusieurs années : au début, le « tiers-payant » n'était pas d'application, ils réclamaient alors la somme due pour les soins effectués auprès de leurs patients à qui ils remettaient une attestation de soins donnés, en vue du remboursement mutuelle. Ensuite, avec l'application du « tiers-payant », ceux qui optaient pour cette formule devaient remplir, manuellement, des attestations et les envoyer aux mutualités régionales. Avec l'évolution de l'informatique, ils ont pu envoyer des disquettes aux unions nationales des mutualités de leurs patients. En même temps, ils ont

eu l'opportunité d'établir ces attestations par le biais d'une imprimante matricielle, à partir d'un logiciel de soins infirmiers, plus rudimentaire que celui qu'ils connaissent aujourd'hui. Par après, avec l'informatisation des soins de santé (e-Santé) et le développement des TIC (notamment grâce à Internet), ils ont eu l'obligation, à partir du 1^{er} juillet 2012, d'envoyer leur facture par le biais de la plateforme « MyCareNet », que nous avons expliquée précédemment. Dès le 1^{er} juillet 2013, les PAI envoyait aux mutualités, via « MyCareNet », les notifications pour les toilettes et demandes de forfait, celles concernant les patients palliatifs ainsi que celles pour les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers. En date du 1^{er} juillet 2015, ils ne devaient plus envoyer leurs attestations papiers aux mutualités.

3. Cadre théorique

Le cadre théorique permet d'éclairer nos lecteurs sur les concepts que nous avons choisis de mobiliser pour alimenter notre recherche.

Nous commençons par traiter du changement et des résistances qu'il entraîne, en nous basant sur le travail de François Pichault. Ensuite, nous nous intéressons à la théorie de l'acteur et du système, basée sur l'ouvrage de Crozier et Friedberg. Pour pousser notre analyse, nous nous sommes intéressée à la théorie de l'acteur-réseau, qui a pour texte fondateur celui de Callon. Enfin, nous terminons avec l'illusion informaticienne de Francis Pavé.

Grâce à ces renseignements, nous souhaitons analyser les données empiriques récoltées à la lumière des concepts présentés. Nos lecteurs pourront se familiariser avec notre analyse dans la suite de ce travail.

3.1. Le changement et ses résistances

Il nous semble important d'amorcer ce chapitre par un point élémentaire de notre cadre théorique : le changement. En effet, l'introduction de la vérification de l'identité du bénéficiaire de soins constitue un changement pour les PAI, une « *transformation* » (Crozier et Friedberg, 1977 : 383) au sein d'un système d'action. L'ouvrage de François Pichault permet de clarifier le changement, l'expliquer, l'évaluer. Un changement, comme le précise Reynaud, nécessite une dépense d'énergie, entraîne « *une résistance, une réplique* » (Reynaud, 1989 : 33), qui s'exprime à travers les résistances au changement, que nous vous présentons dans le présent chapitre.

Nous nous concentrons, dans le cadre de notre travail, sur l'étude d'un changement qualifié d' « *intentionnel* - [...] le fruit d'une décision managériale » (Pichault, 2009 : 14). Pour clarifier le changement, Pichault propose de distinguer « *le changement organisationnel* » ; le « *changement culturel* » ; « *le changement de stratégie* » avec, notamment, une recherche pour « *les économies*

d'échelle et la minimisation des dépenses de toute nature » ; « *le changement technologique* ». Il précise par ailleurs qu'il s'agit de « *types idéaux* » qui permettent d'analyser le processus de changement. Il insiste sur les différences d'ampleur que peut connaître un changement car celui-ci peut être situé à trois niveaux : « *stratégique* [...] ; *managérial* [...] ; *opératoire* [...] ». Ensuite, il souligne l'importance de « *la question des temporalités* » (Pichault, 2009 : 14 – 19 – 24 – 30 – 31 – 33 – 35 – 38) où l'analyse des différentes étapes nous renvoie sensiblement à la théorie de l'acteur-réseau, que nous verrons ultérieurement.

Pichault présente les « *cinq grandes approches explicatives du changement* », à savoir « *l'approche de la planification* », « *l'approche politique* », « *l'approche incrémentale* », « *l'approche contingente* », « *l'approche interprétativiste* » (Pichault, 2009 : 41 - 49 - 52 - 58 - 60 - 62). Il décrit les principales caractéristiques de chacune et précise que l'analyse optimale d'un changement nécessite une interpénétration de ces différentes approches. Ainsi, l'approche de la planification vérifie le degré de réalisation des objectifs initiaux ; la contingente se concentre sur le degré d'adéquation face aux variables contextuelles ; la politique analyse le degré de satisfaction conjointe des intérêts divergents ; l'incrémentale vise un degré d'articulation des temporalités et d'incorporation des phénomènes émergents et l'interprétativiste évalue la capacité des promoteurs du changement à attribuer un sens au processus de changement et à faire converger les représentations des uns et des autres à son égard.

Dans le cadre de notre recherche, le changement est mis en place avec l'apport d'un outil technologique qui permet d'attester de la présence du PAI chez un bénéficiaire de soins, par la vérification de l'identité de celui-ci. Si le PAI ne se plie pas à la nouvelle règle, il s'expose à une sanction, le non-paiement de ses prestations. Cette règle, à « *l'légitimité légale-rationnelle* » (Weber, 1921, cité par Reynaud, 1989 : 43), rencontre des limites, n'est « *invocable que dans une perspective, une orientation, un projet* » (Reynaud, 1989 : 44), comme celui de diminuer la fraude. Comme tout changement, elle peut rencontrer des résistances. Soparnot définit la résistance au changement comme la traduction de « *la capacité des individus d'entraver les projets de réforme dans lesquels s'engage l'entreprise* » (Soparnot, 2013 : 26). Il précise qu'il est difficile de distinguer clairement les partisans et adversaires du changement car « *une majorité des acteurs évoquent à la fois des représentations favorables et [...] défavorables par rapport au changement* » (Perret et Roger-Demontrond, 1997, cités par Soparnot, 2013 : 26).

L'auteur de l'article analyse six facteurs de résistance au changement. Le premier, « *l'anxiété provoquée par la réforme* », aussi appelé « *résistance psychologique* », est caractérisé par un état de déséquilibre provoqué par un changement, vu que celui-ci peut stresser. Le deuxième concerne la relation entre l'individu et l'entreprise, aussi nommé « *résistance identitaire* » (Soparnot, 2013 : 27), vu que le changement peut induire une remise en question de la construction identitaire de la personne, partiellement construite sur sa relation avec l'organisation qui l'emploie. Le troisième facteur est

identifié comme « *l'analyse en terme de jeux de pouvoir* » (Crozier et Friedberg, 1977, cités par Soparnot, 2013 : 28), aussi désigné comme « *résistance politique* », étant donné que les acteurs sont capables « *de l'(le changement) infléchir et de l'orienter dans un sens qui leur est plus favorable* » (Soparnot, 2013 : 28). En quatrième position, l'auteur cite « *l'influence du groupe – [...] résistance collective* » (Soparnot, 2013 : 28), en rappelant que « *le comportement d'un acteur à l'égard du changement doit être appréhendé par rapport au système social dans lequel il s'insère* » (Mayo, 1933, cité par Soparnot, 2013 : 28). « *La culture d'entreprise - [...] résistance culturelle* » (Soparnot, 2013 : 29) constitue le cinquième élément, avec la culture de l'entreprise définie comme « *l'ensemble des valeurs grâce auxquelles les membres d'une organisation acquièrent une identité collective* » (Thévenet, 1986, cité par Soparnot, 2013 : 29). Cette culture tend à forger les représentations des acteurs des organisations et, par ce fait, conditionne et harmonise leurs attitudes et comportements. Cependant, le changement peut transporter des valeurs différentes de celle de l'organisation. Le dernier facteur reprend « *les connaissances et compétences des individus - [...] résistance cognitive*. *Le changement impose [...] de faire un apprentissage de techniques et de méthodes nouvelles [...] celles-ci ne se décrètent pas mais se construisent [...] dans l'action* » (Soparnot, 2013 : 29).

Comme nous avons pu le voir, le changement s'analyse sur différents degrés de lecture et peut entraîner certaines résistances. Celles-ci s'expliquent par les six facteurs présentés par Soparnot mais elles se comprennent également à la lecture du point suivant, l'acteur et le système.

3.2. L'acteur et le système

L'ouvrage de référence que nous avons choisi pour traiter de ce concept est celui de Crozier et Friedberg, du même titre que celui de ce point. Les auteurs se penchent sur les « *relations de pouvoir* » (Crozier et Friedberg, 1977 : 64) et les stratégies élaborées par les acteurs, au sein des organisations.

Le « *pouvoir [...] implique toujours la possibilité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes* » (Crozier et Friedberg, 1977 : 65). Les auteurs soulignent le « *caractère relationnel du pouvoir* », ils analysent trois niveaux de relation du pouvoir : « *instrumentale* », qui signifie que les acteurs engagent des ressources pour atteindre un but ; « *non transitive* », c'est-à-dire directe et sans intermédiaire ; « *réciproque mais déséquilibrée* », où l'un des acteurs de la relation peut obtenir plus que l'autre mais celui-ci n'est pas démunis non plus (Crozier et Friedberg, 1977 : 66 - 67 - 68). Notons également que les auteurs soulignent l'aspect temporel de la relation de pouvoir, où l'acteur n'accepte des pertes à court terme que s'il les estime limitées dans le temps et qu'il pense y gagner par la suite.

Outre l'aspect temporel, les auteurs inscrivent le pouvoir dans l'organisation, vu qu'elle « *rend possible le développement de relations de pouvoir* » (Crozier et Friedberg, 1977 : 78), par ses structures et ses règles. Elles permettent la création de « *zones d'incertitude organisationnelles* »

(Crozier et Friedberg, 1977 : 78) dont les acteurs essaient de prendre le contrôle, en vue de la réussite de leurs objectifs. Par la mise en place de règles, l'organisation réduit la liberté des individus mais elle définit également « *l'orientation et le contenu de leurs stratégies* » (Crozier et Friedberg, 1977 : 79). Les règles fixées par l'organisation ne restent pas incontestées, les acteurs tentent de les modifier en faveur des objectifs qu'ils poursuivent. C'est alors que les auteurs nous proposent « *le concept de jeu* » car il « *concilie la liberté et la contrainte* » (Crozier et Friedberg, 1977 : 113) et rend lisible l'adaptation des acteurs aux règles formelles et informelles de l'organisation, testant les marges de manœuvre laissées pour pouvoir satisfaire leurs propres intérêts. Par leurs marges de liberté, les acteurs essayent « *d'exploiter ces atouts pour structurer les jeux à leur profit* » (Crozier et Friedberg, 1977 : 124), malgré les contraintes de l'environnement et des sanctions.

Nous jugeons également intéressant de traiter des types de fraudes révélées par Vezinat : « *par erreur [...] par nécessité [...] par choix* » (Vezinat, 2013 : 86 – 88 – 91). Les premières sont dues à « *un manque de connaissance, de maîtrise des procédures* » (Vezinat, 2013 : 86) ; les deuxièmes impliquent « *des problèmes personnels (rupture, divorce, dépression, alcoolisme, maladie ...) et / ou matériel (surendettement, chômage du conjoint, addiction au jeu) [...] cumulés à une opportunité, une possibilité de fraude [...] ont conduit à des actes délictueux* » (Vezinat, 2013 : 88), elles rencontrent donc un type de « *justification* » ; les dernières sont intentionnelles et non excusables. Pour lutter contre les irrégularités, les systèmes peuvent mettre en place des « *dispositifs de repérage des irrégularités [...] de plusieurs ordres* » : on y retrouve « *de l'informatisation, des contrôles croisés mis en place, d'un corps d'enquête spécifique, d'une déontologie fournissant des normes à respecter ou encore de l'étude des techniques des fraudes afin de les contrecarrer* » (Vezinat, 2013 : 82).

3.3. La théorie de l'acteur-réseau

Nous avons choisi d'utiliser la théorie de l'acteur-réseau pour notre recherche parce qu'elle nous permet de dépasser le cadre de la théorie de l'acteur et du système, en y incluant les « *non-humains* » (Latour, 2007 : 58). Le texte de base de notre cadre théorique concernant ce point est l'article de Michel Callon, relatif aux coquilles Saint-Jacques. L'auteur y distingue quatre étapes dans le processus de traduction que vivent les acteurs face à un phénomène d'innovation. La première, « *la problématisation* », consiste à reconnaître les acteurs concernés par les changements, d' « *établir de façon hypothétique leur identité et ce qui les lie* » mais aussi les « *points de passage obligés* », qui regroupent les « *déplacements et détours à consentir* (par les acteurs identifiés) *et pour cela les alliances à sceller* » (Callon, 1986 : 180 - 182). La deuxième étape, « *les dispositifs d'intéressement* », où se fixe l'identité des acteurs définis lors de la problématisation, permet de confirmer « *la validité de la problématisation* » (Callon, 1986 : 185 - 188) ou de la réfuter. L' « *enrôlement* », la troisième étape, désigne « *le mécanisme par lequel un rôle est défini et attribué à un acteur qui l'accepte* »

(Callon, 1986 : 189). La dernière étape, « *la mobilisation des alliés* » (Callon, 1986 : 193), reprend les porte-paroles, ceux qui s'expriment au nom d'un groupe.

L'analyse des « *dissidences* » (Callon, 1986 : 199) nous apparaît comme pertinente dans le cadre de notre étude : elles peuvent se rencontrer à tout moment, lorsqu'il y a contestation, notamment, de la représentativité des porte-paroles. L'auteur explique que « *la traduction devient trahison* » (Callon, 1986 : 199). La « *controverse* » (Callon, 1986 : 200) déstabilise « *l'identité et les caractéristiques des acteurs impliqués* » (Callon, 1986 : 201), déroutant ainsi tout le système de traduction mis en place.

L'apport de Callon nous permet d'identifier les acteurs du changement étudié et de décrire le processus de celui-ci mais également d'englober l'importance des « *non-humains* » (Latour, 2007 : 58), des « *dispositifs* » (Callon, 1986 : 203). Ils ne sont plus réduits à leur simple statut « d'objets » mais deviennent également des acteurs dans le phénomène de traduction : « *les techniques [...] sont [...] des discours* » (Latour, 2007 : 43). Ils sont porteurs d'un message, d'une mission, servent de « *médiateurs* » (Latour, 2007 : 44) et doivent être considérés comme des acteurs à part entière, « *acteur social, [...] agent, [...] actif* » (Latour, 2007 : 44). Souvent créés comme innovations techniques, ils peuvent induire l'intéressement des autres acteurs, qui se plient aux rôles qui leur sont attribués ; les « *objets* » « *renvoient toujours à une fin, utilisation pour laquelle ils sont conçus, en même temps qu'ils ne sont qu'un terme intermédiaire sur une longue chaîne qui associe hommes, produits, outils, machines, monnaies ...* » (Akrich, 1987 : 49). Les rôles dictés aux humains par des « *non-humains* » s'appellent alors « *une prescription* » (Latour, 2007 : 62). L' « *objet technique est la mise en forme et la mesure d'un ensemble de relations entre des éléments tout-à-fait hétérogènes* » (Akrich, 1987 : 50).

Nous le voyons, utiliser les concepts dégagés de la sociologie de la traduction nous enseigne la prise en compte des « *dissidences* », mais également du rôle du « *non-humain* », sans éluder son importance dans le processus.

3.4. L'illusion informaticienne

Pour ce point, nous nous penchons sur l'ouvrage de Francis Pavé, « L'illusion informaticienne ». Nous pensons qu'il est intéressant de l'exploiter pour notre étude car nous étudions un phénomène informatique. D' « *une vision orwellienne pessimiste* » sur l'évolution des technologies dans les années 70-80, la société a adopté « *une vision technophile optimiste où elles sont considérées comme des outils de progrès économique et social* » (Vitalis, 2009 : 142). L'informatique a évolué, gagné une place importante dans la société et est utilisée dans les soins de santé, notamment dans les soins infirmiers à domicile. En effet, bien que ce secteur connaisse, depuis quelques années, un certain degré

d'informatisation, celui-ci a été intensifié par cette nouvelle mesure, la vérification de l'identité du patient.

Dans son ouvrage, Pavé traite de la technologie informatique, de l'hyperfonctionnalisme qu'elle engendre, de la recherche de rationalité et de transparence au sein des organisations qu'elle représente. Il démontre que la transparence souhaitée par les gestionnaires est illusoire, que « *le fondement des rapports humains dans les organisations est [...] la négociation et non pas la transparence de l'information* » (Pavé, 1989 : 189). L'auteur répète l'analyse déjà constatée dans l'ouvrage de Crozier et Friedberg, à savoir qu' « *une grande partie du pouvoir des acteurs est fondée sur l'opacité qu'ils créent* » (Pavé, 1989 : 98). Cependant, il est possible que l'informatisation restructure « *le jeu des acteurs sociaux* » (Pavé, 1989 : 189) et nous aurions tort de « *dénier toute marge de liberté* » (Pavé, 1989 : 249) aux acteurs et de les imaginer totalement soumis face à l'informatisation.

Dans son ouvrage, il distingue trois types de réactions face à l'informatisation : « *le rejet pur et simple [...] ; l'acceptation sans changement fondamental du jeu social car les acteurs arrivent à neutraliser une dynamique d'évolution de leur système d'action [...] ; la transformation par l'informatique des pratiques des acteurs et de l'ensemble du système social* » (Pavé, 1989 : 15).

Il différencie deux grandes faiblesses de l'informatisation : la « *rigidité interne du système d'information [...] pour les utilisateurs directs* » (Pavé, 1989 : 241) ainsi qu'une « *grande fragilité parce que la logique du programme va jusqu'au bout d'elle-même ou bien bloque l'ensemble* » (Pavé, 1989 : 241 – 242), fragilité qui « *renforce encore la rigidité* » (Pavé, 1989 : 242).

Face aux tricheries possibles des acteurs, il écrit qu' « *il ne faut prendre la tricherie sous un angle moralisateur et négatif [...]. Elle témoigne de l'engagement des acteurs dans leur système d'action, c'est la manifestation directe de leur motivation et de leur intégration* » (Pavé, 1989 : 253). Il ne faudrait pas se limiter à critiquer toute forme de tricherie mais y voir un symbole de l'engagement que vivent les PAI pour le système dans lequel ils évoluent.

Son livre nous renvoie à celui de Crozier et Friedberg, sur l'acteur et le système, notamment quand il évoque le pouvoir des directions générales « *d'imposer, théoriquement et parfois effectivement, des règles structurantes* » (Pavé, 1989 : 257). Il explique précisément que ce pouvoir reste limité « *car elles ne peuvent jamais déterminer totalement l'ensemble des rationalités* » (Pavé, 1989 : 257), comme nous l'ont expliqué Crozier et Friedberg.

4. Méthodologie

Après avoir contextualisé notre recherche, présenté le cadre théorique de celle-ci, nous tentons, dans ce chapitre, de clarifier la méthode choisie pour effectuer la collecte des données du présent travail.

Nous avons choisi d'aborder cette recherche sous un schème herméneutique, « *schème de signification* » (Duru-Bellat, 1991 : 113), et actanciel, qui retrace un phénomène via les actions et intentions des acteurs. Pour ce faire, nous avons procédé par le biais d'une enquête qualitative d'approche compréhensive. « *La recherche qualitative s'efforce d'analyser les acteurs comme ils agissent. Elle s'appuie sur le discours de ces acteurs, leurs intentions (le « pourquoi » de l'action), les modalités de leurs actions et de leurs interactions (le « comment » de l'action)* » (Dumez, 2013 : 30). L'intérêt de ce type de démarche réside dans le fait qu'elle donne « *lieu à voir les acteurs et l'action* » (Dumez, 2013 : 31). Une approche compréhensive cherche à comprendre le sens des actions des acteurs. Nous avons alors utilisé l'abduction : nous avons effectué des allers et retours entre théorie et terrain de recherche, « *des confrontations successives entre les théories spécifiées en termes d'effets prédicts [...] et le matériau spécifié à l'aide d'un codage relativement indépendant (ce que j'observe dans la réalité)* ». Cette démarche nous a permis d'éviter de sombrer dans la « *circularité* » (Dumez, 2013 : 32), en ne cherchant pas à faire coller les données empiriques à la théorie propre mais plutôt de « *confronter des effets attendus [...] à des phénomènes observés* » (Dumez, 2013 : 40). Bien que la plus grande partie de ce travail se base sur des entretiens semi-directifs, nous pensons que Dumez n'est pas exclusif lorsqu'il parle de terrain observé, mais qu'il englobe dans les entretiens.

En nous basant sur l'apport de la sociologie de la traduction, nous avons identifié les acteurs concernés par la mesure. Nous avons d'abord pensé aux infirmiers de soins à domicile, en choisissant de nous concentrer sur des PAI indépendants, qui vivent ce changement dans leur pratique quotidienne. Le choix de ces acteurs nous semble pertinent : si on se réfère à Freidson qui compare le PAI indépendant à un « *artisan indépendant* » (Freidson, 1984 : 73), nous sommes tentée de penser sa pratique plus libre que celle d'un salarié. L'indépendant a le droit de choisir ses patients, ses horaires de travail et décide normalement de ce qu'il va facturer. Un salarié ne sélectionne ni ses horaires, ni sa patientèle : il vise à conserver sa place et son salaire, en se soumettant à des règles prescrites par son employeur (bien qu'il recherche également des « *zones d'incertitude* »). Quelque soit le nombre de bénéficiaires rencontrés sur une journée de soins, sa rémunération reste identique. Pour l'indépendant, il peut être amené à attester de soins non prestés, à gonfler le nombre de patients rencontrés, vu que sa rétribution varie selon ces critères. De plus, le salarié sait généralement identifier son supérieur hiérarchique, la relation étant normalement clairement établie, avec un supérieur matérialisé, concret et présent (généralement). Dans le cas des PAI indépendants, ils ont signé une convention avec l'INAMI, une institution, avec laquelle la relation peut apparaître plus abstraite qu'avec un supérieur hiérarchique

facilement identifiable. Nous avons pensé ces points comme des « *zones d'incertitude* » additionnelles pour les participants, et donc des paramètres intéressants à étudier dans le cadre de notre étude.

Nous nous sommes ensuite intéressée aux autres acteurs intervenant dans ce changement, comme l'INAMI, organisme en charge de l'administration de l'Assurance Soins de Santé et du contrôle, de l'évaluation et de l'information des dispensateurs de soins, dont font partie les PAI. Nous nous sommes également penchée sur la question des mutualités, organes de paiement des prestataires de soins, qui doivent également contrôler la bonne application de la législation par les dispensateurs de soins. Par la suite, nous nous sommes familiarisées avec les logiciels de soins infirmiers nécessaires pour l'implémentation du système mais aussi avec les bureaux de tarification, concernés par ce changement. Enfin, au cours de nos quelques observations participantes, nous avons échangé avec les derniers acteurs qui subissent ce changement, à savoir les bénéficiaires de soins.

Nous avons assuré l'anonymat à nos interviewés en vue d'optimaliser leur liberté d'expression relative à leur adaptation au système.

4.1. De la phase exploratoire à la question de recherche

Dans notre phase exploratoire, nous avons émis une question de départ qui se posait en termes d'impact de la lecture de carte d'identité sur le PAI indépendant. Mais nous avons rapidement abandonné cette formulation, le terme impact renvoyant à une relation de causalité, approche qui ne nous intéresse pas. Nous avons alors modifié notre pensée pour poser une question articulée de cette façon : « Quels sont les effets de l'obligation de lecture de la carte d'identité des bénéficiaires de soins chez les praticiens de l'art infirmier indépendants en région liégeoise, au niveau du sens prêté à la mise en place de l'outil et de leur appropriation de celui-ci ? ». Jugée trop longue, nous l'avons transformée pour obtenir notre question de recherche, à savoir : « **Comment les infirmiers indépendants liégeois s'approprient-ils la vérification de l'identité du patient ?** ». Plus courte, elle préserve l'idée de l'appropriation de la mesure et de l'outil sans occulter la notion de sens que les acteurs lui prêtent. Elle conserve donc l'objet de notre recherche mais nous permet également d'approfondir et d'élargir celui-ci. En effet, le « comment » de notre question soulève différents horizons : il nous renvoie à l'utilisation de la sociologie de la traduction pour expliciter la place accordée au « non-humain » dans l'interaction mais il nous pousse aussi à nous intéresser aux acteurs, à leur façon d'agir face à ce système, leur marge de liberté, les stratégies qu'ils choisissent, leur interprétation de cette nouvelle mesure.

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons élaboré des hypothèses de recherche, à partir des différentes lectures réalisées, des entretiens semi-directifs, de la littérature grise et des observations participantes. Nos hypothèses de recherche sont :

H1 : Les PAI indépendants ressentent la vérification de l'identité du patient comme un nouveau moyen de contrôle de leur pratique

H2 : L'implémentation de la vérification de l'identité du bénéficiaire de soins est dépendante du système d'action dans lequel elle s'inscrit

Notre première hypothèse cherche à comprendre comment les PAI vivent ce changement, le sens qu'ils lui prêtent, la façon dont ils le perçoivent. Nous nous demandons dans quelle temporalité ils inscrivent ce changement, s'ils le pensent récent ou si, pour eux, il succède à différentes mesures prises. Elle nous permet de vérifier l'existence de « *dissidences* » dans le cheminement de l'implémentation de ce système et le rôle qu'ils attribuent au « *non-humain* ».

Notre deuxième hypothèse de recherche tend à démontrer que cette mesure s'inscrit dans un système d'action, avec différents acteurs mais aussi que l'informatique n'empêche pas les stratégies des acteurs de se mettre en place, que la « transparence » attendue par l'implémentation du système de lecture de carte n'endigue pas les marges de liberté des protagonistes, toujours aptes à adapter l'outil mis en place en vue de servir leurs buts.

4.2. Les entretiens semi-directifs

Nous l'avons évoqué précédemment, nous avons choisi de mener une grande partie de notre recherche par le biais d'entretiens semi-directifs. Il s'agit d'*« une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. Ce dernier ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire »* (Imbert, 2010 : 25). L'entretien semi-directif constitue un élément clé pour une recherche d'ordre qualitatif et compréhensive, vu qu'il permet d'explorer le sens que l'interviewé prête à ses actions. Sa qualité de « semi-directif » est assurée par la structure qu'apporte le chercheur avec les questions ouvertes, articulées autour d'un thème : elles lui offrent la possibilité de mener l'entretien, sans censurer l'interrogé. Ce type d'interview demande du temps : nos entretiens durent entre une heure et une heure quarante-cinq minutes et ils se sont déroulés entre le mois de décembre 2017 et la fin du mois de mars 2018, dans le bureau de nos intervenants.

Nous avons interrogé 11 infirmiers : nos critères de sélection se basent sur le fait qu'ils soient tous indépendants (à titre complémentaire ou principal), conventionnés, qu'ils pratiquent en région liégeoise et qu'ils parlent français (par facilité linguistique pour notre étude). Le genre, le diplôme ou l'ancienneté n'ont pas constitué des points de sélection mais sont enregistrés comme des variables qui pourraient influencer l'appropriation de l'outil. Notre panel se compose de 6 femmes et de 5 hommes.

Tous nos interviewés ont été interrogés de façon individuelle et ont accepté d'être enregistrés par un dictaphone, pour faciliter notre retranscription, dans la mesure où leur intervention reste anonyme.

Nos prestataires interrogés travaillent comme infirmiers indépendants à domicile en région liégeoise. Un seul d'entre eux exerce à titre complémentaire. Ils comptabilisent une ancienneté dans le secteur des soins à domicile, en tant qu'indépendant, qui varie de 8 mois à 38 ans. Six de nos interviewés ont exercé à l'hôpital avant de rejoindre le domicile alors que quatre des interrogés ont travaillé comme salariés avant de se mettre à leur compte. Un tableau récapitulatif des PAI interviewés peut être consulté, dans les annexes du présent travail (page 62) : il reprend l'âge, le genre, les années d'ancienneté à domicile, le type de diplôme (bachelier ou breveté), le type d'application choisie ainsi que le statut des interrogés (indépendant à titre principal ou complémentaire).

Vu que nous utilisons la sociologie de la traduction pour notre recherche, nous avons décidé d'interroger différents acteurs touchés par l'implémentation de la lecture de la carte d'identité. Pour ce faire, nous avons sélectionné, comme le montre notre chapitre sur la contextualisation de notre sujet, les mutualités, les logiciels de soins infirmiers, les bureaux de tarification et l'INAMI.

Au niveau des mutualités, nous avons interrogé deux acteurs : une fois encore, nous leur avons garanti l'anonymat donc nous ne traitons pas des établissements qui les emploient. Ces acteurs occupent des postes qui ont attiré avec la facturation des soins infirmiers à domicile et ils nous ont permis d'approcher leur vision relative au changement induit par la nouvelle mesure. L'un d'entre eux exerce au niveau régional, comme employé, l'autre au siège central de cette mutualité, à Bruxelles, et occupe un poste de cadre. Le premier est directement en contact avec les PAI alors que le deuxième s'est chargé de la mise en place de la lecture de la carte d'identité au sein de son entreprise. Nous estimons qu'il est intéressant de comparer les deux versions de nos interrogés, afin de déterminer s'il existe des différences dans leur entretien, vu les différences hiérarchiques.

Nous avons également eu l'opportunité de questionner un employé d'un bureau de tarification : en effet, les bureaux de tarification encodent les prestations des infirmiers en échange d'un pourcentage de la facturation de ceux-ci. Notre intérêt à leur égard semble justifié par la probabilité que la vérification de l'identité du patient ait modifié leur manière de travailler. Nous avons sélectionné cet acteur en raison de sa disponibilité et de son accessibilité pour notre recherche. Il travaille pour une petite structure qui ne compte que quelques clients, des PAI qui n'appartiennent pas à notre échantillon sélectionné.

Un de nos interviewés travaille comme cadre pour une société qui produit des logiciels de soins infirmiers. Cette entreprise émet deux logiciels de tarification, tous deux connectables avec les deux applications mobiles qu'elle propose pour la vérification d'identité du bénéficiaire de soins, qui diffèrent par leur coût (15€/mois et 30€/mois) et par leurs fonctionnalités (décris dans le chapitre

« Contextualisation »). Nous avons choisi de nous concentrer sur cette entreprise car elle occupe une part de marché majoritaire de ce secteur en Wallonie et tous les PAI interrogés sont équipés d'un de ses logiciels et d'une de ses applications mobiles.

Pour ce qui concerne l'INAMI, nous avons rencontré des difficultés à obtenir une entrevue avec des acteurs : nous avons dû procéder par l'échange de mails avec deux interlocuteurs du service soins de santé, service qui s'occupe de la réglementation des dispensateurs de soins. Ils nous ont orientée sur les lectures à effectuer sur le site de l'INAMI et nous ont éclairée sur le cheminement de cette mesure, de sa genèse à sa mise en application. Nous avons pu également nous entretenir, de façon informelle, avec deux intervenants du service de contrôle et d'évaluation médicaux (SECM), celui qui contrôle notamment les PAI sur leur respect de la réglementation.

4.3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien nous permet de mener nos entretiens semi-directifs, il a été rédigé en plusieurs séquences et selon les différents acteurs interviewés.

Pour les PAI, nous avons commencé par un guide d'entretien très large, comprenant de nombreuses questions que nous avons ciblées et regroupées après notre phase exploratoire. Nous nous sommes d'abord intéressée à quelques informations personnelles, telles que l'âge, la situation familiale, leur ancienneté dans le métier, s'ils travaillent à domicile en tant qu'indépendant à titre complémentaire ou principal, afin d'étudier des variables qui pourraient constituer des différences d'appropriation de l'outil. Ensuite, nous les questionnons sur leur représentation du métier de PAI à domicile, en vue de connaître les qualités qu'ils jugent primordiales pour exercer et, par ce fait, savoir s'ils estiment l'informatique comme une compétence à maîtriser pour leur métier. Nous nous penchons également sur les difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique, toujours en vue de cerner s'ils considèrent l'informatique comme un fardeau dans leur quotidien professionnel. Par la suite, nous les interrogeons sur les différents organismes qui représentent les PAI indépendants à domicile mais également la place qu'ils attribuent à l'INAMI et aux mutuelles dans leur métier, afin de cerner leur vision, leur sentiment d'appartenance à un système et la place qu'ils s'attribuent au sein de celui-ci. Nous passons par après à une série de questions qui nous permettent d'obtenir des précisions quant aux choix de l'acteur face à ce changement, telles que la formule mobile sélectionnée et ses raisons, etc. Nous les sondons également sur leurs représentations du lecteur de carte, le but qu'ils lui prêtent, son utilité, s'ils l'estiment pratique, efficace, s'ils suggèrent des améliorations, en cherchant à savoir comment ils l'utilisent, s'ils ont élaboré des systèmes d'adaptation face à celui-ci. Enfin, nous leur demandons quelle est leur représentation de l'avenir des soins à domicile, ce qui motive leur vision de celle-ci et ce qui pourrait empêcher l'évolution telle qu'ils la perçoivent, en vue de savoir si cette perception,

quelle qu'elle soit, est motivée par la nouvelle mesure, s'ils estiment qu'elle représente un tournant dans leur métier.

Pour les autres acteurs, ceux des mutualités, du bureau de tarification, du SECM de l'INAMI et du logiciel de soins infirmiers, il nous a semblé intéressant de connaître à quel moment ils ont été avertis de cette nouvelle mesure, s'ils ont été consultés eux ou la structure qui les emploie avant son application, les changements qu'elle induit dans leur travail, le sens qu'ils lui prêtent. Avec le cadre de l'entreprise de logiciel en soins infirmiers, nous avons également abordé la genèse de l'application à 30€/mois qu'ils commercialisent ainsi que les raisons de leur choix de lecteur : en effet, si nous suivons la théorie de l'acteur – réseau, les « *non-humains* » sont sélectionnés selon différents critères que nous avons cherché à connaître, en vue de voir s'ils sont adéquats avec le métier de PAI à domicile. De plus, nous avons eu confirmation que toutes les sociétés de logiciel en soins infirmiers n'utilisent pas le même lecteur, d'où l'importance de la recherche des critères sélectionnés.

4.4. Les observations participantes

Observer signifie « *examiner (un objet de connaissance scientifique) pour (en) tirer des conclusions scientifiques* » (Moussaoui, 2012 : 30 – 31). Une observation participante désigne « *la conduite qu'adopte l'ethnologue en s'immergeant totalement dans l'univers étudié [...] en vue d'observer un phénomène en y participant* » (Moussaoui, 2012 : 37) ; elle conduit à « *la compréhension de l'autre dans le partage d'une condition commune* » (Touraine, cité par Moussaoui, 2012 : 39). Nous avons choisi d'accompagner 3 de nos PAI interrogés chez des patients pour observer leur échange avec leurs bénéficiaires de soins, leur utilisation de leur application mobile et de leur lecteur de carte. Ce type d'observation est qualifié de participante vu que nous avons choisi de les aider dans la réalisation de leurs soins. Une fois notre observation participante effectuée, nous avons posé quelques questions aux patients sur le sens qu'ils prêtent à cette mesure. Nos observations participantes se sont déroulées chez 10 bénéficiaires de soins, sans sélection au niveau du soin presté ou de la durée d'intervention des PAI dans leur domicile.

4.5. La grille d'observation participante

Nous avons observé la tenue du PAI (vu qu'un des critères de sélection du lecteur se base sur le côté « pratique » de la taille du lecteur de carte, nous voulions savoir si tous les types de vêtements correspondent à ce côté pratique), si la carte d'identité est prête au moment où arrive le PAI, si le patient se plaint de cette lecture, s'ils disposent tous d'un document les identifiant, la place que la vérification d'identité occupe dans les échanges entre le PAI et le patient.

4.6. La littérature grise

La littérature grise « englobe plusieurs types de rapports (prépublications, rapports intermédiaires ou finals, rapports techniques, statistiques ou sur l'état du marché, mémos, états de l'art, etc.), des thèses, actes de congrès, spécifications techniques et normes, des traductions non commerciales, des bibliographies, de la documentation technique, des documents officiels non commercialisés (essentiellement des rapports et autres textes gouvernementaux) » (Alberani, De Castro Pietangeli, Mazza, 1990, cités par Aloia, 2015 : 50). Dans les domaines médicaux et de santé publique, elle est « importante pour la diffusion de nouvelles connaissances car elle est produite par des organisations et auteurs impliqués dans la politique de santé publique et la recherche sur le terrain » (Aloia, 2015 : 50). Comme nous l'avons expliqué précédemment, nous avons consulté différents sites pour aiguiller et contextualiser le sujet de notre recherche. Nous avons d'abord consulté le site de l'INAMI, en prêtant attention à la partie dédiée aux infirmiers mais également à celle qui s'adresse aux patients. Nous nous sommes penchée sur le site du centre fédéral d'expertise de soins de santé et quelques-uns des nombreux rapports mis en ligne. Nous avons également visité les sites de droit qui nous permettent la lecture des différentes législations reprises dans la présente étude. Tous les sites consultés se trouvent dans notre bibliographie, dans la rubrique « Littérature grise ».

De plus, nous nous sommes également inscrite sur différents forums dédiés aux PAI indépendants : plusieurs de nos intervenants nous en ont parlé et nous avons estimé qu'il est important de prendre connaissance des commentaires publiés sur ceux-ci, avec, à l'esprit, la perspective d'évaluer l'impact que peuvent avoir les commentaires sur nos PAI inscrits sur ces forums. Même s'il ne s'agit pas d'une littérature scientifique, nous avons préféré la citer dans ce point, vu que nous utilisons ces lectures dans notre analyse empirique.

5. Description des résultats

Dans ce chapitre, nous exposons les données récoltées, par le biais de nos entretiens semi-directifs et par les observations participantes. Pour rappel, au niveau de nos interviews, nous avons interrogé 11 PAI indépendants en région liégeoise, un cadre d'une entreprise de logiciel en soins infirmiers, 2 intervenants du service des soins de santé de l'INAMI (via l'échange de mails), 2 contrôleurs de son service de contrôle et d'évaluation médicaux, un travailleur d'un bureau de tarification et 2 employés de mutuelle, qui travaillent sur la facturation des soins infirmiers.

5.1. Les PAI

Nos prestataires interrogés, 6 femmes et 5 hommes, travaillent, comme expliqué précédemment, comme PAI indépendants en région liégeoise. Ils comptabilisent entre 8 mois et 38 ans d'expérience dans les soins infirmiers à domicile et ont tous signé la convention INAMI.

5.1.1. Informations récoltées par le biais de nos entretiens semi-directifs

Place de l'informatique dans le métier selon les PAI interviewés

Pour ce qui est des qualités jugées primordiales dans le métier de PAI, aucun de nos intervenants ne cite spontanément l'informatique comme une compétence à maîtriser. Par contre, au niveau des difficultés rencontrées, certains traitent des « bugs » et des contrôles accrus par l'informatique de façon spontanée, mais il s'agit d'une minorité.

« Ben, c'est vrai que l'informatique, maintenant, on n'y échappe pas, hélas ... Parce qu'on est sacrément embêté quand ça bug, on sera pas payé... On avait plus de chance avant, sans la carte d'identité » (ITV INFI 9)

« Alors maintenant avec l'informatique, les initiatives administratives de l'INAMI qui prennent du temps augmentent et permettent un plus grand contrôle sur nos actions ... Big Brother est lâché ... » (ITV INFI 2)

Représentation du système dans lequel ils s'inscrivent

Au niveau de leur représentation du système dans lequel ils s'inscrivent, certains se jugent totalement indépendants. Lorsque nous les questionnons sur les mutuelles ou l'INAMI, ils leur accordent une position de « contrôleurs » et de « payeurs » de leurs prestations. Ils distinguent d'ailleurs les mutualités de l'INAMI, jugeant l'institut comme étant celui qui leur impose une législation, des obligations qu'ils estiment, pour la plupart, comme difficiles à tenir. Ils lui prêtent également une image de « gestapo » mais une méconnaissance de l'institution peut être soulignée. Cependant, ils affirment suivre les règles édictées.

« Moi j'aime bien le domicile : on est un petit peu notre propre chef, on n'a pas quelqu'un au-dessus de nous qui peut nous crier dessus ... » (ITV INFI 7)

« (En parlant de l'INAMI) Je ne serais pas capable d'épeler chaque lettre et de dire à quoi elles correspondent mais je sais qu'ils nous contrôlent au niveau des soins, des prestations, et des choses ainsi quoi. Un peu comme les mutuelles, sauf qu'à mon avis, l'INAMI, c'est plus lourd. C'est au-dessus des mutuelles. » (ITV INFI 4)

« Institut National Assurance Maladie Invalidité, son rôle, je ne sais pas trop... Il est possible de faire des assurances chez eux... enfin, ils nous contrôlent aussi... Les mutuelles, elles, elles nous paient, elles contrôlent parfois ... » (ITV INFI 6)

« C'est la Gestapo, l'INAMI, il risque de nous contrôler ... C'est eux qui font les règles, et quelles règles !!! Nous, on n'a pas le choix, si on veut être payé, faut obéir ... [...] Vaut mieux les éviter ... » (ITV INFI 10)

« On obtient plus d'informations par les groupes comme l'AIIB ou par les groupes comme les tabliers blancs sur Facebook, ça, c'est vraiment utile ... Puis, au moins, on discute des soucis qu'on rencontre depuis cette lecture de carte... et y en a, hein, des soucis ... du coup, je vais jamais sur leur site (en parlant de l'INAMI), c'est quand même eux qui ont mis au point la lecture de carte ... » (ITV INFI 11)

Choix de formule pour l'application mobile

Au niveau des formules d'application proposées par leur logiciel de soins infirmiers pour la lecture de carte d'identité, 4 ont préféré la formule à 15€/mois, limitée à la lecture de carte avec enregistrement des données. Ils justifient leur choix par le coût, la facilité recherchée et l'utilisation qu'ils en ont.

« J'ai pris celle à 15€/mois parce que je ne voyais pas de raison d'aller payer plus cher pour quelque chose que je n'allais pas utiliser de façon optimale. Je ne vais pas chez le patient pour commencer à jouer avec mes joujoux informatiques. [...] Avec celle-ci, il lit la carte, c'est suffisant. Tout est clair. C'est plus simple [...]. Je ne vois pas pourquoi j'irai payer plus cher pour le même service » (ITV INFI 5)

« [...] parce que c'est la moins chère puis plus facile parce que moins de chipotages... facilité d'utilisation, surtout à mon âge, c'est déjà pas évident avec les smartphones mais on doit apprendre, on n'a pas le choix. » (ITV INFI 2)

Les autres PAI ont préféré l'application à 30€/mois, avec plus de fonctionnalités que la précédente, et se justifient par la facilité qu'elle leur apporte dans leur gestion administrative quotidienne et dans leur tarification mensuelle. Nous constatons qu'ils ne l'utilisent pas tous de façon optimale.

« La facturation se fait beaucoup plus vite aussi, vu que tout l'agenda est fait [...] Et ça t'oblige à faire ta facturation chaque mois. [...] Et puis, ça te montre quand les demandes de toilette se terminent. [...] Bon, le seul moment où ça m'embête, c'est quand ce sont des nouveaux soins, faut les encoder, les enregistrer. Là, c'est quand même chipoter. » (ITV INFI 4)

« Ça me permet de faire des photos, d'ajouter des commentaires, y a un côté pratique, même si j'utilise toujours des dossiers papier, faudrait que je m'entraîne plus à l'utiliser complètement ... » (ITV INFI 9)

Le lecteur de carte et l'application mobile, les deux « non-humains »

Concernant le lecteur de carte, beaucoup se sont plaints de débuts difficiles, de « bugs » fréquents et d'une nécessité de redémarrer l'appareil (téléphone mobile, tablette ou lecteur) pour parvenir à enregistrer les données nécessaires, entraînant une perte de temps. Certains ont évoqué le coût, les achats induits par la lecture de carte. Ils s'accordent pour déclarer le lecteur pratique par sa forme et léger. Ils disent la batterie suffisante pour leur pratique, même s'ils reconnaissent le charger aussitôt rentrés à domicile. Certains expliquent qu'il leur manque encore l'automatisme de l'emporter à chaque fois qu'ils sortent de leur véhicule, vu qu'ils ne portent pas de tablier et qu'il n'est pas compatible pour toutes les poches de vêtement. Les plaintes relatives à ces « non-humains » (à savoir le lecteur et l'application mobile) concernent le manque de connectivité, les difficultés de synchronisation, la dépense de batterie du téléphone et la perte de temps qu'ils entraînent.

« [...] je perds du temps. [...] Ouais, donc voilà quoi, franchement, moi c'est le lecteur de carte qui me saoule un petit peu, surtout qu'il bug trop souvent ... [...] ça franchement, c'est le truc qui m'agace les plus, c'est ce boîtier-là... quand, en plus, tu l'oublies pas dans la voiture et que t'es obligé d'y retourner ou qu'il te vide ta batterie de téléphone... » (ITV INFI 3).

« Moi, j'avais toujours un GSM Nokia, tu vois, le genre que tu peux lâcher à terre est qui est toujours fonctionnel. Donc [...] j'ai acheté un Samsung. Mais, ça n'a pas fonctionné, ce n'était pas le bon modèle, du coup, j'ai acheté un autre téléphone, puis je me suis rendu compte que ça bouffait la batterie [...] Donc, maintenant, j'ai acheté une tablette qui ne sert qu'à ça ... mais ça m'a quand même coûté pas mal au final, en plus du lecteur, de la licence, etc. » (ITV INFI 5)

« J'ai deux GSM d'ailleurs, parce que le système ne passait pas... [...] et en plus on perd du temps : dans la pratique administrative, ça prend un temps fou car le soir il faut synchroniser, appeler ses collègues, faire les synchronisations, y a des patients qui ne passent pas donc faut faire une resynchronisation. Ça me prend au moins 25 minutes de plus par jour. » (ITV INFI 8)

Cependant, certains reconnaissent, qu'une fois l'outil maîtrisé, ils parviennent à éviter ce type de « bug » et que la perte de temps n'est plus qu'anecdotique.

« (En parlant de la perte de temps induite par le lecteur) Pas beaucoup non, objectivement, sur 20 patients, ça fait peut-être 10 minutes de plus... Et 10 minutes de plus sur la matinée... Objectivement ça ne prend pas beaucoup plus de temps sur la matinée... » (ITV INFI 2)

Nous remarquons que beaucoup de nos interrogés confondent le lecteur et l'application mobile en un seul objet, les lient. De plus, les plaintes les plus virulentes concernant les pertes de temps proviennent des PAI qui ont opté pour l'application à 30€/mois, en expliquant que la perte la plus importante se situe à leur domicile, quand ils tentent de synchroniser les lectures réalisées dans la journée. Tous déclarent que si la lecture de carte n'était pas obligatoire pour leur facturation, ils cesseraient immédiatement de la réaliser mais certains des utilisateurs de l'application à 30€/mois estiment qu'ils conserveraient celle-ci, sans lire la carte d'identité.

« C'est quand même fâcheux, vu le prix qu'on paie que ça marche pas tout le temps. J'avais cette application depuis au moins 3 ans et j'en étais satisfait... Avec tous ces bugs-là, ben, c'est moins pratique du coup ... » (ITV INFI 8)

« C'est vraiment pas fameux ... tu paies 30€/mois et tu n'arrives même pas à ajouter autant de commentaire que tu veux ... si je veux ajouter une glycémie prise à midi par la patiente, alors que je ne facture pas un passage à midi, ben y a pas moyen ... puis le temps que ça me prend le soir, je deviens folle, moi ... » (ITV INFI 11)

« Non, si on annule la lecture de carte, moi, je garde l'application mais je passe plus les cartes, je pense que tout le monde serait content en plus ... » (ITV INFI 4)

« S'ils annulent la carte d'identité, tant mieux, on aura moins notre téléphone en main ... » (ITV INFI 1)

Sens prêté aux « non-humains »

Dans leurs propos, il est difficile de distinguer le lecteur de l'application mobile. Les PAI interrogés ont fusionné mentalement ces deux « non-humains » en une même entité, sauf les PAI 4 et 8 qui sont plus explicites. Au niveau du sens que la majorité des PAI interviewés prêtent au lecteur et à l'application mobile, ils estiment qu'ils servent à attester de leur présence chez un bénéficiaire de soins, qu'ils les contrôlent eux et non l'identité des bénéficiaires de soins, qu'ils n'ont jamais eu de patient qui n'utilisait pas sa réelle identité pour recevoir des soins, que la dénomination de

« vérification de l'identité du patient » est une tentative pour cacher le but réel de la mesure. Ils pensent que la lecture de carte peut aider à diminuer la fraude¹⁰ dans le secteur mais que cette « pointeuse » n'est pas assez contraignante. En effet, ils expliquent qu'elle atteste d'une pseudo-présence chez le bénéficiaire de soins mais qu'elle ne garantit pas la réalisation des prestations. Ils nous apprennent également qu'ils peuvent faire des photos des cartes d'identité et scanner le code-barres de celles-ci, sans se présenter chez le patient, ou encore scanner le code-barres des vignettes de mutuelles, malgré l'enregistrement dans les 10 %. Ils déclarent que d'autres prêts reprennent avec eux les cartes d'identité des patients ou que certains prêtent leur lecteur et téléphone ou tablette à leur remplaçant, avec les codes permettant de s'identifier sous leur nom. Deux d'entre eux précisent également que le lecteur ne permet pas de contrôler la surévaluation de l'échelle de Katz, le formulaire rempli par le PAI pour déterminer le degré de dépendance du patient et, donc, la somme perçue pour les soins d'hygiène dispensés (dans le cadre des toilettes, les PAI sont rémunérés proportionnellement au degré de dépendance du patient, donc certains renseignent leurs bénéficiaires de soins comme plus dépendants qu'ils ne le sont en réalité).

« *C'est quand même bas de leur part d'appeler ça « vérification de l'identité du patient », comme si les patients utilisaient de faux noms pour recevoir des soins ... Non, c'est clairement nous qu'ils contrôlent avec leur lecteur et, en plus, ils nous prennent pour des cons, puis, en plus, pour l'instant, y a même pas d'infos médicales sur la carte, donc ce n'est vraiment que pointer notre présence, nous contrôler ...* » (ITV INFI 1)

« *C'est un système qui lutte contre la fraude ... Maintenant, il faut quand même distinguer fraude et compensation : ok, y a des fraudeurs, ils abusent, mais quand tu perds 45 minutes pour un salaire horaire inférieur à celui d'une femme d'ouvrage, je suis désolé, mais oui, parfois, faut quand même compenser ... Ils nous insultent avec des remboursements absurdement bas, ils nous en demandent de plus en plus et on peut plus compenser ... Quand ils penseront à nous verser des sommes honnêtes, ça diminuera tout seul. Ils n'ont qu'à se remettre en question sur les sommes versées par prestation ...* » (ITV INFI 2)

« *Normalement, c'est un système qui nous pousse à pointer à chaque fois qu'on va chez nos patients [...] il y a des infirmières qui gardent les cartes d'identité de leurs patients dans leur portefeuille et d'autres qui font des photos pour ne plus passer [...] mais, moi, je leur ai sonné, à l'INAMI, pour les prévenir que j'avais trouvé plein d'astuces pour contourner leur règle, faut qu'ils sachent qu'on n'est pas bête* » (ITV INFI 5)

« *C'est évidemment une pointeuse de notre présence, ils veulent savoir ce qu'on fait* » (ITV INFI 10)

« *[...] ça contrôle juste notre présence au domicile du patient ... maintenant, avec ça, ils peuvent pas vérifier que les soins soient faits ou que l'infî a pas gonflé son forfait ... En plus, y en a qui ont déjà trouvé des parades ...* » (ITV INFI 6)

« *C'est un système de contrôle contre la fraude, en pointant une présence chez le patient. Ça peut aider à diminuer la fraude mais je pense pas que ça soit le plus utile* » (ITV INFI 7)

« *Ben ça prouve juste qu'on est passé chez le patient ... et encore ... y en a qui ont fait des photos des cartes d'identité et, vu que la photo du code-barres ne vient pas se mettre dans les 10 %, ben ils l'utilisent ... sans même y aller ... sans compter les infis qui passent leur appareil avec tablette, code, etc. à leur remplaçant, donc bonjour pour savoir qui a réellement fait les soins ... Quand ils sont faits ... c'est pas très efficace comme système, si tu veux mon avis ... ils auraient pu faire mieux ...* » (ITV INFI 3)

¹⁰ En 2015, 34% des enquêtes de l'INAMI ont mis en avant des infractions commises par des PAI (Source : INAMI, 2015)

Moment de lecture de la carte d'identité

Une grande partie de notre échantillon lit la carte d'identité avant la réalisation des soins alors que 2 d'entre eux déclarent ne le faire qu'à la fin (alors que la mesure demande de le faire en début de soins, sauf pour quelques exceptions). Notons par ailleurs une comparaison avec des artisans du bâtiment.

« Je demande la carte d'identité quand le soin est terminé. Sauf pour le cas où il va aux toilettes ou autre... Alors, là, pour ne pas perdre de temps, je pointe. Mais généralement, je juge qu'il est préférable de faire le soin et puis demander la carte d'identité. On paie quand le travail est terminé. Comme un plombier, comme les mécaniciens, comme un technicien, comme un électricien, on paie quand le travail est terminé, après, quand c'est fait. Et puisque le pointage correspond à une mesure de salaire, on se fait payer après » (ITV INFI 2)

« Ben moi, non, je la scanne à la fin... parce que sinon, j'ai l'impression d'être le mec qui vient juste pour toucher ses sous ... Et c'est pas ça quand même, je viens soigner des gens quoi ... » (ITV INFI 3)

Comparaison avec d'autres métiers ou professions

Certaines comparaisons avec d'autres corps de métier sont ressorties à d'autres moments de nos interviews, notamment lorsque nous avons évoqué l'aspect de contrôle : quelques-uns évoquent les différences de pratiques envers les autres dispensateurs de soins (kinésithérapeutes et médecins) ou d'autres établissent des comparaisons avec le secteur de la restauration et leur boîte noire.

« Puis, ce qui me met hors de moi, c'est cette histoire d'assurance dont on va seulement bénéficier, alors que les médecins et les kinés, ils l'ont depuis des lustres... ça m'aurait quand même fait un joli petit pactole pour ma retraite s'ils (l'INAMI) avaient fait ça plus tôt pour nous aussi ... » (ITV INFI 2)

« Les kinés vont devoir s'équiper mais à leur frais. Sauf qu'eux ils ont un ordre des kinés, donc ils vont savoir se défendre. Alors que nous... » (ITV INFI 5)

« Pourquoi l'INAMI vient d'abord taper sur la profession infirmière ? Taper, avec le lecteur de carte. Et c'est sur les plus petits, pas sur la CSD, hein [...] Mais ça c'est parce que les plus vieux, infirmiers, n'ont rien mis en place pour se protéger. On a pas mis en place un organe qui les empêche de nous taper dessus et du coup, ben ils en profitent. Même quand il n'y a pas de preuve, c'est nous qui trinquons en premier. On ne se tracasse pas des kinés, qui restent quelques minutes chez les patients, qui n'ont pas de système informatique encore. C'est fou, on est les plus informatisés donc les plus désavantagés par rapport aux autres professions. » (ITV INFI 7)

« Ben je comprends pas pourquoi les médecins et les kinés doivent pas y passer aussi ... c'est toujours pour les infirmières ... » (ITV INFI 9)

« Ils ont mis ça en place comme dans le secteur HORECA, avec leur boîte noire, pour la fraude ... » (ITV INFI 10)

Place de la lecture de la carte dans leur relation avec leur patientèle

Pour ce qui est de la place de la lecture de la carte d'identité dans leur relation avec leur patientèle, les PAI interrogés estiment que les bénéficiaires de soins se sont vite habitués à la nouvelle mesure, qu'ils préparent en majorité leur carte pour permettre un gain de temps. Il reste quelques patients qui rechignent à passer ou préparer leur carte d'identité. Certains PAI ont constaté des changements au niveau de leur patientèle : plusieurs d'entre eux ont perdu au moins un bénéficiaire de soins qui ne voulait pas qu'on lise sa carte d'identité ; d'autres ont obtenu de nouveaux patients, envoyés par d'autres PAI. Ils pensent que ceux-ci ont certainement dû modifier leur patientèle avec l'arrivée de la nouvelle mesure, probablement parce qu'ils facturaient des soins non prestés chez ces patients, pratique entravée par la vérification d'identité.

« Moi, j'ai récupéré des patients, à mon avis, à cause de la carte d'identité : ils avaient des infis avant mais, à mon avis, comme elles trichaient, elles ne voulaient pas devoir venir tous les jours, ne fut-ce que pour lire la carte ... donc, elles les ont lâché un peu avant qu'on y passe (à la lecture de carte)... » (ITV INFI 3)

« Non, les patients s'y sont habitués, en général ils la rangent toujours au même endroit pour qu'on ait plus facile ... mais on a quand même perdu des patients à cause de ça : ils jugeaient qu'on les flaquait ou qu'on allait user leur carte » (ITV INFI 8)

« Y a quand même des patients chez qui on va tous les jours et qui comprennent toujours pas qu'ils doivent nous donner la carte ... donc, souvent, ils nous font perdre du temps : ils la cherchent, ils chipotent ... C'est énervant ... » (ITV INFI 6)

Vision d'avenir des soins à domicile

Au sujet de leur représentation de l'avenir des soins à domicile, la majorité d'entre eux a une vision plutôt négative de l'avenir. Certains incriminent la vérification de l'identité comme une mesure d'informatisation supplémentaire du secteur, un système de contrôle qui vise la disparition des petits indépendants au profit des grosses structures alors que les autres pointent les complémentaires qui prennent de la clientèle malgré un travail rémunéré ailleurs. Seule une d'entre eux a une vision positive pour l'avenir des SAD : elle pense que l'évolution sera favorable, vu que l'application lui permet d'être en ordre administrativement. Pour les PAI qui ont connu les différentes évolutions administratives de leur métier, ils déclarent que, jusque-là, ces évolutions étaient favorables et facilitaient leur travail ; néanmoins, ils considèrent la nouvelle obligation comme un frein à leur pratique. Certains évoquent une envie de quitter le milieu des soins, engendrée par cette mesure.

« On a franchi une étape avec ce lecteur de carte. Je pense que ça va être uniformisé, que les petits travailleurs indépendants vont disparaître, ça va être de grosses entités. » (ITV INFI 2)

« Plus sérieusement, pour moi, si on continue comme ça, l'avenir ne peut être que positif, vu que ça, ça m'oblige à travailler plus et à être en ordre dans ma paperasse, j'ai mes demandes de toilette en temps et en heure, je facture en temps et en heure aussi, c'est quand même mieux. » (ITV INFI 4)

« Si on reste dans la logique financière du système, c'est logique qu'on aille vers la fin des petites structures, comme nous. J'aimerais que ça ne soit pas la fin mais c'est ce qui va arriver. Et au détriment des patients. » (ITV INFI 5)

« Le problème, pour l'avenir, ce sont les complémentaires qui viennent nous voler notre boulot » (ITV INFI 6)

« Moi, l'avenir, je le vois plutôt noir ... j'ai même envie de quitter le boulot parce que, pour moi, ils veulent notre fin, avec ce système ... ils cherchent à nous épuiser : comment on fait quand on veut se reposer l'après-midi ? On peut même plus demander à une collègue de reprendre nos patients, parce que, sinon, on sera aucune des deux payées » (ITV INFI 10)

« Avec ce lecteur, on voit bien qu'on va vers des supers structures et la fin des petits, comme nous ... Les hôpitaux risquent d'envahir les soins à domicile ... » (ITV INFI 11)

5.1.2. Informations récoltées par le biais de nos observations participantes

Par le biais de nos observations participantes, nous avons constaté que chaque identification d'un bénéficiaire de soins est liée à la réalisation d'un soin et réciproquement. Cependant, les PAI observés avec l'application à 30€/mois n'ajoutent pas systématiquement de commentaires ou photos : ils vérifient l'identité puis clôturent l'utilisation de leur application.

Au niveau de la place qu'occupe la vérification d'identité dans les échanges entre le PAI et le patient, dans la majorité des cas, elle n'est évoquée qu'en début d'interaction avec le patient, au moment de l'arrivée du PAI, avant qu'il n'applique l'obligation. Une fois l'identité vérifiée, les 2 protagonistes cessent d'en parler. Toutefois, nous avons également accompagné un des PAI qui lit la carte en fin de soins et, dans ce cas, elle n'est évoquée qu'en fin de relation. Dans la plupart de nos observations, les patients ont préparé leur carte dans un endroit stratégique, tel que le dossier infirmier ou sur un meuble, et déclarent toujours la ranger à cette place. Ils insistent souvent sur le fait que ça permet à leur PAI de ne pas perdre de temps. Seul un des patients observés, malgré la visite quotidienne de son PAI depuis des années, ne prépare pas sa carte à l'avance et ne sait pas où il l'a rangée. Le PAI concerné nous a par ailleurs affirmé que ce patient cherche tous les jours sa carte, qu'il la range à des endroits différents chaque jour, et qu'il ne pense jamais à la préparer avant la venue du PAI. Sur nos 10 observations, seul un bénéficiaire de soins ne dispose pas d'une carte d'identité : il n'a aucun autre document pour attester de son identité (outre la vignette de mutuelle), ne peut se rendre à la commune pour en faire une et le PAI qui s'en occupe choisit de scanner le code-barres de sa vignette de mutuelle. À l'exception de ce cas particulier, les PAI ont tous utilisé la lecture de puce de carte d'identité.

Pour ce qui concerne le temps passé pour lire la carte, lorsqu'il n'y a pas de souci, cette lecture de carte prend entre 1 et 2 minutes (maximum) au PAI. Cependant, nous avons eu un cas où la connexion entre le lecteur et le téléphone portable n'a pas été optimale ; le PAI a alors relancé l'application et éteint le lecteur, ce qui lui a pris entre 3 et 4 minutes, après avoir d'abord essayé plusieurs fois de connecter les deux appareils, en vain. Son agacement était palpable et observable (gestes brusques, soupirs d'énerver, débit de parole moins important).

Pendant nos observations, une seule plainte d'un bénéficiaire de soins sur la lecture de carte a été émise : il a déclaré avoir peur que le lecteur n'use sa carte et ne l'oblige à la changer plus rapidement, entraînant des coûts qu'il juge importants. Les autres patients, quand ils en parlent, déclarent que c'est dommage pour leur PAI d'être ainsi contrôlé. Même sans plainte, ils restent très attentifs à ce que fait le PAI avec leur carte, à ce qui s'affiche sur l'écran de téléphone ou de tablette de celui-ci après lecture.

Notons également que les PAI observés ne portent pas tous un tablier de soins. Certains d'entre eux travaillent en vêtements civils et, dans ce cas, lorsqu'ils quittent le domicile de leur patient et qu'ils montent dans leur véhicule, ils sortent automatiquement le lecteur de carte pour le poser dans leur voiture. Par ailleurs, nous avons observé un PAI qui a dû faire deux fois demi-tour entre son véhicule et le domicile d'un de ses bénéficiaires de soins, en raison de l'oubli du lecteur, alors que la société de logiciel de soins infirmiers pense avoir sélectionné son lecteur sur un critère de taille, normalement prévu pour entrer dans une poche de tablier.

5.2. Les autres acteurs

5.2.1. Les employés de mutuelle en charge de la facturation des soins infirmiers

Nous le rappelons, nos 2 interviewés n'occupent pas la même position hiérarchique au sein d'une même mutualité mais leur poste a attiré à la tarification des soins infirmiers à domicile des assurés. La première est employée au niveau régional, elle répond directement aux questions des PAI relatives à leur facturation, voire à un refus de celle-ci, alors que la deuxième occupe un poste de cadre au siège de cette mutualité, à Bruxelles. Nous avons estimé intéressant d'interroger ces 2 personnes pour vérifier l'existence de discordances entre leurs réponses.

De nettes différences apparaissent lorsque nous les interrogeons sur le moment où ces acteurs ont appris le changement à venir : l'acteur régional a été averti le 21 septembre 2017, soit quelques jours avant l'obligation légale, par le biais de l'INAMI dans un premier temps puis par une note de service provenant du siège central de son employeur. Le deuxième interviewé a, quant à lui, été convoqué à différentes réunions au sein de l'INAMI, avec d'autres acteurs, et a travaillé à l'implémentation pratique de la nouvelle mesure. Il déclare, qu'en janvier 2017, les instructions de facturation étaient relativement claires et permettaient la préparation pour l'implémentation de cette mesure.

« Ben, l'INAMI a affiché une publication le 21/9/17, mais moi j'ai été informée par le siège de BXL le lundi qui suit, c'était un copier-coller de la publication de l'INAMI ... » (ITV MUT Liège)

« C'est une des mesures annoncées longtemps à l'avance, c'est pas toujours le cas, mais, ici, les instructions de facturation ont été annoncées longtemps à l'avance. Chacun faisait ce qu'il voulait mais il fallait être prêt pour la date butoir. Donc, on nous l'a annoncée en janvier 2017, c'était quand même plus ou moins clair, le gros des instructions était plus ou moins clair. Dans l'année 2017, on a travaillé sur cette mesure et fait des tests possibles avant la date butoir. » (ITV MUT BXL)

Ces 2 acteurs s'accordent sur les soucis présents à l'implémentation du système, surtout après la date butoir, lors des premiers envois de factures relatives au mois d'octobre 2017, donc dès le début du mois de novembre, mais également pour la facturation de janvier, envoyée en février. Dans les deux cas, il s'agissait de problèmes de traduction d'un code, soucis réglés dans le courant du mois suivant. Ces problèmes de traduction sont induits par une interprétation des différents acteurs des notes envoyées par l'INAMI : chaque acteur, logiciel de soins infirmiers et mutualité, reçoit des consignes de l'INAMI pour l'implémentation de la lecture de carte, avec différents cas de figure et de zones à remplir par le PAI quand il ne parvient pas à lire la carte d'identité. Chacun de ces cas est retranscrit via un code informatique. Ces consignes prêtent à l'interprétation par les acteurs concernés et il est apparu que, dans le cas des deux gros dysfonctionnements rencontrés aux différentes dates, il y a eu une interprétation différente des acteurs. Or, si le logiciel de soins infirmiers ne code pas la réponse du PAI telle que la mutualité l'attend, celle-ci refuse la facturation et donc le paiement des prestations au PAI.

« Nous, finalement, comme les infirmiers encodent le mois qu'ils ont fait le mois qui suit, nous avons eu beaucoup de problème à partir du 2 novembre. Donc, le 3 novembre, nous nous sommes rendus compte qu'on avait beaucoup de refus en fait. [...] Mais c'était surtout à cause des codes ... On n'a pas les mêmes que ceux que les infis ont ... Il y a eu beaucoup de problème chez nous. » (ITV MUT Liège)

« Ben on a quand même eu quelques problèmes d'interprétation ... On s'en est surtout rendu compte en novembre et en février, face à une série trop importante de rejets. [...] En janvier 2018, il y a eu encore une adaptation [...] mais le problème, c'est que les instructions n'étaient pas claires, il y a eu mauvaise interprétation des instructions. Quand une règle change, il faut l'implémenter, il faut interpréter le texte, il était pas 100 % clair, on l'a tous interprété à notre sauce. Pas toujours évident avec toutes les règles et toutes les exceptions qu'ils présentent (l'INAMI). [...] Il y a quand même un dialogue avec l'INAMI mais y a certaines règles qui sont dans les arrêtés royaux. [...] Ils publient certaines notes, nous consultent à la réunion, nous demandent si nous serons prêts. Y a quand même un réel dialogue mais quand les règles sont là, nous devons les appliquer. » (ITV MUT BXL)

De façon générale, les deux acteurs interrogés ne pensent pas que leur travail va être profondément modifié par l'implémentation de la lecture de carte d'identité. L'acteur bruxellois a travaillé à l'implémentation du système, son travail a été modifié temporairement en vue de la réussite du projet mais, pour la suite, il n'estime pas qu'il connaîtra une transformation importante de sa fonction. L'acteur régional a enregistré beaucoup d'appels aux dates précitées mais pas de modification de ses tâches ni de sa façon de travailler.

« Je ne dirais pas que c'était une bonne nouvelle parce que il a fallu un gros budget pour pouvoir développer tout ça. Ce n'est pas quelque chose qui allait nous aider dans les relations avec les PAI ni avec nos membres ... mais maintenant, ça va pas changer notre travail sur le long terme » (ITV MUT BXL)

« À part les périodes de rush qu'on a connues, je pense pas que mon boulot va changer particulièrement » (ITV MUT Liège)

5.2.2. La société de logiciel de soins infirmiers

Comme nous l'avons déjà précisé dans notre méthodologie, nous nous sommes concentrée sur cette entreprise, vu la place majoritaire qu'elle occupe en Wallonie et qu'elle équipe les dispensateurs de soins interrogés.

Pour la vérification de l'identité du patient, notre intervenant se dit conscient que cette mesure devrait porter l'intitulé de « contrôle du PAI » et il précise qu'ils n'ont rien à voir avec l'élaboration de cette mesure. Cependant, il estime qu'il est logique que le patient doive présenter une pièce d'identité, dans la mesure où il bénéficie du « tiers-payant », qui lui évite d'avancer le coût de ses soins de santé.

« C'est quand même un peu mesquin le titre « valider l'identité du patient », le titre aurait pu être « contrôler l'infirmière ». Ils ont refait une partie sur le site de l'INAMI, la partie pour le patient, où ils disent que c'est pour contrôler l'infirmière [...] Je comprends que, au niveau juridique, ils disent que si il n'y a rien pour valider l'identité, vu que c'est le patient qui demande le tiers payant, s'il n'a rien pour s'identifier, le patient doit payer. Allez à l'hôpital sans papier d'identité, ça n'ira pas... » (ITV Logiciel)

L'entreprise a été informée de la mise en application de la mesure pour octobre 2017 par les mises à jour sur le site de l'INAMI, après la signature du Roi en novembre 2016. Ils étaient informés du cheminement de l'obligation, des documents qui allaient devoir être lus fin 2014 voire début 2015 mais ne savaient pas quand celle-ci allait être appliquée. Ils n'ont pas été consultés pour la

construction de cette mesure, vu, qu'à l'époque, ils ne faisaient pas encore partie de la Commission informatique. De plus, ils ne sont pas mandatés pour représenter les PAI, bien qu'ils disposent de solides connaissances des pratiques de terrain. Ils essaient, d'ailleurs, de rendre leurs applications et logiciels aussi compatibles que possible avec les pratiques des PAI, en respectant la réglementation INAMI et en proposant de nombreuses formations à leurs clients, tant sur leurs logiciels et applications, que sur les obligations qui incombent aux PAI. Ils ont utilisé un échantillon de clients pour la construction de leur application (30€/mois). En 2012, ils avaient déjà commencé à imaginer une application mobile d'un de leur logiciel et l'ont lancée en décembre 2013, soit presque 4 ans avant l'obligation de vérification de l'identité du bénéficiaire de soins. Une fois celle-ci améliorée avec la lecture de carte et la création de l'autre application, à 15€/mois, ils ont commencé à avertir et inviter leurs clients pour les préparer et les former à cette nouvelle obligation légale. De plus, notre intervenant nous a expliqué comment ils ont choisi le système de lecture des cartes d'identité (poids, batterie, connectivité, décrypteur déjà installé sur le lecteur).

« *En 2012, on a commencé à y penser, on voulait être sur les tablettes ...On a sondé nos utilisateurs, on a travaillé avec eux, via un échantillon. Du coup, en 2013, elle était née. [...] En août 2015, il y a eu la première présentation de l'e-ID, comment l'intégrer à notre application, en plus des commentaires, paramètres, prescriptions médicales, médecins traitants [...] Nous avons basé notre politique d'amélioration du produit sur la base des utilisateurs. [...] On fait évoluer selon les demandes de nos utilisateurs [...] La lecture e-ID, on s'est dit qu'on était prêt, on voulait habituer nos utilisateurs et leurs patients, commencer la présentation en juin et en mai. On insistait sur le fait que c'est l'INAMI qui voulait ça, pas nous. On s'est demandé comment intégrer la lecture de carte. On ne voulait pas d'un PC portable avec l'infirmière, il aurait fallu savoir scanner la carte. [...] Une autre solution non retenue : le lecteur de carte connecté sur le GSM parce que ça risque de casser le téléphone et/ou l'appareil, ça détruirait le téléphone. [...] Autre solution étudiée : tablette avec lecteur de carte intégré mais ça pèse très lourd, presque 2 kilos, et c'est très cher, 78€/mois pour 5 ans, avec, en plus, les licences d'utilisation du logiciel. Donc notre choix s'est posé sur un smartphone avec un lecteur de carte à nous, qui provient juste d'un distributeur, qui sait déchiffrer la puce de la carte d'identité belge, ça nous évite de devoir développer le décrypteur. Nous avons donc choisi notre produit qui fonctionne avec wifi, 3G, en non connecté, avec Bluetooth, qui est léger, solide, dont la batterie tient bien ... Mais, ça, c'est nos présentations, le problème c'était au niveau de la batterie et du Bluetooth mais la connectivité s'est améliorée en cours de route. C'était un problème car les gens ont connecté d'autres choses à leur téléphone, y avaient d'autres matériaux comme Facebook, You Tube, etc. Ensuite, on a formé et informé les prestataires, en leur présentant les deux formules, à travers des événements organisés* » (ITV Logiciel)

Au niveau des problèmes de facturation relatés par les acteurs des mutuelles, notre intervenant reconnaît quelques soucis rencontrés aux périodes référencées, précisant que les erreurs proviennent de leur part et des mutuelles, générées par des différences d'interprétation des directives de l'INAMI entre les deux parties. Il met en avant des cas du terrain particuliers (de l'utilisation des PAI), auxquels ils n'avaient pas pensé avant d'y faire face, via la mise en place de l'application. Il cite l'exemple d'arrangements entre infirmiers qui, pour se faire remplacer en soirée, acceptent qu'un remplaçant facture une journée de soins complète chez un patient après deux ou trois soirées chez celui-ci. Il précise que ces accommodements sont contrecarrés par la transparence attendue par la mesure. Il décrit également des subterfuges élaborés par des concurrents, autres sociétés de logiciel de soins infirmiers : pour éviter les soucis au lancement de l'obligation de lecture de carte et la mauvaise publicité engendrée par ces troubles (notamment relatées par nos PAI qui consultent les forums de

discussion), elles ont choisi d'imposer, à tous leurs clients, un système de « panne de logiciel » pendant une longue période après l'application de la mesure.

« Maintenant, on a fait des erreurs puis des erreurs des mutuelles aussi. Au démarrage, il y a eu quelques kwaks, il a fallu qu'on se concerte, notamment avec les mutuelles. Il a fallu se coordonner sur un document de 552 pages et que chacun interprète à sa façon ... [...] On s'est retrouvé confronté à plein de situations bizarres : deux passages prévus, trois d'effectués par des prestataires différents. Donc on a dû changer nos programmes. On avait prévu des matching automatiques que si y avait deux lectures. Donc là, on avait une source d'erreur. Les gens n'ont pas compris comment faire un matching. Avant, elles ne faisaient pas attention au nombre de passage, tant qu'elles recevaient leur montant, ce n'était pas grave. Mais maintenant, on demande une certaine clarté, une transparence au niveau des soins : qui fait quoi, quand, où. Ce n'est pas possible. Il y a une certaine structure... C'est comme pour les 2 visites par jour chez le patient, il y avait des rétrocessions d'honoraires mais il y avait des irrégularités légales : tu me fais 2 soirs, je te rétribue une journée complète. Mais ce n'est pas légal, car on atteste de soins non presté sur la totalité de la journée. [...] Donc, nous, face à ce problème, notre communication était : vous prenez une de nos applications, comme ça vous faites les lectures, ça remonte dans son programme à elle et c'est elle qui le facturera. Mais ça a été très mal perçu parce que c'était changer la manière de fonctionner des prestataires. Comme on veut savoir qui va quand et qui a lu la carte, ça ne marchait plus, ça. Donc, beaucoup ont décidé de se mettre en groupement. D'autres n'ont pas voulu, et donc ils sont confrontés à ça... [...] Puis, on a beaucoup été décrié, sur Facebook, etc., alors que nous on a joué le jeu directement, là où des concurrents ont mis panne de système informatique partout, pour éviter les erreurs et les refus. Donc ça nous a fait une mauvaise publicité, alors qu'on a simplement joué le jeu attendu, sans compter les logiciels pirates qui dupliquent les cartes d'identité. » (ITV Logiciel)

5.2.3. Le bureau de tarification

L'acteur interrogé nous a expliqué qu'il facture depuis 19 ans pour des PAI indépendants via un des logiciels proposés par la société interrogée pour la présente recherche. Il travaille pour une petite structure qui ne compte pas beaucoup de clients. Au cours de ces années, il a connu les différents changements du secteur des soins infirmiers à domicile, de l'envoi des attestations de soins données manuscrites aux récentes mesures. De façon générale, il se tient informé par la société de logiciel de soins infirmiers, ne consulte pas le site de l'INAMI ou de façon occasionnelle. Il explique que l'évolution de la facturation a, pour lui, été positive, que le travail s'est simplifié mais garde des réserves importantes pour la lecture de carte d'identité. Pour celle-ci, il s'est formé avant sa mise en place, au mois de juin 2017, par le biais des séances d'informations dispensées par la société de logiciel de soins infirmiers. Notons que, comme certains PAI, il distingue compensation et fraude et construit un parallèle avec l'hôpital.

« Quand j'ai appris pour la lecture de carte, je me suis dit « Misère, pauvres infirmières, elles ne seront pas payées quand leurs patients seront absents ... parce que, dans ces cas-là, c'est une compensation pour la route que de facturer, c'est pas du vol ... Il y a des fraudeurs mais bon il existe aussi des compensations, on fait le déplacement, alors qu'à l'hôpital, quand c'est la famille qui le lave, le patient, il paie le prix plein quand même. [...] Ça me prend beaucoup plus de temps, normalement on scanne et y a plus besoin d'encoder, mais le problème, c'est que tous les jours ne sont pas correctement encodés. Si l'info s'est fait remplacer 5 jours normalement, il n'y a que 5 jours qui manquent mais là y a parfois 8 jours qui manquent, donc ça prend beaucoup plus de temps. [...] Parfois il dit qu'il n'y a pas de lecture de carte alors que celle-ci est passée. [...] Le programme n'est pas encore au point. J'ai perdu des heures et des heures. [...] Quand on voit l'évolution qu'on a connue dans la facturation, c'était positif, sauf maintenant à cause du stress que ça engendre chez les infirmières, elles ont peur de ne pas être payées, de travailler sans être payées et en plus elles ne prennent pas les choses en main » (ITV Tarification)

Il se plaint d'une augmentation de tracas et d'une perte de temps avec la nouvelle mesure : des soucis de cartes lues mais non enregistrées, des difficultés lorsque les PAI se font remplacer par quelqu'un qui n'est pas dans son bureau de tarification, pour la transmission d'informations, un stress important des PAI qui le contactent à toutes heures. Il a notamment connu de gros soucis aux dates mentionnées par les acteurs des mutualités et celui du logiciel en soins infirmiers : il incrimine un souci de traduction de données que nous avons évoqué précédemment. Il a pu envoyer plusieurs fois la facturation de ses clients mais ceux-ci étaient plutôt insatisfaits des tracas rencontrés. Il en a d'ailleurs perdu un, à cause des complications dues aux différents systèmes entre logiciels concurrents.

« En janvier, y avait des soucis, les mutuelles qui refusent les envois [...] Toujours à cause du record 52, [...] Maintenant, tout est accepté donc ça va. [...] Je n'ai pas vu de changement au niveau des chiffres des infirmières mais moi j'ai perdu une infirmière parce que nos logiciels n'étaient pas compatibles, je la facturais quand même depuis 15 ans. Alors qu'avant le système, ça allait tout seul. Y avait des soucis de traduction entre les différents logiciels. » (ITV Tarification)

La plupart de sa clientèle utilise l'application à 15€/mois, l'autre formule lui complique la tâche, à cause des multiples fonctionnalités qu'elle propose. Il doit alors régulièrement consulter les PAI qui utilisent celles-ci pour être sûr des informations qu'il retrouve sur son logiciel. Lorsqu'il a assisté aux séances d'informations sur les applications qui allaient sortir, il pensait pouvoir supprimer les documents papiers qui lui servent de relevé d'activités des PAI, pour pouvoir encoder les soins prestés par chacun de ses clients, mais estime désormais qu'il n'est pas encore possible de le faire.

« J'ai un tiers de mes clients qui utilise celle à 30€/mois mais c'est beaucoup plus compliqué pour moi parce que, quand c'est juste la lecture carte, y a pas de Katz ; alors que celle-là, c'est beaucoup de gestion, elles l'utilisent complètement, je ne suis pas sûre qu'elle avaient des dossiers avant mais, avec ça, au moins, elles sont en ordre, c'est mieux pour elles. Mais de mon côté du PC, je préfère la basique... [...] Enfin, maintenant, j'ai réinstauré le papier pour m'assurer que je rate pas quelque chose, ... c'est bête, je pensais qu'on allait pouvoir s'en débarrasser mais faut quand même un contrôle papier pour me faciliter la vie » (ITV Tarification)

5.2.4. L'INAMI

Nous le rappelons, nous avons eu des contacts avec deux services différents de cet organisme parastatal : le service des soins de santé, qui promulgue les directives pour les dispensateurs de soins, et le service d'évaluation et de contrôle médicaux, qui contrôle les prestataires. De plus, nous avons régulièrement consulté le site de l'INAMI pour nous informer des mises à jour, de la présentation de l'implémentation, des obligations des PAI, de l'évolution de l'institut.

Le premier des deux services consultés nous a éclairée, par le biais de mails, sur le cheminement de la mesure avant son application, sur les différentes commissions consultées pour l'élaboration de celle-ci. Par l'intermédiaire de nos interlocuteurs, nous avons cherché à connaître le nombre effectif de PAI indépendants, de distinguer le nombre d'indépendants à titre principal et complémentaire mais n'avons pas pu obtenir de réponse. Ils nous ont permis d'appréhender les différentes commissions, nous ont renseigné sur l'inexistence d'un Ordre infirmier, sur le nombre de PAI ayant attesté d'au moins une prestation de l'article 8 de la nomenclature.

Le deuxième nous a appris qu'ils n'avaient pas été consultés dans l'élaboration de la mesure, qu'ils auraient préféré un système qui ne touche pas la totalité des PAI, qu'ils estiment plutôt individualistes, mais qui cible plus spécifiquement les fraudeurs connus de leur service, parmi lesquels ils dénombrent quelques récidivistes. Ils déclarent qu'ils n'ont été avertis de l'implémentation de la lecture de carte seulement peu de temps avant qu'elle ne soit en place alors qu'ils contrôlent les PAI. Ils soulignent également qu'ils auraient pu, s'ils avaient été consultés préalablement, restreindre certaines stratégies de contournement des PAI, dont ils ont déjà été informés. Pour eux, cette mesure devrait pouvoir les aider dans leur démarche, une fois qu'ils maîtriseront les données récoltées par ce système.

« Oui, chez les infirmiers, il y a de la fraude, c'est sûr ! [...] (En parlant de la vérification de l'identité du patient) On l'a quasi appris en même temps que les prestataires, c'était presque gênant ... C'est pas très restrictif comme mesure, en tous cas, quand on voit ça, on sait qu'il y en a beaucoup qui vont continuer à tricher, alors que si on nous avait demandé avant, ben, ils auraient eu plus difficile ... [...] Ils ont un côté individualiste, les infis à domicile, ils travaillent de leur côté, enfin, comparés aux médecins, ... » (ITV SECM 1)

« Ça aurait quand même été plus intelligent de créer un système qui ne vise que les récidivistes ... là, ça touche tout le monde, c'est pas très pratique pour nous, finalement, on va recevoir plein d'informations et il va falloir tout gérer... Mais, bon, une fois qu'on pourra calibrer les infos récoltées, on va pouvoir l'utiliser pour lutter contre les fraudeurs ... » (ITV SECM 2)

6. Discussion

Dans ce chapitre, nous tentons de mettre en lumière les données empiriques récoltées et de les analyser sur base des concepts retenus dans notre cadre théorique. Nous commençons alors l'analyse par le point sur le changement et ses résistances, inspiré de l'ouvrage de Pichault et de l'article de Soparnot ; nous poursuivons avec l'acteur et le système, fortement présenté via Crozier et Friedberg. Nous enchaînons alors avec l'acteur-réseau, marqué par Callon et Akrich, pour terminer par l'illusion informaticienne de Francis Pavé.

Cette analyse cherche à répondre à notre question de recherche, à savoir « **Comment les infirmiers indépendants liégeois s'approprient-ils la vérification de l'identité du patient ?** ». Pour y répondre, nous cherchons d'abord à résoudre nos hypothèses de recherche qui s'articulent comme suit : H1 : Les PAI indépendants ressentent la vérification de l'identité du patient comme un nouveau moyen de contrôle de leur pratique. H2 : L'implémentation de la vérification de l'identité du bénéficiaire de soins est dépendante du système d'action dans lequel elle s'inscrit.

6.1. Le changement et ses résistances

Nous l'avons vu lors du développement de nos concepts, le changement, « *c'est transformer les manières de faire, les relations* » et, vu qu'il « *se traduit par la création de nouvelles règles* » (Bernoux, 2010 : 53), il entraîne des résistances qui peuvent être d'ordre psychologique, identitaire, politique, collectif, culturel et cognitif.

Dans le cadre de notre recherche, nous estimons faire face à une organisation en réseau, composée de plusieurs entités représentées par les différents types de dispensateurs de soins qui répondent aux normes imposées par l'INAMI. Il existe une « *asymétrie des relations de pouvoir entre donneurs d'ordres et fournisseurs* » (Pichault, 2009 : 37), entre l'INAMI et les PAI. Le changement étudié, de type intentionnel, vise à faire des économies en tentant de réduire la fraude dans le secteur infirmier, par l'apport d'une nouvelle technologie imposée aux PAI. En ce sens, il recoupe ce que Pichault appelle respectivement le changement de stratégie et le changement technologique. Au niveau de l'ampleur du changement étudié, en nous référant à la typologie du même auteur, nous estimons qu'il s'agit surtout d'un changement de type managérial, « *où de nouvelles orientations peuvent se prendre en terme [...] de moyens de contrôle sur le travail réalisé* » (Pichault, 2009 : 35). Lorsque nous nous penchons sur les phases des temporalités, nous constatons, du point de vue des PAI et de l'employé du bureau de tarification, voire de celui des acteurs du SECM, « *une perte par rapport au passé* », avec l'expression de regrets pour la situation antérieure à l'implémentation de la vérification d'identité ; malgré cette nostalgie, certains des infirmiers ont atteint la « *zone neutre* » de Pichault, à savoir qu'ils commencent à s'adapter à cette nouvelle mesure. Enfin, une seule de nos interviewés considère cette

mesure comme un nouveau départ administratif. Cependant, soulignons que l'abolition de la lecture de carte avec maintien de l'application mobile lui conviendrait tout autant. Il est intéressant de mettre en exergue que la plupart de nos interrogés (PAI, SECM, MUT Liège, Tarification) n'a été informée que peu de temps avant l'arrivée de la mesure, alors que le changement, « *aux yeux de l'équipe dirigeante* » (Pichault, 2009 : 38), avait déjà été décidé et finalisé, comme nous l'a déclaré notre intervenant cadre pour une mutualité. Cependant, il est possible que leur faible assiduité à consulter le site de l'INAMI soit la cause de leur retard d'information.

L'implémentation de la vérification de l'identité du patient vise la diminution de la fraude dans les soins infirmiers à domicile, accessible par les développements technologiques tels que les « smartphones » et tablettes, dans le cadre des politiques d'état social actif qui cherchent à rendre les dépenses de la sécurité sociale belge actives ou à les amoindrir. Alors que les PAI se sentent spécifiquement visés par cette mesure, ces politiques de réduction budgétaire s'observent à d'autres niveaux : par exemple, les frais de fonctionnement de l'INAMI ont été diminués de 20% (INAMI, 2015) et des mesures de contrôle via l' « e-Attest » se finalisent auprès des médecins. Néanmoins, ce changement bouscule les habitudes des PAI interrogés, provoquant un sentiment de contrôle de leur pratique, de « *pointage* » qu'ils estiment contraire à leur fonctionnement antérieur, même s'ils reconnaissent que cette mesure a été mise en place en raison d'abus d'autres PAI.

Pour ce qui concerne les approches explicatives du changement de Pichault, nous ne pouvons pas, à l'heure actuelle, vérifier si les objectifs de diminution de fraude ont été atteints. Pour ce qui est de l'adéquation de la mesure, d'après les entretiens, il semble que cette mesure ne soit pas optimale et qu'elle souffre déjà de nombreuses parades, qui bloquent son efficacité. Bien que nombreux s'y soient adaptés, elle est toujours décriée et serait abandonnée à la première occasion.

Les facteurs de résistances rencontrés sont d'ordre psychologique, politique, cognitif et collectif. Le premier type se manifeste chez les PAI qui se déclarent contre cette nouvelle mesure, affirment qu'elle est anxiogène. Cette anxiété générée par la mesure chez les PAI nous a également été relatée par le travailleur du bureau de tarification. Notons que certains lui reconnaissent, en cours d'entretien, un apport de facilités au niveau de leur pratique administrative, mais imputé à l'application mobile et non à l'obligation de vérification d'identité. La deuxième sorte de facteur a été rencontrée chez les PAI qui admettent qu'il existe des systèmes d'adaptation pour contourner la mesure, qu'ils ont pu « *infléchir* » ce changement « *dans un sens qui leur est plus favorable* » (Soparnot, 2013 : 28), comme avec les photographies du code-barres de carte, etc. De plus, pour certains de nos interviewés, l'obligation leur a permis d'hériter de patients d'autres PAI, qui facturaient probablement des soins sans se rendre chez les bénéficiaires et qui se sont sentis contraints de stopper cette pratique. La troisième espèce de facteur de résistance surgit lorsque nous entendons certains PAI se plaindre du matériel technologique requis, de l'apprentissage pour la maîtrise de celui-ci et la technicité implicite à la mesure. Elle se

rencontre également chez l'employé du bureau de tarification qui traite de l'augmentation de sa charge de travail et des difficultés qu'il rencontre. Pour les résistances collectives, qui relèvent « *de l'influence du groupe* » (Soparnot, 2013 : 28), elles se manifestent sur les différents médias, réseaux sociaux, où beaucoup d'autres infirmiers ont critiqué la mesure, lui ont attribué une perte de temps voire des défauts de paiements. Or, certains de nos interviewés consultent ce type de forums. Il est dès lors logique de penser que l'influence du groupe social s'exprime au travers des perceptions des PAI, tronquant leur vision de la réalité. Il s'agit d'un phénomène de « *normalisation* » (Morin, cité par Tedongmo Teko et Bapes Ba Bapes, 2010) par lequel le sujet, le PAI interrogé, tente d'ajuster son comportement à celui du groupe, les autres PAI des forums infirmiers. Nous nous permettons cette réserve au regard de nos observations sur les « *bugs* » : sur nos 10 observations participantes, un seul réel « *bug* » a été constaté. Nous soulignons que ces différents types de résistance peuvent se rencontrer simultanément chez un même prestataire et rappelons que la « *zone neutre* » a été atteinte par nombre d'entre eux.

Nous n'avons pas développé les facteurs de résistances d'ordre identitaire et culturel, pourtant cités dans notre cadre théorique. Pour les facteurs de résistance identitaire, « *l'organisation nourrit l'individu en termes de représentation de lui-même* » (Soparnot, 2013 : 27). Or, nous avons constaté que les PAI pensent que l'INAMI, avec l'obligation, les assimile à des tricheurs, que l'institut aurait tenté, en vain, de masquer le but de contrôle de la mesure. De plus, un des PAI interviewés a évoqué une possible défection des soins. Cependant, pour invoquer une résistance, nous aurions dû nous pencher sur la construction identitaire des PAI indépendants, sur l'ancienne représentation qu'ils prêtent à l'institut à leur sujet et vérifier l'existence d'une césure entre l'avant et l'après mesure. Sans avoir investigué plus amplement sur la question, nous manquons de données pour l'affirmer. Dans le même sens, au regard des données récoltées, il nous semble inadéquat de traiter de la résistance culturelle, liée à la culture d'entreprise : beaucoup de nos interviewés ont émis des difficultés à traiter de l'INAMI, ont reconnu qu'ils ne visitent jamais son site internet et ne s'estiment pas commandés par l'institution ou appartenant à un quelconque système. Nous avons alors des difficultés à concevoir une culture d'entreprise, des valeurs intériorisées et partagées par les individus. Un de nos intervenants du SECM qualifie d'ailleurs les PAI « *d'individualistes* ». Les autres acteurs interviewés, à part l'employé d'un bureau de tarification, ne contestent pas la mesure, ne développent, apparemment, aucune résistance, exception faite des quelques réserves émises par les intervenants du SECM.

6.2. L'acteur et le système

Pour Crozier et Friedberg, le pouvoir s'inscrit dans une organisation qui va émettre des règles auxquelles les acteurs vont s'adapter, tout en cherchant les « *zones d'incertitude organisationnelles* » (Crozier et Friedberg, 1977 : 78), en vue de répondre à leurs objectifs personnels.

En ce sens, il nous a fallu déterminer l'organisation dans laquelle s'inscrit la mesure de « Vérification de l'identité du patient ». Cette mesure a été promulguée par le service de soins de santé de l'INAMI, après un cheminement législatif, qui englobe le passage de la mesure dans la loi, signée par le roi, puis sa mise en application, sa traduction informatique. Elle vise à diminuer la fraude. Pour lutter contre celle-ci, l'INAMI a mis en place des « *dispositifs de repérage des irrégularités* », dont nous avons déjà traités dans le cadre théorique de la présente recherche. Plus spécifiquement, au niveau de « *l'informatisation* » comme dispositif de contrôle des PAI, l'exemple le plus probant réside dans l'implémentation de la vérification de l'identité du patient. Lorsque Vezinat évoque les « *contrôles croisés* » et le « *corps d'enquête spécifique* », nous les relions à l'existence des différents services de contrôle au sein de l'institut, contrôles médicaux et sociaux, et leur capacité à réaliser des actions communes. Quant à la « *déontologie fournissant des normes à respecter* », elle se reflète dans la nomenclature des soins infirmiers. Enfin, au sujet de « *l'étude des techniques des fraudes afin de les contrecarrer* » (Vezinat, 2013 : 82), nous pensons directement à la section « Evaluation » du service de contrôle et évaluation médicaux. Dans leur analyse des différents types de fraudes, l'institut cherche surtout à lutter contre la facturation de soins non effectués qui sont, une fois repérés, punis d'un remboursement des soins et majorés d'une importante amende. Ce type d'irrégularité peut être intentionnel ou commis par nécessité mais l'institut ne différencie pas les irrégularités selon le motif de la fraude mais sur la réalisation ou non des actes portés en compte à la facturation.

Lorsque nous nous sommes penchée sur la représentation des PAI du système dans lequel ils s'inscrivent, nous avons constaté que peu d'entre eux évoquent de façon spontanée les mutualités et l'INAMI. La plupart d'entre eux ne pense pas s'inscrire dans un système, ne connaît pas les « *institutions spécifiquement chargées du contrôle, de l'élaboration ou de la modification des règles* » (Reynaud, 1989 : 51) et se pense totalement indépendant, même s'ils reconnaissent subir une certaine forme de contrôle. Nous constatons que leur statut d'indépendant participe alors à la définition de leur métier « *plus que ne le fait leur appartenance au groupe professionnel des infirmières* » (Feyfant, 2017 : 261). Ils oublient ce « *tiers gestionnaire s'interposant* » (Aynaud et Picard, 2011 : 313) entre eux et leur patientèle, auquel ils sont liés par la signature d'une convention qui crée une « *relation de subordination* » (Bernoux, 2010 : 36). Ils appliquent les règles qui leur sont prescrites (par nos observations participantes, il a été constaté que la vérification de l'identité du patient se fait à chaque contact avec le bénéficiaire de soin) mais ne connaissent pas le système qui les leur dicte ; il leur paraît obscur. La relation de pouvoir rencontrée nous apparaît comme réciproque mais déséquilibrée : l'INAMI promulgue des règles auxquelles se plient les PAI mais l'institut a besoin des PAI pour réaliser les soins. Les sanctions que les infirmiers citent consistent en une privation de paiement du travail effectué. Ce type de sanction semble les contraindre à utiliser le système, même s'ils le critiquent. De plus, peu d'entre eux évoquent leur manque de représentativité au sein des instances qui

les régissent¹¹, ce qui met en évidence l'importance que la majorité accorde à leur statut d'indépendant, prédominant sur leur statut d'infirmier. Pour étayer notre point, reprenons les différentes comparaisons que les PAI ont utilisées aux cours de nos entretiens : ils se comparent à des électriciens, des plombiers, aux travailleurs de l'HORECA soumis à une caisse enregistreuse avec boîte noire. Ces comparaisons soutiennent celle de Freidson, lorsqu'il émet un parallèle entre le PAI et un « *artisan indépendant* » (Freidson, 1984 : 73), comparaison que nous avions déjà soulignée précédemment.

Même s'ils ne pensent pas leur métier sous un aspect corporatiste (bien qu'ils se comparent à des métiers qui peuvent appartenir à ce qu'on appelle des corporations), ils ressentent une forme de « *stigmatisation* » en regard des autres dispensateurs de soins. Nombre d'entre eux ont évoqué une différence de traitement par rapport aux obligations imposées ou aux avantages alloués aux médecins et aux kinésithérapeutes. Leur discours évoque une « *séparation « eux »-« nous »* » (Link et Phelan, 2001, cités par Lacaze, 2008 : 189), un des cinq éléments compris dans le concept de stigmate, développé par Lacaze. Alors qu'ils reconnaissent qu'il y a eu certaines fraudes dans leur secteur, ils se sentent « *stigmatisés* », « *étiquetés* » par le système qui met en place des mesures de contrôle, leur envoyant cette image de fraudeur. Ils dénoncent l'appellation de la mesure « *Vérification de l'identité du patient* » comme une tentative ratée de masquer le but réel de celle-ci, à savoir un système de contrôle à leur égard.

Un autre aspect du processus de stigmatisation réside dans la relation de pouvoir : « *la stigmatisation est entièrement dépendante du pouvoir social, économique et politique – il faut du pouvoir pour stigmatiser* » (Link et Phelan, 2001, cités par Lacaze, 2008 : 191). C'est la relation de pouvoir qui permet d'étiqueter certains individus ou groupes, de l'INAMI sur les PAI. Relevons que le souci de cet étiquetage réside dans le fait qu'« *étiqueter une personne comme déviante tend à altérer l'auto-conception de la personne stigmatisée par incorporation de cette identification* » (Wells, 1978, cité par Lacaze). La personne étiquetée comme déviante « *devient ce qu'on a supposé et dit qu'elle était* » (Lacaze, 2008 : 185). En imposant une mesure stricte, il est possible que le système ait engendré la recherche, par les acteurs, de failles au sein des règles établies, en guise de résistance face à la mesure (comme le PAI qui a contacté et signalé les systèmes de détournement). Nous présentons cette possibilité mais gardons tout de même des réserves.

Les individus étiquetés risquent de « *subir une inégalité de traitement* » (Lacaze, 2008 : 191 - 192) ou, pour nos interviewés, en ressentir une. Ils l'argumentent par l'absence de ce type de lecteur chez les autres prestataires (médecins et kinésithérapeutes) ou un sentiment de contrôle accru de leur secteur par le SECM, service des contrôles et d'évaluation médicaux de l'INAMI. Ce sentiment a pu être

¹¹ Il est apparu, dans le courant de nos recherches, que les infirmiers ne disposent pas d'un ordre des infirmiers, comme l'ordre des médecins, qui pourrait les représenter au sein des différentes commissions et comités de l'INAMI.

renforcé par la publication du rapport annuel de l'INAMI de 2014 qui annonçait, pour 2015, « *un contrôle renforcé* » (INAMI, 2014) envers ce secteur, surtout pour les PAI qui présentent des chiffres d'affaire importants. Avec l'arrivée de la lecture carte, l'institut parastatal déclare, sur son site internet, que « *la grande majorité des infirmiers appliquent correctement les règles de l'assurance soins de santé* » et reconnaît, sur cette même page, que le système est mis en place pour « *lutter contre une fraude éventuelle* » (INAMI, 2017). Nous nous demandons si les PAI n'enregistrent pas la mise en place de ces mesures sur leur secteur comme une « *discrimination institutionnelle* », un travail de l'institut en vue de les « *désavantager, pénaliser* » (Lacaze, 2008 : 193).

Bien qu'ils décrivent le système de contrôle que représente la lecture de carte, ils reconnaissent que la fraude, au sein du secteur des soins infirmiers indépendants, existe. Ils ne sont par ailleurs pas les seuls à le reconnaître : tous nos intervenants expliquent qu'il en existe différents types dans le secteur et citent quelques exemples, comme les prestations non effectuées mais facturées ou les prestations non conformes. Pour eux, la lecture de carte tente de diminuer les prestations non effectuées vu que, s'ils n'enregistrent pas une lecture de document d'identité chez un bénéficiaire de soins, ils ne peuvent pas attester de leurs soins chez lui. Certains qualifient ce type de fraude de « *compensation* » pour un système qu'ils estiment mal les rémunérer, ce qui nous renvoie aux « *techniques de justification de la déviance* », évoquées par Becker : « [...] *en fait, il ne s'agit pas du tout d'un système de vol, mais d'un système de récompense* » (Becker, 1985 : 51 - 48). Les PAI se justifient également par l'évocation d'une fraude présente dans les autres secteurs de soins de santé, dans les supers structures de soins à domicile (CSD, par exemple), voire à l'hôpital. En plus des justifications de la déviance, rappelons que Reynaud justifie l'infraction comme étant « *la chose la plus naturelle au monde : puisqu'il y a règle, c'est qu'il y a tentation d'agir autrement. Mais l'infraction ne se réduit pas à la déviance individuelle. Elle peut être celle d'un groupe ou d'un individu qui défend ou réclame une autre régulation* » (Reynaud, 1989 : 93). Ces termes nous rappellent que l'acteur, dans son choix ou non de se soumettre à certaines règles, peut justifier ses choix de déviance : dans le cadre de notre recherche, ils se justifient par cet « *étiquetage* » ressenti, cette différenciation avec les autres dispensateurs de soins et les fraudes que « *de plus gros* » commettent, sans en payer les conséquences. Ce type de fraude symbolise, pour certains, une protestation, un moyen pour démontrer que leur travail mérite un meilleur salaire.

Outre les justifications de comportements frauduleux, cette « *stigmatisation* » ressentie les pousse à critiquer le système mis en place, lui imputer une perte de temps importante et l'allongement de leur temps de travail. De nos observations participantes, nous avons constaté que le lecteur, qui fonctionnait correctement la plupart du temps, ne leur demandait que deux minutes maximum pour réaliser l'action commandée, sauf pour un cas où l'appareil a montré un dysfonctionnement. Cependant, les PAI qui traitent de cette perte de temps, l'évoquent surtout dans leur « *après-journée* », que nous n'avons pas eu l'opportunité d'observer. Il est intéressant de souligner que, dans le cadre de

notre étude, les plus vives critiques de cette perte de temps proviennent de PAI qui utilisent l'application la plus chère.

Malgré leurs sentiments négatifs à l'égard de la mesure, ils soulignent tout de même qu'elle peut aider à diminuer la fraude, même s'ils estiment que tout un secteur paie pour quelques fraudeurs peu scrupuleux, avis que partage le SECM. Parmi ceux qui ne la rejettent pas totalement, certains évoquent des « *facilités* » administratives qu'elle apporte, d'autres parlent d'une « *contrainte à laquelle on se fait rapidement* ». Aucun d'entre eux ne fait de parallèle avec l'e-Health et deux d'entre eux pensent que l'outil sera pratique lorsque les informations médicales seront accessibles par la carte d'identité.

6.3. La théorie de l'acteur-réseau

Basée sur l'article de Michel Callon, nous insistons, dans ce point, sur les « *dissidences* » rencontrées et la place accordée au « *non-humain* ».

Quand il évoque les controverses et les acteurs silencieux « *cantonnés dans un forum officieux* » face aux « *quelques acteurs qui déterminent les problèmes, les arguments et les intérêts légitimes* » (Callon, 1981 : 394), un parallèle s'établit avec la situation décrite par nos intervenants. En effet, les PAI interrogés estiment ne pas avoir été sollicités sur la question pendant que le processus permettant l'implémentation de la lecture de carte se mettait en place. Ils accusent une décision prise sans consultation, qui, comme expliqué précédemment, jette « *l'opprobre* » sur leur métier et leur complique la tâche, dans le sens où l'outil n'est pas adapté à leur pratique. De plus, les intervenants du SECM n'ont pas été consultés ainsi que l'intervenant de la société de logiciel de soins infirmiers qui, à l'époque, n'était pas encore inscrite à la Commission informatique, alors qu'elle aurait pu participer, par l'émission de remarques pertinentes, à l'implémentation réussie de cette vérification de l'identité du patient.

Pour ce qui est de la place du « *non-humain* », dès sa conception, il est pensé pour répondre à certaines exigences des acteurs, « *compétences, motivations, aspirations* ». De plus, « *l'introduction d'une nouvelle technologie est susceptible de construire un nouvel arrangement des choses et des gens* » et elle peut produire de nouvelles connaissances sur différents aspects du monde, en allant jusque « *la production de jugements moraux* » (Akrich, 2012 : 162 - 163). Dans le cadre de notre travail, nous distinguons deux « *non-humains* » introduits par la nouvelle mesure : le lecteur de carte mais aussi l'application mobile qui se décline sous deux formes (15€/mois et 30€/mois). Nous avons choisi de les étudier séparément car ils ne remplissent pas les mêmes fonctions, bien qu'ils soient utilisés dans le même but et souvent confondus par les PAI.

Au niveau du lecteur, nous n'avons pas interrogé le concepteur du lecteur mais son client, qui le fournit aux PAI, avec son application mobile. Le choix de la société de logiciel s'est articulé autour de

critères telles que le poids, le format, les systèmes de connectivité de la machine avec le téléphone portable ou la tablette, l'utilisation des PAI de celui-ci et le système de décryptage de puce déjà présent dans le lecteur, pour en éviter l'installation dans leurs applications. La société a mobilisé ses connaissances du secteur des soins infirmiers à domicile : elle a choisi un appareil léger, transportable dans une poche de tablier, qui se recharge par un port USB, qui permet la traduction des informations contenues sur les documents d'identité et qui se connecte par le Bluetooth à l'appareil du PAI. Ce type de connexion a été favorisé pour « éviter de détériorer le téléphone portable ou la tablette » (ITV Logiciel), comme pourrait le faire un appareil connecté par câble. Cependant, des problèmes de connectivité ont été relayés par les utilisateurs, voire certaines machines rapidement détériorées. De plus, nous l'avons constaté par le biais de nos observations, tous les PAI ne portent pas de tablier pour travailler. Dans ce cas, ils mettent l'appareil dans une poche de pantalon ou le portent, ce qui peut les amener à l'oublier dans leur véhicule. La batterie est rarement testée par les PAI qui craignent qu'elle ne soit vide dans le courant de leur journée et qui la rechargent donc chaque jour, voire deux fois sur la même journée. Nous avons enregistré de nombreuses plaintes quant à l'implémentation de la lecture de carte : certaines sur la connectivité du lecteur, d'autres sur des soucis de « matching » entre le logiciel et l'application mobile.

Au sujet de celle-ci, nous rappelons à nos lecteurs qu'il en existe deux types : une basique, à 15€/mois, et une plus poussée, à 30€/mois. La réalisation des applications mobiles a requis une inscription d'une vision du monde des PAI, un « « *script* » ou « *scénario* » » (Akrich, 2012 : 163). Dans le cas des deux applications présentées, elles envoient les informations recueillies par le lecteur de carte ou le scan, lorsqu'il n'y a pas de document d'identité à puce, sur un « *cloud* », pour les faire « *matcher* » avec le logiciel de soins infirmiers du PAI (ou son bureau de tarification) et lui permettre de facturer les soins prestés. Concernant la deuxième application, la société de logiciel de soins infirmiers a testé son utilisation avant même d'être informée de l'implémentation de la vérification de l'identité du patient. Ils ont travaillé en collaboration avec un groupe d'utilisateurs « *test* », en vue de concevoir un outil utile à leurs clients. Malgré le temps consacré à la conception, à l'étude des fonctionnalités proposées, il semblerait que des zones d'ombre soient apparues, des habitudes de PAI qui ne leur avaient pas été signalées : l'exemple le plus récurrent est celui des PAI qui, lorsqu'un soin nécessite deux visites par jour, demandent parfois à des collègues de reprendre la deuxième visite et tarifent ce soin entièrement à leur compte, en envoyant une rétrocession d'honoraires à leur remplaçant. L'implémentation de la lecture de carte ne permet plus cet échange, il faut que les PAI forment des groupements pour parvenir à se transférer des patients, ce qui diminue leur sentiment d'indépendance et perturbe leurs habitudes de travail. Nous avons également enregistré des plaintes quant aux informations susceptibles d'être notées dans les commentaires, suggérant qu'elles restreignent les possibilités des PAI. De plus, ils ne sont pas les seuls à se plaindre de cette application : l'acteur du bureau de tarification rencontré émet également des réserves sur l'aspect pratique de celle-ci ; il lui impute des difficultés dans son travail

qu'il ne rencontrait pas avant. Nous faisons alors face à un « *script* » incomplet, erroné, qui se traduit par des critiques et des soucis pour les PAI et leur bureau de tarification. Notons que les mutualités ne souffrent pas de ces erreurs, vu qu'en cas de souci, elles ne paient simplement pas le PAI. Les désagréments qu'elles rencontrent dans ces cas sont la multitude et la récurrence des appels de PAI mécontents.

Quant aux « *prescriptions* » (Akrich, 2012 : 167) imposées par ces « *non-humains* » aux utilisateurs, à savoir les PAI, elles ne sont pas le fruit de l'unique concepteur (ou fournisseur si nous nous arrêtons sur le lecteur) mais aussi des directives légales imposées par l'INAMI aux PAI : en effet, lorsque les PAI se plaignent de ne plus pouvoir appliquer les rétrocessions, il s'agit d'une mesure souhaitée pour identifier le prestataire qui fournit les soins. Le concepteur, qui a tenté de rendre les « *non-humains* » pratiques pour ses utilisateurs, ne peut déroger aux obligations légales attendues par l'institut, qui occupe une place centrale parmi les acteurs de la problématisation. Cependant, rappelons que l'institution se divise en différents services et que c'est son service soins de santé qui a promulgué les directives relatives à l'implémentation de la vérification de l'identité. Or, dans cette étape, nous l'avons déjà signalé précédemment, des acteurs évidents n'ont pas été consultés : la société de logiciel de soins infirmiers mais aussi les agents du service de contrôle et d'évaluation de l'institution, qui contrôlent les PAI et les différents abus. Ceux-ci ont été informés tardivement de la mesure, sans pouvoir ajouter leurs connaissances du secteur pour pallier à certaines zones d'ombre. L'innovation technique que constitue l'implémentation de la lecture de carte a pour mission d'aider le contrôle de certaines fraudes, mais n'a pas été pensée avec tous les acteurs du système. Alors que cette mesure vise à attester de la présence d'un PAI auprès d'un patient par le contrôle de son identité, le lecteur et l'application servant de « *pointeuse* » pour le PAI, différentes techniques de contournement de l'objet ont été mises en place : certains des prestataires reprennent les cartes d'identité, d'autres choisissent de scanner les code-barres de celles-ci, d'autres encore favorisent le scan de la vignette de mutuelle. Mais les infirmiers ne sont pas les seuls à penser aux systèmes de détournement du contrôle : il semblerait que certaines sociétés de facturation proposent à leurs clients des logiciels de duplication des cartes d'identité, leur permettant de ne lire qu'une seule fois la carte puis de la dupliquer pour le pointage, ou encore que certains fournisseurs de logiciel ont permis à leurs clients d'enregistrer tous leurs patients avec un code traduisant une faille du système, dans les premiers temps de l'implémentation de la mesure, sans réel « pointage » de l'identité du bénéficiaire de soins.

Pour notre étude, il semble que nous rencontrons des « *dissidences* » aux différentes étapes de la traduction de Callon : alors que la problématisation a reconnu des acteurs concernés, elle ne semble pas avoir englobé la totalité de ceux-ci. Par ailleurs, les PAI se plaignent d'un manque de concertation à leur niveau, ils ne reconnaissent pas les porte-paroles qui leur sont attribués. « *La validité de la problématisation* » paraît, dans ce cas, réfutée ainsi que « *la mobilisation des alliés* » (Callon, 1986 : 188 - 193). Il apparaît alors des « *dissidences* », contestations de différents acteurs et à différents

niveaux avec des « *controverses* » qui déstabilisent « *l'identité et les caractéristiques des acteurs impliqués* » (Callon, 1986 : 201), notamment par l'absence de représentativité de certains acteurs, comme la société de logiciel de soins infirmiers, des représentants du SECM pour définir la problématisation avec leur point de vue du secteur, des porte-paroles représentatifs des PAI.

De plus, notons que ces « *dissidences* » se reflètent dans les textes de l'INAMI, dont le discours antinomique est relayé par l'intervenant de la société de logiciel de soins infirmiers : les PAI peuvent signer une convention avec l'INAMI qui leur permet, notamment, d'appliquer le « *tiers-payant* » avec des tarifs établis par l'institut. Celle-ci stipule que, s'ils optent pour le système du « *tiers-payant* », ils doivent l'appliquer chez tous leurs patients : « *si le praticien de l'art infirmier a opté pour le système du tiers-payant, il est tenu d'appliquer ce mode de paiement à tous les bénéficiaires et à l'ensemble des prestations effectuées* ¹² ». Or, la « vérification de l'identité du patient », présentée sur le site de l'INAMI, leur explique que, si le bénéficiaire de soins ne veut pas attester de son identité, le PAI peut réclamer ses honoraires directement auprès du patient, ce qui le met en porte-à-faux par rapport à la convention qu'il a signée.

Qui plus est, nous pouvons également évoquer les dysfonctionnement autour des standards d'interprétation des codes soumis par l'INAMI aux autres acteurs, les mutualités et les sociétés de logiciel de soins infirmiers. Face à des consignes qui prêtent à l'interprétation, chacun des acteurs les a traduites selon ses propres codes et il est apparu des erreurs dues à des retranscriptions différentes, entraînant des soucis de paiement pour les PAI.

6.4. L'illusion informaticienne

Pour rappel, nous avons choisi de nous appuyer sur l'ouvrage de 1989 de Francis Pavé, « *L'illusion informaticienne* » pour cette analyse.

Dans la présente recherche, l'illusion informaticienne, cette recherche de transparence, est poursuivie par l'implémentation de la lecture de carte d'identité. En effet, ce système a été mis en place en vue d'attester de la présence du PAI auprès du patient pour les soins qui la requièrent, visant à freiner la facturation frauduleuse de soins non effectués et à réduire « *l'opacité qu'ils [les acteurs] créent* » (Pavé, 1989 : 98). Il ambitionne l'identification de chaque prestataire qui produit des soins, via un numéro d'identification personnalisé et un code d'accès personnel à l'application.

L'auteur de l'ouvrage avait déjà signalé qu'il fallait éviter de « *dénier toute marge de liberté* » (Pavé, 1989 : 249) des acteurs et la présente recherche atteste ses propos : nous avons rencontré des systèmes de contournement mis en place par les acteurs pour éviter le contrôle informatique, ce qui atteste d'un

¹² Source : Article 6, § 3 de la convention nationale entre les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées et les organismes assureurs

degré de résistance de ceux-ci. Par le terme « acteurs », nous pensons d'abord aux PAI mais aussi à certaines sociétés de facturation et leurs pratiques qui nous ont été rapportées (l'exemple de fournisseurs qui ont généré une « panne de système » chez tous leurs clients pour éviter la publicité négative, permettant à leurs clients de ne pas devoir se soumettre au « pointage » chez leurs patients).

Alors que l'ouvrage évoque trois types de réactions face à l'informatisation, « *l'acceptation* » (Pavé, 1989 : 15), au sens de l'auteur, est celle que nous avons rencontrée chez les PAI : ils sont contraints d'utiliser le système ou s'exposent à des sanctions telles que le non-paiement de leurs prestations. Ils l'acceptent, s'y plient mais certains d'entre eux parviennent à le neutraliser. Ce type de tricherie, comme le précise l'auteur, peut témoigner « *de l'engagement des acteurs dans leur système d'action, c'est la manifestation directe de leur motivation et de leur intégration* » (Pavé, 1989 : 253), comme lorsque certains PAI déclarent que, face à des problèmes de « matching » des données de carte d'identité récoltées sur la journée, ils choisissent de scanner des photographies de carte d'identité, pour être payés. Ce subterfuge prouve qu'ils comprennent devoir « attester » de l'identité de leurs patients et leur maîtrise suffisante du système pour parvenir à le détourner à leur avantage. Pour les autres, ceux qui ne se reconnaissent dans aucun système de « tricherie », bien qu'ils la critiquent, la mesure ne leur impose pas un important changement de pratique. Ces « adaptations » face aux « *règles du jeu* » ont également été expliquées dans le point de ce chapitre sur « l'acteur et le système ». Nous pouvons cependant ajouter un autre système mis en place par les acteurs qui vise à entraver la transparence recherchée : il semble que certains PAI prêtent leur tablette et/ou téléphone portable avec le lecteur de carte, leur numéro d'identifiant et leur code à leur remplaçant, entravant l'identification réelle du prestataire qui fournit les soins et donc la « transparence » recherchée par la mesure.

Pour les faiblesses de l'informatisation signalées par Francis Pavé, les PAI ont mis en évidence les soucis de rigidité du système, surtout lorsqu'ils désirent alléger leur journée et qu'ils ne disposent pas de la liberté de transférer leurs soins du soir à des collègues, ou lorsqu'ils souhaitent insérer des commentaires supplémentaires sur leurs patients et que l'application ne leur permet pas. Pour ce qui est de la fragilité du système, l'exemple le plus probant réside dans ces soucis de traduction des codes de l'INAMI par les mutualités et les logiciels de soins infirmiers, bloquant les paiements des PAI et renforçant « *encore la rigidité* » (Pavé, 1989 : 242).

Nous le constatons, la transparence espérée par l'implémentation de la vérification de l'identité a été bloquée, les données récoltées ne sont pas aussi fiables que l'espérait leur instigateur. Les acteurs se sont adaptés au jeu, ont réussi à trouver les « *zones d'incertitude* » de celui-ci et sont parvenus à détourner le « *mythe du contrôle absolu par l'instrument informatique* » (Türk et Piazza, 2009 : 124).

7. Conclusion

Au cours de cette recherche, nous nous sommes intéressée à l'implémentation de la lecture de carte d'identité au sein des soins infirmiers à domicile, auprès des PAI indépendants. Nous avons articulé ce travail autour de notre question de recherche, à savoir : « Comment les infirmiers indépendants liégeois s'approprient-ils la vérification de l'identité du patient ? ». Pour répondre à cette interrogation, nous avons formulé deux hypothèses de recherche :

H1 : les PAI indépendants ressentent la vérification de l'identité du patient comme un nouveau moyen de contrôle de leur pratique ;

H2 : l'implémentation de la vérification de l'identité du bénéficiaire de soins est dépendante du système d'action dans lequel elle s'inscrit.

Pour parvenir à nos fins, nous avons récolté des données par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de 11 PAI, de 2 agents de mutualité, d'un employé d'un bureau de tarification, d'un cadre d'une société de logiciel de soins infirmiers (celle qui équipe tous les PAI interrogés), de 2 intervenants du service soins de santé de l'INAMI (via des mails) et de 2 contrôleurs de son service d'évaluation et contrôle médicaux (SECM). De plus, nous avons réalisé 10 observations participantes chez 10 bénéficiaires de soins différents, avec 3 de nos PAI interviewés. Nous avons également eu recours à de la littérature grise, telle que des rapports du KCE ou de l'INAMI, des articles et ouvrages scientifiques, tous référencés dans notre bibliographie, mais aussi la lecture de forums sur les réseaux sociaux.

Parmi les concepts mobilisés pour analyser nos données, nous avons utilisé le changement et ses résistances, via Pichault et Soparnot. Ensuite, Crozier et Friedberg, avec leur ouvrage « L'acteur et le système », nous ont permis d'étudier les stratégies des acteurs en vue de servir les buts qu'ils poursuivent. L'apport d'Akrich et de Callon nous a aidé à analyser la place du « *non-humain* », le lecteur de carte d'identité et les applications mobiles (15€/mois et 30€/mois), dans ce changement. Enfin, Francis Pavé nous a éclairée sur les attentes que les organisations nourrissent envers l'informatique, en oubliant parfois que la « *transparence* » tant attendue n'est qu'une illusion, déjouée notamment par le jeu des acteurs et leurs adaptations face au changement.

Au vu des données récoltées, nous remarquons que les PAI assimilent l'obligation de lecture de la carte d'identité du patient à un système de « *pointeuse* » qui certifie leur présence chez un bénéficiaire de soins. Ce changement, de type intentionnel et managérial, leur semble, comme à l'acteur du bureau de tarification, aux intervenants du SECM et à l'employé régional de mutualité, soudain tandis que, pour les autres acteurs (le cadre de la société de logiciel informatique et celui de la mutualité), il est décidé et finalisé de longue date, malgré les quelques soucis rencontrés pour sa mise en place. De plus,

nous avons constaté que les PAI ne se ressentent pas inscrits dans un système précis, ils se sentent autonomes voire se comparent à des artisans. Cette difficulté à s'inscrire dans un système peut expliquer leur réticence face à une nouvelle mesure qu'ils jugent intrusive. Face à celle-ci, des stratégies d'adaptation des acteurs ont été développées autour des « *zones d'incertitude organisationnelles* » (Crozier et Friedberg, 1977 : 78) et certains PAI parviennent à détourner le système de contrôle instauré. S'ils ne déclarent pas tous le faire, ils sont informés de différents stratagèmes utilisés. Ils savent qu'il existe un degré de fraude dans leur métier, réalisent que cette mesure vise à réduire les infractions autour de prestations non effectuées et qu'elle accompagne les autres « *dispositifs de repérage des irrégularités* » (Vezinat, 2013 : 82) déjà mis en place par l'INAMI et les mutuelles. Malgré leurs connaissances de ces fraudes, certains PAI distinguent fraude et « *compensation* » : ils cherchent à justifier une « *déviance* » voire à mettre en exergue un moyen de « *revendication* » par la fraude pour protester contre une rémunération trop basse pour leurs services.

Au cours de notre analyse, nous avons constaté que, face à l'implémentation de la lecture de la carte d'identité, des résistances psychologiques, politiques, cognitives et collectives apparaissent chez les PAI. L'intervenant du bureau de tarification corrobore l'expression de certains sur l'augmentation de la charge de travail induite par la mesure et relate aussi l'aspect anxiogène de cette obligation pour ses clients. Les agents du SECM dénoncent une mesure trop générale. Les autres intervenants acceptent la vérification de l'identité du patient.

De plus, l'implémentation de la lecture de la carte d'identité tend à créer un sentiment de « *stigmatisation* » chez les PAI : ils citent des différences de traitement de l'INAMI par rapport aux autres dispensateurs de soins, se sentent « *étiquetés* » par ce système de contrôle. Cet « *étiquetage* » ressenti les pousse à penser la mesure comme une « *discrimination institutionnelle* » (Lacaze, 2008 : 193) qui viserait à les pénaliser.

Malgré les aspects négatifs mis en exergue, des points positifs ont également été cités : certains de nos PAI ont évoqué des « *facilités* » administratives engendrées par l'application mobile à 30€/mois, d'autres ont traité d'une « *contrainte à laquelle on se fait rapidement* » mais tous cesseraient de lire la carte d'identité si l'obligation disparaissait.

Nous avons étudié des « *dissidences* » à différents niveaux : nous avons constaté que la phase de problématisation peut être remise en cause vu que des acteurs centraux tels que le SECM ou la société de logiciel n'ont pas été consultés pour l'implémentation de la lecture de carte ou encore parce que les PAI remettent en question leurs représentants, voire que des textes émis par l'INAMI se contredisent. Nous avons également observé que les fournisseurs de logiciels ont été confrontés à des pratiques de terrain qu'ils ne connaissaient pas, des habitudes et arrangements que prenaient les PAI entre eux, non adaptés avec la mesure et l'application mobile. La solution proposée pour contrer ces discordances, former des groupements infirmiers, perturbe les habitudes de travail de certains PAI, qui aiment leur

indépendance. Pour les « *non-humains* », nous avons observé que le lecteur a été sélectionné pour des aspects pratiques mais des problèmes de connectivité sont relatés. Pour l’application mobile, nous avons constaté que celle à 15€/mois souffre de moins de critiques que son homologue plus chère, tant de la part des PAI que de celle de l’employé du bureau de tarification.

Pour les « *prescriptions* » imposées par les « *non-humains* », elles sont édictées par l’INAMI et le fournisseur respecte les règles, ce qui gêne les PAI dans certaines de leurs habitudes mais vise à identifier le prestataire qui fournit le soin requis et atteste de sa présence. Cependant, les prescriptions sont détournées par les stratagèmes des PAI mis en place pour contourner les obligations relatives à la vérification de l’identité du patient.

Enfin, nous avons démontré qu’il s’agit, dans la présente recherche, d’une illusion de transparence qu’apporte ce changement informatique : avec les adaptations mises en place, la transparence souhaitée sur l’identité du prestataire ou la réelle réalisation des soins attendus ne peut être garantie par la seule lecture de la carte d’identité, les acteurs ayant déjà trouvé des moyens de contourner le contrôle informatique.

Tous ces développements nous ont permis de confirmer nos deux hypothèses de recherche et nous avons pu récolter différentes variables : celles-ci n’ont pas mis en évidence des différences d’appropriation de l’outil. Néanmoins, notre question et nos hypothèses ne cherchaient pas spécifiquement à mettre ce point en évidence. Il serait peut-être judicieux d’investiguer à ce niveau.

Nous avons pensé à d’autres pistes d’amélioration de la présente recherche. Il peut être intéressant d’analyser la construction identitaire du PAI indépendant, lorsque l’on remarque qu’il ne s’inscrit pas dans un système précis et qu’il peut se comparer à un artisan. Nous aurions alors pu être plus précise sur la résistance identitaire ou culturelle. Nous aurions peut-être été confrontée à des différences entre les indépendants à titre principal et ceux qui travaillent en tant que complémentaire ou encore les conventionnés et non-conventionnés. Cependant, nous n’avons pas enquêté sur ce point : nous aurions alors alourdi notre recherche et mobilisé d’autres auteurs, tels que Dubar. Nous aurions alors dû rencontrer plus de complémentaires et rechercher des PAI non-conventionnés, pour vérifier une possible disparité.

Nous pourrions également suggérer d’étendre la recherche : nous aurions pu nous adresser à des PAI utilisant un autre logiciel, un autre type de lecteur et nous adresser à la société qui les fournit. Mais la recherche aurait alors été plus importante et difficile à condenser pour ce nombre de pages.

De plus, nous aurions pu interroger d’autres dispensateurs de soins, comme les médecins généralistes ou encore les kinésithérapeutes, vu que les PAI s’y comparent également, pour connaître leur vision de cette mesure, leurs points de vue.

Il serait aussi intéressant d'interroger les acteurs sélectionnés dans quelques temps : alors que nos entretiens se sont déroulés peu de temps après l'implémentation de la lecture de la carte d'identité, il est possible que les propos de ceux-ci changent avec le temps, qu'ils se soient adaptés différemment à la mesure ou qu'ils aient conservé le même style de fonctionnement.

Au niveau des quelques soucis que nous avons rencontrés pour la réalisation de cette recherche, nous avons constaté qu'il n'existe pas de réels chiffres pour comptabiliser le nombre d'infirmiers indépendants, tant à titre principal que complémentaire. Il n'existe pas de distinction entre les notions d'« indépendant », de « salarié » ou de « fonctionnaire » au sein des fichiers de l'INAMI. Notons également qu'il a été difficile d'obtenir des réponses de cet institut voire un entretien avec une personne du service des soins de santé.

Ensuite, vu l'appellation de la mesure, à savoir « Vérification de l'identité du patient », nous nous sommes interrogées sur l'importance de fraude à ce niveau : quel est le nombre de patients qui ont utilisé l'identité d'autrui pour accéder à des soins remboursés par l'Assurance Maladie Invalidité ? Il s'avère que nous n'avons pas obtenu de résultat.

Enfin, nous sommes consciente que les réponses de nos interrogés peuvent souffrir du biais de désirabilité sociale, qu'ils ont certainement fait preuve de retenue, malgré l'anonymat garanti. Les observations participantes ont certainement également pu être influencées par ce même biais : il est possible que les PAI observés aient modifié leur façon de procéder (comme effectuer les soins attendus au lieu de se limiter à la lecture de la carte) en raison de notre présence.

En conclusion, il existe des moyens de contournement de la nouvelle mesure imposée, via les « *zones d'incertitude organisationnelles* ». Certains PAI indépendants occultent alors la transparence souhaitée par les instigateurs de la mesure et détournent les prescriptions imposées par les « *non-humains* ». Il semble alors que la mesure perde de la transparence souhaitée et qu'elle soit décriée par une grande partie de nos intervenants, exception faite du cadre de la société de logiciel de soins infirmiers, des agents de la mutualité et de ceux du service soins de santé de l'INAMI.

8. Bibliographie

8.1. Ouvrages et articles

AKRICH Madeleine, 1987, « Comment décrire les objets techniques ? », *Techniques et Culture*, p. 49 – 64 [en ligne]. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00005830/document> consulté le 27 janvier 2018

AKRICH Madeleine, CALLON Michel, LATOUR Bruno, 2012, *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, École des mines de Paris

ALOIA Danielle, 2015/1, « Le poids de la littérature grise dans le secteur médical », *I2D – Information, données & documents* (Volume 52), p. 50-51 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-i2d-information-donnees-et-documents-2015-1-page-50.htm#no1> consulté le 13 février 2018

AYNAUD Oliver, PICARD Dominique, 2011/2, « Le statut de médecin par rapport aux autres professions libérales », *Revue française des affaires sociales*, p. 311-321 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2-p-311.htm> consulté le 14 mars 2018

BECKERS Howard S., 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Éditions Métailié, Paris (Collection Traversée)

BERNOUX Philippe, 2010, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Editions du Seuil, Paris

CALLON Michel, 1981, « Pour une sociologie des controverses technologiques », *Fundamenta Scientiae* (Vol 2), p. 1381 - 399 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.atelierpolitique.fr/wp-content/uploads/2013/02/Pour-une-sociologie-des-controverses-techniques.pdf> consulté le 4 janvier 2018

CALLON Michel, 1986, « Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'année sociologique* (n°36), p. 169 – 206 [en ligne]. Disponible sur : https://yannickprimel.files.wordpress.com/2014/07/mcallon_la-domestication-des-coquilles-saint-jacques-et-des-marins-pêcheurs-dans-la-baie-de-saint-brieuc_1986.pdf consulté le 21 décembre 2017

CARRÉ Dominique, 2001/23, « À la frontière du marchand et du non marchand. Place des téléservices dans la réorganisation du secteur de la santé », *Études de communication*, p. 1-14 [en ligne]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/edc/1136> consulté le 9 février 2018

CLOSON Marie-Christine, PERELMAN Julian, 2003/1, « L'impact des facteurs sociaux sur les dépenses de santé : comment éviter que la recherche de l'efficience ne se fasse au détriment de l'équité et de l'accessibilité aux soins ? », *Reflets et perspectives de la vie économique* (Tome XLII), p. 47-58 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2003-1-page-47.htm> consulté le 8 février 2018

CRISMER André, BELCHE Jean-Luc, VAN DER VENNET Jean-Luc, 2016/3, « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne », *Santé Publique* (Vol. 28), p. 375-379 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-375.htm> consulté le 23 novembre 2017

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, 1977, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris

DUMEZ Hervé, 2013/2, « Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation », *Annales des Mines - Gérer et comprendre* (N° 112), p. 29-42 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-gerer-et-comprendre1-2013-2-page-29.htm> consulté le 5 février 2018

DURU-BELLAT Marie, 1991, « Berthelot Jean-Michel - L'intelligence du social : le pluralisme explicatif en sociologie », *Revue française de pédagogie* (Vol 96), pp. 113-115 [en ligne]. Disponible sur : www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1991_num_96_1_2488_t1_0113_0000_1 consulté le 29 mars 2018

FEYFANT Véronique, 2017/1, « Ce que la Dépendance fait au métier d'infirmière libérale. Ethnographie d'une épreuve de professionnalité. Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S », *Regards* (N° 51), p. 257-271 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-regards-2017-1-page-257.htm> consulté le 24 mars 2018

FRANSSEN Abraham, 2003, « Le sujet au cœur de la nouvelle question sociale », *La Revue Nouvelle*, p.10 – 51 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.revuenouvelle.be/Le-sujet-au-coeur-de-la-nouvelle-question-sociale> consulté le 21 décembre 2017

GEADAH Roland-Ramzi, 2012, « Regards sur l'évolution des soins. Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients », *Recherche en soins infirmiers* (vol. 109), p. 16-32 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-2-p-16.htm>, consulté le 21 janvier 2018.

GOBERT Micheline, DARRAS Élisabeth, HUBINON Myriam, DELFLOOR Tom, 2010/1, « Belgique », *Recherche en soins infirmiers* (N° 100), p. 8-13 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-1-p-8.htm> consulté le 23 novembre 2017

HEYDEN Isabelle et al., 2011/3, « Services de soins à domicile en Belgique : inventaire des activités de soin, d'aide et d'éducation chez les infirmières et les aides-soignantes », *Recherche en soins infirmiers* (N° 106), p. 75-75 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-3-page-75.htm> consulté le 8 février 2018

HMED C., LAURENS S., « Les résistances à l'institutionnalisation », in LAGROYE Jacques et OFFERLÉ Michel, 2010, *Sociologie des institutions*, Belin, Paris, p. 131 – 148 [en ligne]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/profile/Choukri_Hmed/publication/48445554_Les_resistances_a_l'institutionnalisation/links/02faf4f6c3c31b6330000000.pdf consulté le 30 mars 2018.

IMBERT Geneviève, 2010/3, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers* (N° 102), p. 23-34 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm?1> consulté le 5 février 2018

LACAZE Lionel, 2008/1, « La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée », *Nouvelle revue de psychosociologie* (n° 5), p. 183-199 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2008-1-page-183.htm> consulté le 1er février 2018

LANTHIER Pierre et al., 2004/1, « Avant-propos », *Annales historiques de l'électricité* (N° 2), p. 7-9 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-annales-historiques-de-l-electricite-2004-1-page-7.htm> consulté le 9 février 2018

LATOUR Bruno, 2007, *Petites leçons de sociologie des sciences*, Editions La Découverte, Paris

MOUSSAOUI Abderramane, 2012/1, « Observer en anthropologie : immersion et distance », *Contraste* (N° 36), p. 29-46 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-contraste-2012-1-page-29.htm> consulté le 1 février 2018

PAVÉ Francis, 1989, *L'illusion informaticienne*, Editions L'Harmattan, Paris (Collection « Logiques Sociales)

REYNAUD Jean-Daniel, 1989, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin, Paris

SLOMIAН Cynthia, 2013, *Analyse des modalités d'implémentation du dossier infirmier informatisé au sein de deux unités de soins du C.H.U. de Liège*, Mémoire de fin d'études sous la direction de Frédéric Schoenaers, Université de Liège, Institut des Sciences Humaines et Sociales.

SOPARNOT Richard, 2013, « Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus », *Recherches en Sciences de Gestion* (vol 97), p. 23-43 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2013-4-p-23.htm> consulté le 18 octobre 2017

TEDONGMO TEKO Henri et BAPES BA BAPES Yves, 2010, « Influence sociale et leadership dans la direction des personnes », *SociologieS* [en ligne]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/sociologies/3204> consulté le 26 mars 2018

TÜRK Alex, PIAZZA Pierre, 2009, « La difficile quête d'un équilibre entre impératifs de sécurité publique et protection de la vie privée », *Culture & Conflits*, p. 115 – 133 [en ligne]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/conflits/17806> consulté le 17 janvier 2018

VEZINAT Nadège, 2013/1, « Catégorisation des irrégularités et différenciation des sanctions. La Poste face au repérage des malversations de ses agents », *Terrains & travaux* (n°22), p 77 – 94 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2013-1-page-77.htm> consulté le 17 janvier 2018

VITALIS André, 2009/1, « « Informatique et libertés » : une histoire de trente ans », *Hermès, La Revue* (n° 53), p. 137-143 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2009-1-page-137.htm> consulté le 25 janvier 2018

8.2. Littérature grise

Arrêté royal du 10 novembre 1967 n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1967111008&table_name=loi consulté le 27 septembre 2017

Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, 12 septembre : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ consulté le 27 septembre 2017

Loi du 10 novembre 2015, loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi consulté le 27 septembre 2017

Nombre d'infirmiers en droit de prêter en 2015, chiffres de l'INAMI : http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistique_2016_ss_proff_tableau3.pdf consulté le 27 septembre 2017

Le financement des soins infirmiers à domicile en Belgique, rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2010 : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20101027306.pdf> consulté le 27 septembre 2017

Arrêté Royal du 18 septembre 2015, publié le 23 septembre 2015, portant exécution de l'article 53, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant : http://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-18-septembre-2015_n2015022338.html consulté le 6 décembre 2017

Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1994071438&table_name=loi consulté le 6 décembre 2017

Projet de loi portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et la carte ISI+ : <http://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=flwb&language=fr&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?&dossierID=3137&legislat=53> consulté le 6 décembre 2017

Etat des lieux socio-économique de la Wallonie, publication du Forem, 2014 : https://www.leforem.be/MungoBlobs/283/852/ELSE2014_Wallonie_publication.pdf consulté le 21 décembre 2017

Loi du 29 janvier 2014 portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et la carte ISI+, source : <https://www.ksz-bcss.fgov.be/fr/legislation/carte-isi/loi-du-29-janvier-2014-portant-des-dispositions-relatives-a-la-carte-didentite> consulté le 24 janvier 2018

Régime du tiers-payant : <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/tiers-payant-professionnels-sante.aspx#> consulté le 31 janvier 2018

MyCareNet : <http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/e-sante/Pages/MyCareNet.aspx#.WnHyL4jOXIU> consulté le 31 janvier 2018

Lien entre e-Health et MyCareNet : <http://fra.mycarenet.be/algemene-beschrijving> consulté le 1er février 2018

CIN : <http://fra.mycarenet.be/wie-zijn-we> consulté le 1er février 2018

La carte ISI+, expliquée par mutualité chrétienne : https://www.mc.be/la-mc/soins-sante-remboursements/carte_isi consulté le 1er février 2018

Différents départements de l'INAMI :
<http://www.inami.fgov.be/fr/inami/structure/Pages/default.aspx#.WnNR0ojOXIV> consulté le 1^{er} février 2018

Loi relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualité :
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1990080635&table_name=loi consulté le 1^{er} février 2018

Mutualités – CES Ulg : http://www.ces.ulg.ac.be/fr_FR/services/cles/dictionnaire/m-n/mutualites consulté le 1^{er} février 218

Convention nationale entre les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées et les organismes assureurs :
http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_infirmiers_mutualite.pdf consulté le 2 février 2018

Informations aux patients sur la vérification de l'identité dans le cadre des soins infirmiers à domicile pour le régime du tiers-payant, site de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/Pages/verifier-identite-tiers-payant.aspx#.WoLoVojOXIU> consulté le 9 février 2018

Rapport annuel du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, 2014 :
<http://www.inami.fgov.be/fr/publications/ran2014/chiffres-cles/chiffres-evaluation-controle/Pages/default.aspx#.WradQ-jOXIU> consulté le 21 mars 2018

Rapport SECM, activités de l'année 2015, INAMI :
<http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/evaluation-controle-rapport-activites-2015.pdf> consulté le 21 mars 2018

Groupe fermé de discussions Facebook « Les infirmières indépendantes : les tabliers blancs » :
<https://www.facebook.com/groups/158353511174373/> consulté le 4 mars 2018

Groupe fermé de discussions Facebook « Entr'aide logiciel » :
<https://www.facebook.com/groups/122184065162523/> consulté le 4 mars 2018

Annexes

Tableau récapitulatif des infirmiers interviewés

Identification – âge - genre	Diplôme	Ancienneté domicile	Formule choisie	Principal / complémentaire
ITV 1 – 31 ans - ♀	Baccalauréat	5 ans	15€/mois	Complémentaire
ITV 2 – 60 ans - ♂	Baccalauréat	38 ans	15€/mois	Principal
ITV 3 – 30 ans - ♂	Brevet	8 mois	15€/mois	Principal
ITV 4 – 47 ans - ♀	Brevet	27 ans	30€/mois	Principal
ITV 5 – 46 ans - ♂	Brevet	10 ans	15€/mois	Principal
ITV 6 – 41 ans - ♀	Brevet	17 ans	30€/mois	Principal
ITV 7 – 28 ans - ♂	Baccalauréat	2 ans	30€/mois	Principal
ITV 8 – 63 ans - ♂	Brevet	18 ans	30€/mois	Principal
ITV 9 – 53 ans - ♀	Baccalauréat	12 ans	30€/mois	Principal
ITV 10 – 36 ans - ♀	Baccalauréat	14 ans	30€/mois	Principal
ITV 11 – 58 ans - ♀	Brevet	17 ans	30€/mois	Principal

Guide d'entretien PAI

Informations personnelles

1. Pourriez-vous vous décrire en quelques mots (famille, âge, enfant, parents, ...) ?

Parcours professionnel

2. Depuis combien de temps êtes-vous infirmier ?
3. Etes-vous gradué (bachelier) ou breveté (hospitalier) ?
4. Êtes-vous indépendant complémentaire ou à titre principal ?
→ Si complémentaire, dans quel autre domaine ou institution travaillez-vous ?
5. Depuis combien de temps travaillez-vous à domicile ?

Description du métier d'infirmière à domicile

6. Pourriez-vous me décrire une de vos journées ?
7. Quelles qualités jugez-vous primordiales dans le métier ?
8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre travail ?

→ Si l'informatique n'a pas été évoqué de façon spontanée, demander la place qu'occupe l'informatique dans le travail

Marge de liberté

9. Pensez-vous disposer d'une marge de liberté dans votre métier ? Pourquoi ?
→ À qui pensez-vous devoir rendre des comptes ? Comment ? Considérez-vous cela comme contraignant ou positif ? Pourquoi ? Comment vous informez-vous des changements au sein de votre métier ?

Utilisation du lecteur de carte

10. Lors de l'arrivée de la lecture de carte, différentes formules pour la lecture de carte étaient-elles disponibles ? Lesquelles ? Laquelle avez-vous choisie ? Que permet-elle ?
11. Savez-vous quand est devenue obligatoire la lecture de carte d'identité du patient à domicile ?
12. L'avez-vous appliquée avant / au moment / après l'obligation ? Pour quelles raisons ?
13. Utilisez-vous le lecteur à chaque passage chez vos patients et à chaque fois que vous devez réaliser un soin ? Pourquoi ?
14. Avez-vous remarqué des changements de votre pratique infirmière induits par le lecteur de carte ? Si oui, lesquels ?

Sens prêté au lecteur de carte

15. Savez-vous qui a décidé de mettre en place ce système ?
16. Pourquoi pensez-vous que ce système a été mis en place ? Dans quel but ?
17. Vous pensez-vous contraint d'utiliser ce système ? Si oui, qu'est-ce qui vous y contraint ? Comment ?
18. Jugez-vous que ça soit un changement dans votre pratique ?
→ En quoi cela constitue-t-il un changement ?
19. Pensez-vous l'outil utile ? Où réside son utilité et pour qui est-il utile ?
20. Pourrait-on améliorer ce système ? À quel niveau ? Quelles suggestions d'amélioration pourriez-vous émettre ?

Avenir des soins infirmiers à domicile

21. Comment percevez-vous l'avenir des soins infirmiers à domicile ?
22. Qu'est-ce qui motive cette vision d'avenir ?
23. Qu'est-ce qui pourrait bloquer l'évolution des soins infirmiers à domicile telle que vous la percevez ?

Grille d'observation participante

1. Voir à quel moment l'infirmier lit la carte d'identité (début / fin de séance)
2. Voir si soin à chaque lecture de carte
3. Voir si lecture de carte à chaque passage
4. Voir quel type de formule choisie et si utilise cette formule pleinement (réalisation du dossier, informations correctes notées dedans)
5. Voir combien de temps patient et PAI traite de la lecture de carte, si des plaintes sont formulées à cet égard (estimation de l'importance dans les échanges au cours d'une séance)
6. Voir si carte prêté à l'arrivée du PAI
7. Observer la tenue du PAI (tablier, civil, quid des poches et du rangement du lecteur)
8. Observer le type de document fourni par le patient

Guide d'entretien Logiciel

1. Pouvez-vous vous présenter, présenter l'entreprise qui vous emploie, ses activités ?
2. Quels sont les principaux concurrents de votre firme ?

3. Quelle est approximativement votre part du marché dans le domaine des logiciels en soins infirmiers ?
4. Quand avez-vous entendu parler pour la première fois de la vérification de l'identité du patient ?
5. Par quel biais ou qui vous en a parlé ?
6. J'imagine que votre société a dû être consultée pour la mise en place d'un tel changement, sur quels points et par qui avez-vous été consulté ?
7. La forme du projet était-elle arrêtée ? Avait-on déjà décidé qu'il s'agirait d'un lecteur de carte de ce type ou d'autres idées ont-elles été présentées ? Si d'autres idées ont été présentées, pourquoi s'arrêter sur celle-ci ?
8. Pourquoi choisir cette forme, ce système ? Quels en sont les avantages ?
9. D'autres firmes étaient elles aussi consultées ? Savez-vous si elles proposent les mêmes services que vous ?
10. Y a-t-il eu concertation ?
11. Le projet était-il décidé quand l'entreprise a été sollicitée ?
12. Avez-vous rencontré des difficultés pour la mise en place de ce projet ?
13. Ce projet représentait-il une bonne nouvelle ? Pourquoi ?
14. Vous proposez aux infirmiers deux formules, quelles sont-elles ? Qu'offrent-elles ?
15. À partir de quels moments pouvaient-ils les tester ?
16. Ont-ils rapidement testé le lecteur ou ont-ils pris leur temps ?
17. Depuis le premier octobre, avez-vous rencontré des difficultés ? Lesquelles ?
18. Le programme est-il totalement efficient maintenant ?
19. Concernant le lecteur de carte, les infirmiers le commandent-ils par l'intermédiaire de votre entreprise ? Si oui, êtes-vous impliqué dans sa construction ou faites-vous appel à des sous-traitants ? Si oui, comment les avez-vous choisis ?
20. Quels sont les avantages d'un tel programme ? Pour les infirmiers ? Pour les mutuelles et l'INAMI ? Pour les patients ? Pour votre entreprise ? Pour les bureaux de tarification ?

Guide d'entretien Bureau Tarification

1. Depuis combien de temps étiez-vous informé de la mesure ?
2. Comment en avez-vous entendu parler ?
3. Cela représentait-il un grand changement ? Une bonne ou mauvaise nouvelle ? Pourquoi ?
4. Y a-t-il eu un impact de la mesure sur votre travail ? Lequel ? Pourquoi ?
5. Comment cette mesure est-elle acceptée par vos clients ?
6. Pensez-vous que cette mesure va changer votre travail à long terme ? Dans quel sens ?

Guide d'entretien Mutuelle

1. Comment avez-vous été informé de la mesure ?
2. Quand en avez-vous entendu parler ?
3. Comment avez-vous accueilli la nouvelle ? Bonne ou mauvaise nouvelle ? Pourquoi ?
4. Cette mesure a-t-elle eu un impact au niveau de votre travail ? Lequel ?
5. Pensez-vous qu'elle va changer votre travail à long terme ? Dans quel sens ?

Guide d'entretien SECM

1. Quand et comment avez-vous été informé de la « Vérification de l'identité du patient » ?
2. Comment avez-vous accueilli la nouvelle ? Pourquoi ?
3. Cette mesure a-t-elle un impact au niveau de votre travail ? Lequel ?
4. Pensez-vous qu'elle aura un impact à long terme sur votre travail ? Dans quel sens ?

Guide d'entretien Service Soins de Santé (par le biais de mails)

1. Au niveau de la création et de l'élaboration de ce projet, qui a permis à ce projet de voir le jour ?

2. Dans quel but a-t-on mis en place la lecture de carte d'identité ?
3. Fait-il suite à une ou plusieurs études spécifiques sur le sujet ? Si oui, quelles sont-elles ? Peut-on les consulter ?
4. Disposez-vous de chiffres relatifs au nombre de PAI pratiquant à domicile et leur part d'indépendants à titre complémentaire et à titre principal ?
5. Disposez-vous de chiffres sur le pourcentage de fraude au sein du secteur des soins infirmiers à domicile ?
6. Disposez-vous de chiffres relatifs au nombre de patients qui subtilisent l'identité d'autrui pour recevoir des soins ?