



HAL
open science

La fabrique des soins en réanimation : entre héritage clinique, injonctions managériales et incertitude médicale

Thomas Denise

► **To cite this version:**

Thomas Denise. La fabrique des soins en réanimation : entre héritage clinique, injonctions managériales et incertitude médicale. Sociologie. Normandie Université, 2018. Français. NNT : 2018NORMC009 . tel-01977703

HAL Id: tel-01977703

<https://theses.hal.science/tel-01977703>

Submitted on 11 Jan 2019

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

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



Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité SOCIOLOGIE, DEMOGRAPHIE

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

La fabrique des soins en réanimation. Entre héritage clinique, injonctions managériales et incertitude médicale

**Présentée et soutenue par
Thomas DENISE**

**Thèse soutenue publiquement le 10/07/2018
devant le jury composé de**

Mme ANNE-CHANTAL HARDY	Directeur de recherche au CNRS, UNIVERSITE NANTES	Rapporteur du jury
Mme MARIE MENORET	Maître de conférences HDR, UNIVERSITE PARIS 8 UNIVERSITE VINCENNES	Rapporteur du jury
M. GILLES HERREROS	Professeur des universités, UNIVERSITE LYON 2 LUMIERE	Président du jury
M. SALVADOR JUAN	Professeur des universités, UNIVERSITE CAEN NORMANDIE	Directeur de thèse
Mme DANIELE CARRICABURU	Professeur des universités, UNIVERSITE ROUEN NORMANDIE	Co-directeur de thèse

Thèse dirigée par SALVADOR JUAN et DANIELE CARRICABURU, Centre d'étude et de recherche sur les risques et les vulnérabilités (Caen)



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE



CERREV
CENTRE DE RECHERCHE
RISQUES & VULNÉRABILITÉS

Remerciements

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à Salvador Juan et Danièle Carricaburu qui ont accepté de diriger ce travail. Je les remercie pour leur confiance, leurs conseils et leur engagement tout au long de cette recherche. Je remercie vivement les membres du jury, Anne-Chantal Hardy, Gilles Herreros et Marie Ménoret pour leur lecture approfondie de ce travail, leurs remarques et leurs suggestions.

Je souhaite également remercier les services de réanimation qui m'ont ouvert leurs portes et que je ne peux citer nommément pour des raisons d'anonymat. Je tiens à exprimer toute ma gratitude aux personnels soignants, infirmier-e-s, aides-soignant-e-s, brancardiers, agents des services hospitaliers qui m'ont accordé leur confiance et m'ont accompagné dans la découverte de leur quotidien.

Je remercie l'équipe du Centre de Recherche Risques et Vulnérabilités pour l'accueil et les conditions de travail dans lesquelles j'ai pu mener cette recherche. Merci aux membres du réseau thématique « Savoirs, travail, professions » et du réseau thématique « Santé, médecine, maladie et handicap » de l'Association Française de Sociologie qui m'ont permis de m'investir un peu plus dans le monde de la recherche et d'alimenter incontestablement ce travail.

Que soient aussi chaleureusement remerciés pour leurs conseils, leurs relectures et leur amitié : Ayayi Hounkpe, Sarah Demichel-Basnier, Matthieu Laville, Nicolas Legras, Hélène Marche, Pauline Seiller, Julien Onno, Ninon Wacheul-Tardy, Noël Ward. Je tiens à remercier spécialement Pauline Seiller et Hélène Marche. Hélène, merci pour les relectures approfondies et les discussions stimulantes qui n'ont cessé d'enrichir ce travail. Pauline, merci pour tous les conseils, les vifs encouragements et le soutien sans faille tout au long de cette thèse. Je garde aussi en mémoire les travaux de Philippe Cloraec à qui cette thèse doit beaucoup.

Mes remerciements s'adressent à mes parents dont le soutien a été total pendant toutes ces années. Ils m'ont permis de réaliser ce travail. Merci aussi à Vincent et Blandine qui ont égayé ces années. Enfin, Pénélope, merci de ta patience, de tes encouragements sans fin et de ta présence à mes côtés.

Sommaire

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION	11
L'hôpital « en réanimation »	13
Regards croisés sur la fabrique des soins	19
Enquêter en milieu fermé : « vous venez voir quoi au juste ? »	27
PARTIE I - SOIGNANTS EN RÉANIMATION : DE L'HÉRITAGE CLINIQUE À L'HYBRIDATION DU SEGMENT	41
CHAPITRE 1 - L'AUDACE EN HÉRITAGE	45
Section 1. Un nouveau paradigme médical	46
De la clinique à la médecine expérimentale : genèse d'un paradigme médical ..	46
L'épidémie de poliomyélite de Copenhague : « l'esprit » de la réanimation	51
La naissance de la réanimation médicale en France.....	56
Section 2. L' « audace » comme essence de la réanimation	64
L' « âge d'or » de la réanimation médicale.....	64
L'ajustement éthique et l'expression du mandat de la réanimation	74
<i>Conclusion du chapitre 1.</i>	83
CHAPITRE 2 - « NOUS, LA "REA"... » : RHÉTORIQUE, TRAJECTOIRES ET CARRIÈRES SOIGNANTES EN REANIMATION	85
Section 1. Du portage du modèle médical à l'expression d'un segment professionnel « hybride »	87
L'adhésion à une « médecine de combat »	87
Revendiquer son appartenance : l'assimilation du modèle des professions « établies »	97
Section 2. Trajectoires d'entrée et carrières soignantes en réanimation.....	105
Des orientations biographiques à l'engagement	105
Devenir soignant en « réa » : socialisation, conversion, revendication	118
<i>Conclusion du chapitre 2.</i>	126
Conclusion de la partie I	127

PARTIE II - DES PRATIQUES SOIGNANTES EN TENSION	129
CHAPITRE 3- « LA QUALITE ET L’EFFICIENCE... »	133
Section 1. L’efficience au cœur de la modernisation	134
La réanimation : entre institution et organisation hospitalière	134
Suivre les directives	148
Section 2. Les soins à l’aune de la normalisation	156
Les recommandations pour la pratique : entre normes professionnelles et normes techniques.....	157
Rendre des comptes : l’injonction de professionnalisme.....	165
<i>Conclusion du chapitre 3</i>	174
CHAPITRE 4 - DES ÉCARTS A LA NORME	175
Section 1. Assentiment, dissentiment, simulation : la circulation des règles en réanimation	176
Assentiment : des protocoles « quand on en a besoin »	177
Dissentiment : « on ne peut pas tout appliquer... ».....	186
Simulation : « ça va faire plaisir au patron »	194
Section 2. La normalisation au prisme de la singularité.....	205
L’expérience de la singularité.....	205
« Faire corps contre l’encadrement » : l’expression des singularités.....	210
<i>Conclusion du chapitre 4.</i>	217
Conclusion de la partie II.....	219
PARTIE III - LE QUOTIDIEN EN REANIMATION.....	221
CHAPITRE 5 - AU-DELA DES NORMES : L’INCERTITUDE AU CŒUR DE L’ORGANISATION	225
Section 1. Le soin à l’aune de l’incertitude	226
L’incertitude systémique de la réanimation.....	226
Des trajectoires problématiques : l’exemple d’Alexis.....	237
Section 2. « Quand les gens s’effondrent devant toi... ».....	248
La circulation des émotions en réanimation	248
Les coulisses du travail émotionnel	257
<i>Conclusion du chapitre 5</i>	276

CHAPITRE 6 - « CORPS À CORPS » : TENSIONS ET CONCURRENCES DANS LA FABRIQUE DES SOINS	277
Section 1. « C'est plus compliqué que vous le pensez... » : stratégies plurielles autour du matériau humain.....	278
Le travail « sur l'homme » comme enjeu de professionnalisation.....	279
« Ici, on ne travaille pas sur des cartons... » : le matériau humain au cœur des luttes juridictionnelles.....	290
Section 2. Le travail sur le corps au cœur de la fabrique des soins.....	305
Le travail sur l'homme au prisme des corps « techniques »	305
Prendre soin en réanimation : des savoirs profanes au cœur de la fabrique des soins.....	313
<i>Conclusion du chapitre 6</i>	329
Conclusion de la partie III	331
CONCLUSION GENERALE	333
BIBLIOGRAPHIE	343
ANNEXES	371
TABLE DES ANNEXES.....	373
TABLE DES MATIÈRES	393

Introduction

« Appel auprès des équipes soignantes : merci d'attendre que l'équipe vous réponde... » : telle est l'indication qui, aux portes des unités de réanimation, sépare le monde des « profanes » de celui, « protégé », des membres de la spécialité. Derrière cette division des espaces publics et des espaces de travail, commune à l'hôpital¹, se dessinent les soubassements d'une activité que l'exclusion des non-initiés et le cloisonnement ont contribué à façonner. Et s'ils s'ouvrent chaque jour un peu plus aux « visiteurs »², les services de réanimation n'en demeurent pas moins cloisonnés au regard d'une activité encore méconnue du public, ou des « décisions difficiles »³ prises en dernier lieu par les équipes médicales. En cause, le travail qui s'y déploie, touchant à l'un des aspects les plus essentiels de la nature humaine à savoir, le travail sur la vie, sa préservation, ses frontières et ses incertitudes. Outre les questionnements spécifiques aux limites de la connaissance médicale⁴, y dominant en effet des interrogations portées sur « des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance »⁵. Aussi la réanimation n'est-elle pas sans rappeler les « espaces véritablement réservés [...] qui organisent la vie des sociétés traditionnelles où domine la dichotomie du pur et de l'impur »⁶⁷. Les services apparaissent comme des espaces « séparés »⁸, ordonnancés selon des règles et des principes qui se distinguent du quotidien et de son animation continue. En témoignent l'agencement feutré des unités qui accueillent tout au plus une dizaine de chambres aux portes entrouvertes et aux cloisons vitrées, l'absence de bruit et la pesanteur du silence ou les

¹ Peneff J., 1992, *L'hôpital en urgence. Étude par observation participante*, Paris, Métailié, p. 33-38.

² Une enquête nationale menée conjointement par la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) et le Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques (GFRUP) en 2016 précise qu' « à ce jour, en France, seuls 40 % des services de réanimation sont ouverts aux familles 24 h/24 (enquête 2016) » : Communication présentée au Congrès de Réanimation 2017 (11-13 janvier 2017), Parc Expo — Porte de Versailles, Paris.

³ Paillet A., 2007, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, coll. « Corps, Santé et Société ».

⁴ Fox R., 1988, *L'incertitude médicale*, Paris, L'Harmattan. Coll. « Catalyses ».

⁵ Article R6123-33 du Code de la santé publique.

⁶ Douglas M., 2001, *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Éditions La Découverte et Syros.

⁷ Pouchelle M.-C., 2003, *L'hôpital corps et âmes. Essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Séli Arslan, p. 83.

⁸ Durkheim É., 1990 (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse : le système totémique en Australie*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. « Quadrige », p. 428.

mesures admises à l'endroit de malades le plus souvent inanimés, inconscients ou sédatis. L'ensemble des dispositifs qui « retiennent » métaphoriquement et concrètement les malades achèvent d'ailleurs de séparer la réanimation de l'espace social ordinaire : intubés, ventilés, trachéotomisés, sondés, perfusés, isolés, attachés, etc., les dispositifs mobilisés dans la suppléance des fonctions vitales rappellent aux visiteurs qu'ils se trouvent « en terrain mouvant »⁹, dans des espaces de l'entre-deux « fermés sur leur propre dynamique »¹⁰.

Reposant sur une ligne d'autorité médicale¹¹ encore largement partagée au sein des unités, ces frontières matérielles et symboliques tendent néanmoins à s'estomper. Moins en raison de l'ouverture progressive des services au public, contrôlée par les membres de l'activité, que par le renouveau des lignes d'autorité administrative¹². Dans le cadre de la « modernisation de l'hôpital public » engagée depuis les années 2000, les personnels de réanimation sont en effet contraints d'ajuster progressivement leurs pratiques en fonction d'injonctions normatives portées depuis l'extérieur des services. Ils sont « invités » à s'approprier de nouveaux outils empruntés au secteur privé : procédures d'élaboration des « recommandations de bonne pratique » (RBP), évaluation des pratiques professionnelles (EPP), mesure de l'activité, indicateurs de performance, procédure de traçabilité, etc. L'introduction d'une philosophie gestionnaire conduite par les autorités publiques porte un projet de transformation en profondeur de l'« esprit de la réanimation ». La culture des « soins à tout prix », particulièrement significative dans le cas de la réanimation¹³, est désormais confrontée à « la régulation par la qualité et l'efficacité »¹⁴ dont l'enjeu consiste, justement, à maîtriser les dépenses hospitalières. Alors qu'ils affichent un objectif commun, celui de l'amélioration de la qualité des soins, les acteurs de la modernisation et les personnels soignants empruntent des voies sensiblement différentes, concurrentes, qui tendent à s'exclure mutuellement.

⁹ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 14-15.

¹⁰ *Ibid.*, p. 17.

¹¹ Carricaburu D., Ménoret M., 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, p. 28.

¹² *Ibid.*

¹³ Parmi l'ensemble des services hospitaliers, le fonctionnement des services de réanimation est l'un des plus coûteux, le coût total d'une journée d'hospitalisation en service de réanimation étant estimé, en moyenne, à 1425 euros : Garrigues B., « Étude CRRéa : Évaluation médico-économique du Coût Réel d'une journée en REanimation », Séminaire ENC 2 – 09 et 10 décembre 2010.

¹⁴ Bandeau d'annonce de la Haute Autorité de Santé.

Dans ce contexte de « déclin institutionnel »¹⁵, de « managérialisation » des soins¹⁶ et de renouvellement des « auditoires »¹⁷ se profilent les contours d'un triple questionnement : dans quelle mesure les soignants de réanimation sont-ils tenus d'ajuster leurs pratiques à des normes définies depuis l'extérieur des services ? Quels sont les effets de ces transformations sur la définition de « ce qui fait le métier » ? Finalement, en quoi assiste-t-on à un renouvellement de la fabrique des soins de réanimation ? Cette dernière question invite à identifier les conditions qui permettent le maniement de patients « techniques »¹⁸ dans un contexte d'incertitude et de vulnérabilité. Elle est d'autant plus urgente que la philosophie gestionnaire visant au contrôle des aléas humains s'opère au sein d'un « hôpital sous pression »¹⁹.

L'hôpital « en réanimation »

Poser la question des transformations du travail dans ces services, c'est aussi poser celle de l'hôpital « en réanimation ». Difficultés financières²⁰, déficit de l'assurance maladie²¹, engorgement des services²², épuisement professionnel²³, fatigue à l'hôpital²⁴, etc., les maux qui touchent l'hôpital public ne cessent de s'amonceler depuis plusieurs décennies. Bien qu'ils soient sensiblement opposés quant aux mesures à adopter face à ces problématiques, les acteurs hospitaliers, soignants et administrateurs, s'accordent néanmoins sur l'état de santé de l'hôpital public : son pronostic vital semblerait menacé à court et moyen terme.

¹⁵ Dubet F., 2002, *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil.

¹⁶ Belorgey N., 2010, *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, coll. « Textes à l'appui/Enquêtes de terrain ».

¹⁷ Abbott A., 1988, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago-Londres, University of Chicago Press.

¹⁸ L'expression est empruntée aux soignants. Elle sera précisée et discutée dans le chapitre 6.

¹⁹ Belorgey N., 2010, *op. cit.*

²⁰ Vincent G., Arcos C., Prigent A., « Les conséquences de la crise économique sur l'hôpital », *Les Tribunes de la santé*, 2012, Vol. 36, n° 3.

²¹ Cornilleau G., Debrand T., « Crise et déficit de l'assurance maladie. Faut-il changer de paradigme ? », *Revue de l'OFCE*, 2011/1, n° 116.

²² Belorgey N., « Pourquoi attend-on aux urgences ? Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière », *Travail et emploi*, 2013/1, n° 133 ; Georges-Tarragano C., Pierru F., de Celeyran F., Mechali D., Rochefort J., « Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass », *Les Tribunes de la santé*, 2013, vol. 39/2.

²³ Michel Delbrouck, « Burn-out et médecine. Le syndrome d'épuisement professionnel », *Cahiers de psychologie clinique*, 2007/1, n° 28, p. 132.

²⁴ Loriol, M., « Donner un sens à la plainte de fatigue au travail », *L'Année sociologique*, vol. 53 (2), 2003, p. 459-485.

Réformer l'hôpital

Afin de remédier à cette situation, les autorités publiques ont engagé un vaste processus de modernisation de l'hôpital public dont elles estimaient le fonctionnement inflationniste. Les vagues de réformes successives qui se sont déployées au plan national s'intensifient davantage aujourd'hui, consacrant pour la plupart des soignants le « tournant néolibéral de la politique hospitalière »²⁵. Pour les autorités publiques, elles représentent au contraire une condition systémique du redressement financier²⁶, rendu possible par une gestion « responsable » de l'activité. Loin de s'opposer à une évolution en profondeur du système hospitalier, les soignants de réanimation émettent cependant quelques réserves, quand il ne s'agit pas ouvertement d'opposition et de résistance à l'égard de la direction de l'établissement et des autorités publiques. Et pour cause, en passant par la relance de l'investissement au moyen de partenariats publics-privés (PPP)²⁷, par l'instauration d'une tarification à l'activité dite « incitative »²⁸ et par l'accentuation des missions stratégiques²⁹, le processus de modernisation tend à déconstruire « le programme institutionnel incorporé de longue date par les différents protagonistes qui le constituent »³⁰.

Pourtant, la modernisation de l'hôpital public n'est pas un fait nouveau puisqu'elle remonte au début des années 1980. Elle s'inscrit dans un plus vaste mouvement de gouvernance, rassemblé sous l'expression du *Nouveau management public*³¹, qui débute en 1982 avec l'expérimentation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) visant à mesurer l'activité hospitalière en vue d'en calculer le coût. L'exploitation des Groupes de diagnostics homogènes (GDH)³² rapproche alors l'hôpital des mondes de la gestion et de l'entreprise en ce qu'elle consacre l'essor de la comptabilité médicale. La modernisation de l'hôpital public se poursuit avec la promulgation de la loi du 31 juillet 1991³³.

²⁵ Pierru F., « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2012/4, n° 194.

²⁶ Voir par exemple la circulaire DHOS/F2/2008/233 du 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des établissements de Santé.

²⁷ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services médico-sociaux.

²⁸ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

²⁹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

³⁰ Herreros G., « L'hôpital à l'épreuve des réformes », *Socio-anthropologie* [En ligne], 21 | 2007, mis en ligne le 26 novembre 2008, p. 7.

³¹ Traduit de l'anglais *New public Management* (NPM).

³² Qui est inspirée des Diagnosis Related Groups (DRG) déjà opérationnels aux États-Unis à l'époque.

³³ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, parue au JORF n° 179 le 2 août 1991.

Première d'une longue série, cette réforme engage les établissements dans une reconversion commandée par la logique gestionnaire. L'article L.710-4 de la loi précise à ce titre que « les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité ». L'ordonnance du 24 avril 1996³⁴ concrétise la reconfiguration de l'« hôpital-institution » en « hôpital-organisation »³⁵ avec l'affirmation de modes de gestion empruntés au secteur privé³⁶. En instaurant la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), l'ordonnance introduit en effet le principe de planification au niveau régional d'une part et celui de l'évaluation des pratiques hospitalières locales d'autre part.

L'implantation de la pensée gestionnaire à l'hôpital se confirme au cours des années 2000. D'abord en 2004, avec la création de la Haute Autorité de Santé³⁷ (HAS) en charge de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations et de la certification des établissements. Ensuite, avec la mise en œuvre de la Tarification à l'activité³⁸ (T2A) qui soulève des questions spécifiques dans le cas des services de réanimation³⁹. Mesure phare du Plan Hôpital 2007, ce nouveau mode de financement introduit une logique incitative qui consiste en une culture de résultats plutôt qu'en une logique d'attribution des moyens *a priori*. Dans la continuité du PMSI, ce système place alors la notion de « recettes hospitalières »⁴⁰ au cœur du fonctionnement des établissements. Le financement est désormais déterminé par des tarifs de « classes », calculés selon les « groupes homogènes de malades » (GHM) et les « groupes homogènes de séjours » (GHS). Enfin, en 2009, avec la promulgation de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires⁴¹ (loi « HPST ») qui porte création des Agences Régionales de Santé (ARS) en charge de la sécurité sanitaire, de l'organisation de l'offre de soins, de la qualité des établissements, du pilotage de l'amélioration des pratiques professionnelles et de la répartition territoriale des personnels de santé.

³⁴ Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, parue au JORF n° 98 du 25 avril 1996.

³⁵ Herreros G., 2008, *art. cit.*

³⁶ Pierru F., 2012, *art. cit.*

³⁷ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie parue au JORF n° 190 du 17 août 2004.

³⁸ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, parue au JORF n° 239 du 19 décembre 2003, texte n° 1.

³⁹ En raison, notamment, de la diversité des types de pathologies traitées dans le service, mais aussi de la disparité de la durée de séjour dans les services, pouvant varier de quelques heures à plusieurs mois.

⁴⁰ Grimaldi A., « Les hôpitaux en quête de rentabilité : à quel prix ? », *Revue du MAUSS*, 2013/1, n° 41.

⁴¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, parue au JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, texte n° 1.

Situées dans une position intermédiaire entre les autorités publiques et les établissements de santé, les ARS se font alors le relais des orientations gestionnaires au niveau régional, intervenant directement auprès des hôpitaux. Elles contribuent ainsi au renforcement de la planification territoriale de l'offre de soins, en lien avec les orientations nationales, participant un peu plus à la disqualification des acteurs hospitaliers traditionnels. En somme, la modernisation de l'hôpital public participe d'un même mouvement : l'implantation d'une pensée gestionnaire et la rationalisation continue de l'activité hospitalière aux dépens d'un modèle institutionnel porté par ses acteurs.

Déjà soumis aux fluctuations des malades et à la diversification des types de pathologies prises en charge dans les services, les personnels de réanimation sont désormais tributaires d'orientations nationales et d'incitations tarifaires qui déterminent les conditions de prise en charge définies *a posteriori*. Les réformes sont donc « plus que des simples instruments ou dispositifs, elles impliquent aussi pour les soignants des façons d'agir, de penser et de sentir »⁴². Elles consacrent en effet une nouvelle norme de gestion qui repose sur la participation des travailleurs et qui dépasse le cadre du milieu hospitalier⁴³. Cette « norme organisationnelle »⁴⁴ n'est pas sans conséquence sur le travail des soignants puisqu'elle exige d'eux, à travers la multiplication de dispositifs managériaux, qu'ils ajustent leurs pratiques et qu'ils révisent leurs « normes professionnelles »⁴⁵. Il s'agit alors, en réformant l'hôpital, de reformer les soignants, acculturés à un ensemble de représentations et de pratiques portées à l'intérieur des services.

⁴² Belorgey, 2010, *op. cit.*, p. 17.

⁴³ Boltanski L., Chiapello E., 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, coll. « Essais ».

⁴⁴ Boussard V., (dir.), 2005, *Au nom de la norme. Les dispositifs de gestion entre normes organisationnelles et normes professionnelles*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques Sociales ».

⁴⁵ *Ibid.*

Reformer les soignants

La modernisation de l'hôpital public ne se limite donc pas à la seule redéfinition des orientations sanitaires. Elle consiste également en une transformation des pratiques et des représentations par l'élaboration et la diffusion de normes organisationnelles contrôlées pour la plupart d'entre elles par les instances de régulation. Ces normes se divisent en deux catégories : la première relève de prescriptions qui commandent à la pratique (recommandations de bonne pratique, procédures, protocoles, fiches techniques, etc.) ; la seconde se rapporte aux prescriptions d'évaluation et de formation (développement professionnel continu, groupes de travail, évaluation des pratiques professionnelles, etc.). Ces prescriptions participent d'une même reformation des personnels, au double sens de « donner une forme » et « se former de nouveau »⁴⁶.

Les dispositifs développés par la Haute Autorité de Santé abondent en ce sens : outils pédagogiques, guides d'élaboration des protocoles pluridisciplinaires, aide à la création d'indicateurs de qualité, référentiels d'organisation des parcours individualisés, etc. Diffusés localement par les Agences Régionales de Santé, ils sont mis « à disposition des acteurs de santé (...) afin d'améliorer leur prise en charge ou la mise en œuvre de leurs projets »⁴⁷. Réservés jusqu'alors aux seuls professionnels de l'organisation, les dispositifs gestionnaires sont l'objet d'une diffusion sans précédent auprès des équipes soignantes au cours des années 2000. Par ailleurs, ce projet s'appuie sur la création d'une catégorie d'acteurs intermédiaires destinés à accompagner les soignants dans le renouvellement de leurs pratiques, celle des cadres de santé⁴⁸. Responsables de l'encadrement des équipes et de la gestion des formations professionnelles⁴⁹, ces nouveaux acteurs sont chargés de la conduite de « chantiers managériaux »⁵⁰, tels que les réunions d'information et d'actualisation des recommandations, la constitution de groupes de travail, l'élaboration de protocoles de service ou encore l'évaluation des pratiques soignantes. En somme, leur mission consiste pour

⁴⁶ Du latin classique « formare ».

⁴⁷ <https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has>.

⁴⁸ La création du Diplôme de Cadre de Santé en 1995 par l'Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, sanctionne un changement majeur de la place des « surveillantes » en ce qu'elle introduit le management des ressources humaines, l'économie sanitaire et la gestion de la qualité hospitalière dans la formation et les missions des nouvelles « cadres de santé ».

⁴⁹ L'annexe I de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé précise à ce sujet que « la formation des cadres de santé est une priorité essentielle pour garantir la qualité de l'encadrement. Elle contribue en effet à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités. L'adaptation régulière de cette formation est une nécessité pour préparer et accompagner l'évolution rapide des établissements de santé et des pratiques professionnelles ».

⁵⁰ Segrestin D., 2004, *Les chantiers du manager*, Paris, Armand Colin.

l'essentiel à guider les soignants dans une démarche d'appropriation des outils et des dispositifs élaborés par la HAS. Ainsi les personnels sont-ils progressivement tenus de revoir leurs pratiques en vue de participer à la régulation de l'offre de soin.

Cette ambition se révèle pourtant ambiguë. La prolifération normative qui se déploie dans les services s'opère en effet le plus souvent en dépit des normes portées par les soignants, désignées par les réformateurs comme de (mauvaises) « habitudes de services ». Pour ces derniers, la rationalisation du travail hospitalier constitue donc une garantie de la sécurité des soins en même temps qu'un outil d'optimisation de leur coût. Pour les soignants, il s'agit surtout de « rentabiliser » l'hôpital, perspective en contradiction avec leur perception du métier, qui plus est, dans le contexte d'épuisement professionnel dans lequel ils exercent. La « rentabilisation » de l'hôpital est d'autant plus critiquée dans les services de réanimation qu'elle se heurte aux interrogations soulevées par l'incertitude, la souffrance et la mort. Outre la question de l'organisation des soins, de la gestion des effectifs et des matériaux à disposition, se profile celle de l'environnement particulier que représente la réanimation. Entre autres, il s'agit aussi de la remise en cause de normes professionnelles locales qui, bien que coûteuses, constituent un rouage essentiel de l'organisation des soins de réanimation.

À cette première ambiguïté s'en ajoute une deuxième, centrée sur l'application d'objectifs définis par les autorités publiques. Elle se traduit par la multiplication de recommandations, protocoles, procédures et fiches techniques, qui n'est pas sans rappeler les processus de standardisation à l'œuvre dans le secteur privé⁵¹. Le renouvellement des pratiques contraste ainsi avec le souci des personnels soignants de répondre à une norme de singularité. Il implique une certaine standardisation de la relation de soin alors que celle-ci semble toujours différente d'un malade à l'autre. Reposant sur des « évidences mathématiques »⁵², les chantiers de la modernisation hospitalière sont donc aux prises avec des « évidences soignantes » enracinées au cœur du travail de réanimation. La normalisation des soins se révèle même contradictoire en ce qu'elle disqualifie des soignants qu'elle convoque pourtant dans la redéfinition de « ce qui fait le métier ». En ce sens, la reformation des soignants interroge, d'une part, les normes établies par le groupe concerné, et d'autre part, son autonomie, définie par Valérie Boussard, Didier Demazière et Philip Milburn comme :

⁵¹ Notamment, les procédures de standardisation élaborées par l'*International Organization for Standardization* (ISO) au plan international et par l'Agence Française de Normalisation (AFNOR) au niveau national.

⁵² Belorgey N., 2010, *op. cit.*, p. 67-69.

« Le poids des groupes professionnels dans la définition de leur travail, entendu à la fois comme un ensemble d'activités pratiques à réaliser et de ressources mobilisables en conséquence, et comme un ensemble de buts poursuivis et de significations associées. Il s'agit donc d'une autonomie dont l'assise est collective, et qui se traduit par un contrôle pratique et symbolique sur ce que doit être le travail spécifique d'une catégorie des travailleurs, sur la manière dont il doit être réalisé, comme sur ce qu'il est effectivement »⁵³.

L'un des enjeux de la modernisation de l'hôpital public semble ainsi résider dans la compréhension des dynamiques professionnelles « entendues comme des changements dont l'enjeu est la transformation significative de la définition du travail effectué par une catégorie de travailleurs »⁵⁴. Dans le cadre des reconfigurations exogènes qui traversent les services hospitaliers, il s'agit alors de mettre en lumière quelques éléments clés des mécanismes de professionnalisation, appréhendés au prisme des pratiques, des significations et des contextes dans lesquels ils se déploient.

Regards croisés sur la fabrique des soins

Au carrefour de la sociologie des groupes professionnels⁵⁵ et de l'anthropologie hospitalière⁵⁶, cette thèse consiste à étudier l'émergence des « injonctions de professionnalisme »⁵⁷ et leurs implications sur l'autonomie et les pratiques des personnels soignants. Plus précisément, elle invite à considérer la question de la « fabrique des soins » dans le cas particulier des services de réanimation. Il s'agit d'examiner comment le professionnalisme qui apparaît fragilisé, affaibli et dominé par la prolifération normative se maintient dans des espaces pourtant déjà marqués par l'incertitude et la vulnérabilité.

⁵³ Boussard V., Demazière D., Milburn P., (Dir.), 2010, *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, Coll. « Des Sociétés », p. 159.

⁵⁴ *Ibid.* p. 19.

⁵⁵ Demazière D., Gadéa C., (dir.), 2009, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, Coll. « Recherches ».

⁵⁶ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*

⁵⁷ Boussard V., Demazière D., Milburn P., (dir.), 2010, *op. cit.*

Cette recherche privilégie une approche synchronique⁵⁸ centrée sur l'analyse des dynamiques professionnelles des « soignants de réanimation »⁵⁹. L'étude de cette catégorie de travailleurs est en effet privilégiée par rapport à d'autres catégories d'acteurs, notamment les personnels médicaux. Le choix de cette population dont la visibilité reste faible, voire inexistante en dehors du milieu hospitalier⁶⁰, tient à deux raisons principales. Premièrement, parce qu'ils sont subordonnés à une autorité médicale dotée des caractéristiques propres aux professions « établies »⁶¹, mais aussi à l'autorité administrative des personnels d'encadrement dotés, quant à eux, d'une certaine domination rationnelle légale⁶². En cela, les soignants paraissent plus affectés *a priori* par les réformes hospitalières que les personnels médicaux, bénéficiant d'une autonomie professionnelle⁶³ plus aboutie, et que les personnels d'encadrements étant les premiers acteurs des réformes, parfois à leur corps défendant. Ensuite, parce qu'ils sont concrètement et continuellement « au chevet des malades ». À ce titre, ils représentent les premiers acteurs/spectateurs des paradoxes de la modernisation. Ainsi semblent-ils soumis plus directement que les autres catégories d'acteurs au double impératif de normalisation des pratiques et de préservation de la singularité de la relation de soin avec les malades auprès desquels ils passent la plupart de leur temps.

⁵⁸ Salvador Juan précise à ce sujet que l'« on peut choisir aussi le voyage dans l'espace : l'approche synchronique, plutôt adaptée à l'analyse des structures de relation. On choisira de se focaliser sur un phénomène donné pour mieux faire émerger l'arrière plan (historique, institutionnel...) ou, à l'inverse, d'illustrer une interrogation plus cinématique par quelques cas. On choisira de chercher à connaître plutôt le matériel ou plutôt l'idéal, même si on sait que les deux sont liés » : Juan S., « Méthodologie de la démarche de recherche en sociologie. Didactique du projet de recherche », *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 1995/06, n° 47, p. 86.

⁵⁹ Employée tout au long de cette thèse, cette acception désigne les personnels soignants paramédicaux infirmier-e-s et aides-soignant-e-s, indépendamment du genre et de la position occupée par ces derniers. Le choix de ce terme fait écho à la configuration particulière du travail infirmier et aide-soignant en réanimation, les personnels travaillant le plus souvent « en binôme ». Le terme ne sera pas féminisé compte tenu du nombre de personnels masculins rencontrés dans ces services étant proche de celui des personnels féminins.

⁶⁰ Arborio A.-M., 2012 (2001), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, Coll. « Sociologiques » ; Véga A., 2004 (2000), *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

⁶¹ Les professions « établies » sont entendues ici dans leur acception interactionniste, c'est-à-dire comme « les métiers (médecine, barreau, etc.) qui ont développé un ensemble de caractéristiques spécifiques, monopole d'exercice de certaines fonctions, contrôle des praticiens par leurs pairs, etc. » : Chapoulie J.-M., « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, 1973, Vol. 14, n° 1, p. 89.

⁶² Weber M., [1921] 1995a, *op. cit.*

⁶³ L'autonomie professionnelle, qui se distingue de l'autonomie des pratiques soignantes, est entendue ici au sens d'Éliot Freidson comme « le droit exclusif de décider qui est autorisé à accomplir le travail et comment celui-ci doit l'être » : Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Payot, Paris, p. 81.

Partant de l'hypothèse que la « fabrique des soins » s'opère à l'articulation de « la montée d'exigences de professionnalisme portées de l'extérieur aux groupes et non pas introduites par les travailleurs concernés »⁶⁴ et de « l'incertitude médicale et ses conséquences [qui] s'accompagne[nt] d'une conception ambivalente des différents modes d'action sur l'univers et sur la condition humaine »⁶⁵, cette recherche relève d'une double perspective⁶⁶, d'un regard croisé sur la fabrique des soins en réanimation.

Soignants en réanimation : une approche par la sociologie des groupes professionnels⁶⁷

Les études sur le travail, les ensembles de travailleurs et les « choses » associées à l'activité ne sont pas nouvelles en sociologie⁶⁸. Longtemps appréhendées au prisme du travail, des conflits et des changements organisationnels⁶⁹, elles connaissent aujourd'hui une nouvelle impulsion. Ce renouveau « réside [...] moins dans l'existence de recherches nombreuses relevant de la sociologie des groupes professionnels que de leur affirmation comme telles »⁷⁰. Ce dont il est question avec l'émergence d'une sociologie des groupes professionnels, c'est d'une reconnaissance de l'étude des groupes professionnels en tant que perspective établie, conduite par une « communauté scientifique organisée »⁷¹. Les recherches et les monographies contemporaines touchent à des champs professionnels variés⁷². Elles s'inscrivent cependant dans les dimensions transversales de ce champ de recherche.

⁶⁴ Boussard V., Demazière D., Milburn P. (dir.), 2010, *op. cit.*, p. 17.

⁶⁵ Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 55.

⁶⁶ La notion de « perspective » est entendue comme « une posture théorique du chercheur singulier qui exprime son identité institutionnelle scientifique. À cet égard, l'appartenance, permanente ou ponctuelle, à une tradition théorique tient de l'emboîtement : paradigme, modèle théorique, hypothèse » : Juan S., 1995, *art. cit.*, p. 87.

⁶⁷ Demazière D., Gadéa C., (dirs.), 2009, *op. cit.*

⁶⁸ Citons en exemple les travaux et les monographies de Frédéric Le Play : – 1855, *Les Ouvriers européens. Études sur les travaux, la vie domestique et la condition morale des populations ouvrières de l'Europe, précédées d'un exposé de la méthode d'observation*, Paris, Imprimerie Impériale ; – 1870, *L'Organisation du travail, selon la coutume des ateliers et la loi du Décalogue*, Paris, Dentu/Tours, Marne ; – 1879, *La Méthode sociale, abrégé des « Ouvriers européens »*, Tours, Marne, Paris, Méridiens-Klincksieck.

⁶⁹ Notamment après-guerre, avec la publication du *Traité de sociologie du travail* de Georges Friedmann et Pierre Naville et l'édition de la revue *Sociologie du travail*. Dans cette perspective, centrée sur la question du travail, les professions et les groupes professionnels restent en marge des études. Ils sont identifiés par rapport à des catégories de salariés (généralement les ouvriers des grandes industries), à des classifications statistiques, aux nomenclatures des catégories socioprofessionnelles : Friedmann G., Naville P., 1961-1962, *Traité de sociologie du travail*, Paris, Armand Colin, Tomes I et II.

⁷⁰ Demazière D., Gadéa C., (dirs.), 2009, *op. cit.*, p. 13.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² *Ibid.*

La sociologie des groupes professionnels se donne en effet pour objectif de rassembler, même de façon fragmentée, des enquêtes hétérogènes portant sur les professions, leurs acteurs et leurs conditions d'existence en tant que tels. L'autre objectif de ce courant consiste à ouvrir un « troisième temps fort »⁷³ de la sociologie des professions, fondé sur le renouvellement des sociologies des professions « à la française » telles que la sociologie durkheimienne des « groupements professionnels »⁷⁴ et de la « morale professionnelle »⁷⁵ ou la « sociologie du travail » impulsée par Naville et Friedmann⁷⁶. Aussi s'agit-il d'étendre ce domaine de recherche en se centrant, non plus sur la profession ou l'activité comme telles, mais plutôt sur l'analyse des groupes professionnels qui portent des définitions protéiformes et changeantes de leur activité. La sociologie des groupes professionnels permet de mettre au jour les contours de l'activité, mais aussi les stratégies mobilisées par les soignants pour se maintenir et s'affirmer dans la définition du travail en mutation.

En s'inscrivant dans cette perspective, l'examen de la fabrique de soins de réanimation se rapproche un peu plus de la sociologie durkheimienne des groupements professionnels et, *in fine*, d'une sociologie de la morale et de l'éthique⁷⁷. Dans sa préface à la seconde édition *De la division du travail social*, Émile Durkheim rappelait à ce propos :

« Ni la société politique dans son ensemble, ni l'État ne peuvent évidemment s'acquitter de cette fonction [morale] ; la vie économique, parce qu'elle est très spéciale et qu'elle se spécialise chaque jour davantage, échappe à leur compétence et à leur action. L'activité d'une profession ne peut être réglementée efficacement que par un groupe assez proche de cette profession même pour en bien connaître le fonctionnement, pour en sentir tous les besoins et pouvoir suivre toutes leurs variations. Le seul qui réponde à ces conditions est celui que formeraient tous les agents d'une même industrie réunis et organisés en un même corps. C'est ce qu'on appelle la corporation ou le groupe professionnel »⁷⁸.

Face au risque d'anomie présent dans les sociétés modernes, Durkheim en appelle donc à l'affirmation des « corporations professionnelles », posant les bases d'une réflexion sur la portée morale des groupes professionnels : parce qu'il a pour objet le travail et

⁷³ *Ibid.* p. 14.

⁷⁴ Durkheim E., 2012 (1950), *Leçons de sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France.

⁷⁵ Durkheim E., 1973 (1893, 1902), *De la division du travail social*, Paris, Presses Universitaires de France.

⁷⁶ Friedmann G., Naville P., 1961-1962, *op. cit.*

⁷⁷ Paillet A., 2007, *op. cit.*

⁷⁸ Durkheim E., [1893, 1902] 1973, *op. cit.*, p. 6-7.

sa division, et parce que la division du travail est au cœur de la question du lien social, le groupement social est à même, selon Durkheim, de répondre à la désolidarisation des sociétés. Réglementé par ses acteurs en vue d'en assurer le fonctionnement, il donne le ton aux autres domaines de la vie sociale. Cette perspective invite à examiner un corps de règles — un « pouvoir moral » — qui semble faire défaut dans les sociétés modernes. Les groupes professionnels, plus proches des individus que l'État, « sont ainsi une source majeure de régulation, permettant de canaliser les pratiques individuelles dans un cadre compatible avec la préservation des intérêts collectifs et le maintien de la cohésion »⁷⁹. Durkheim, qui souligne l'inaccomplissement des groupements professionnels, en appelle même à la constitution de corporations professionnelles sous la forme d' « institutions publiques » :

« Pour qu'une morale et un droit professionnels puissent s'établir dans les différentes professions économiques, il faut donc que la corporation, au lieu de rester un agrégat confus et sans unité, devienne, ou plutôt redevienne un groupe défini, organisé, en un mot une institution publique »⁸⁰.

Il précise aussi que le groupement professionnel, dans sa forme cohésive, doit servir de modèle aux domaines de la vie sociale touchée par l'anomie :

« Ce que nous voyons avant tout dans le groupe professionnel, c'est un pouvoir moral capable de contenir les égoïsmes individuels, d'entretenir dans le cœur des travailleurs un plus vif sentiment de leur solidarité commune, d'empêcher la loi du plus fort de s'appliquer aussi brutalement aux relations industrielles et commerciales »⁸¹.

Bien qu'elle représente « une partie constitutive de sa théorie sociologique »⁸², l'étude des groupes professionnels esquissée par Durkheim est pourtant avortée en raison, notamment, de l' « impossib[ilité] de décrire la morale propre à chaque profession, — et ce serait déjà une grosse entreprise que cette description — et de l'expliquer. Nous ne pouvons présenter que quelques considérations générales sur les questions les plus importantes qui peuvent se poser à ce sujet »⁸³.

⁷⁹ Demazière D., Gadéa C., (dirs.), 2009, *op. cit.*, p. 15.

⁸⁰ Durkheim E., [1893, 1902] 1973, *op. cit.*, p. 8.

⁸¹ *Ibid.*, p. 12.

⁸² Demazière D., Gadéa C., (dirs.), 2009, *op. cit.*, p. 15.

⁸³ Durkheim E., 2012 (1950), *op. cit.*, p. 45.

C'était sans compter sur le renouveau tardif dans le cas français⁸⁴ de l'approche des groupes professionnels. Impulsé par les travaux interactionnistes et le renouvellement de l'approche néo-wébérienne opéré par Andrew Abbott⁸⁵, l'intérêt pour l'étude des professions et de leurs acteurs connaît aujourd'hui un certain engouement comme en témoignent les enquêtes réalisées depuis plusieurs années⁸⁶.

C'est également dans cette perspective théorique que ma recherche projette de s'inscrire : l'analyse de la fabrique des soins en réanimation sous l'angle des groupes professionnels — et à travers eux, de la genèse du collectif « soignant », du pilotage managérial et des contextes de travail —, vise à identifier les mécanismes à l'œuvre dans la recomposition de « ce qui fait le métier ». En questionnant le collectif des soignants de réanimation en tant que segment professionnel, il s'agit de porter un éclairage analogue aux préoccupations définies dans la sociologie des groupes professionnels sur : 1) les tensions entre les professionnels qui cherchent à maîtriser les contours de leur travail et les dispositifs de contrôle externe portés par les réformes managériales ; 2) les formes de régulations déployées par les soignants pour s'assurer de la maîtrise de leur « territoire professionnel » ; 3) les processus de sélection à l'entrée et les socialisations internes ; 4) les relations avec les destinataires de l'activité dans la légitimation de l'expertise ; 5) la maîtrise de l'environnement professionnel pour en préserver le monopole.

Une approche anthropologique des soins en réanimation

Si la sociologie des groupes professionnels permet de saisir les reconfigurations inhérentes aux stratégies déployées par les réformateurs et les réformés, l'examen de la fabrique des soins en réanimation serait incomplet sans l'étude des mécanismes implicites qui commandent aux individus. Cette recherche s'inscrit donc aussi dans une approche anthropologique qui vise à identifier certaines des représentations et des pratiques, le plus souvent inconscientes, qui guident les comportements des acteurs de la réanimation.

⁸⁴ Le déclin de l'approche durkheimienne des groupes professionnels et son refolement dans la tradition sociologique française trouvent leur origine dans l'amalgamation de cette perspective avec le « phénomène corporatiste » politique initié lors du régime de Vichy « instituant sous l'égide de l'État des instances de concertation entre branches professionnelles » : Demazière D., Gadéa C., (dirs.), 2009, *op. cit.*, p. 15.

⁸⁵ Abbott A., 1988, *op. cit.*.

⁸⁶ Voir par exemple les contributions à la *Sociologie des professions* : Demazière D., Gadéa C., (dirs.), 2009, *op. cit.*

Il s'agit d'interroger comment, dans ces espaces marqués par la raison médicale et le pragmatisme gestionnaire, s'imposent des conduites socialement sanctionnées relevant de catégorisations dichotomiques qui touchent au sacré et au symbolique⁸⁷. L'analyse des règles de sentiments⁸⁸, des significations associées à l'incertitude médicale⁸⁹ et des techniques adoptées dans le maniement des corps « en souffrance » vient compléter l'examen du travail soignant en ce qu'elle met au jour quelques-uns des éléments tacites « destinés à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les affects, à cimenter la communauté des initiés et à la distinguer de la masse informe des profanes »⁹⁰.

Partant de l'hypothèse selon laquelle aux règles explicites s'articulent des règles implicites⁹¹, l'approche anthropologique invite à reconsidérer les services de réanimation comme des espaces rituels⁹² marqués par des croyances, des représentations et des conduites qui dépassent le seul registre organisationnel. En réanimation, comme dans le reste de l'hôpital, s'observe en effet l'imbrication de croyances *a priori* opposées, tantôt rationnelles, techniques et scientifiques, tantôt spirituelles, magiques et irrationnelles : « c'est un miracle ! ». L'ancrage du symbolique et du sacré dans le milieu hospitalier n'est cependant pas nouveau. Il tient en partie à la nature du travail médical qui s'y déploie. Comme l'écrivent Raymond Massé et Jean Benoist, la médecine en appelle à des convocations thérapeutiques du sacré :

« La souffrance humaine a, de tout temps et dans tout lieu, interpellé la religion. L'homme s'adresse aux forces surnaturelles sinon pour recouvrer la santé, tout au moins, pour donner un sens à la maladie et à la mort. La religion est alors convoquée au chevet du malade, mais aussi aux côtés du thérapeute qui y cherchera inspiration et pouvoir. Cette convocation médicale du sacré alimente les réflexions d'une anthropologie médicale des soins de salut tout autant qu'une anthropologie de la religion comme médecine, toutes deux concernées par les miracles et les prières de guérison, les rituels thérapeutiques ou l'insertion des croyances et des pratiques religieuses dans les soins »⁹³.

⁸⁷ Tarot, C., 2008, *Le symbolique et le sacré : Théories de la religion*, Paris, La Découverte.

⁸⁸ Hochschild A., « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 2003/1, n° 9.

⁸⁹ Fox R., 1988, *op. cit.*

⁹⁰ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 7.

⁹¹ On préférera retenir ici le terme de « règles implicites » plutôt que celui de « règles informelles », compte tenu de la connotation organisationnelle associée à ce dernier.

⁹² Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 7.

⁹³ Massé R., Benoist J., (dirs.), 2002, *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala, p. 5.

La réanimation ne semble pas échapper à ce principe, bien au contraire. Elle implique en effet une forme de croyance en la technique et la science médicale à travers laquelle s'expriment également des croyances plus anciennes, marquées par la question du maintien en vie artificielle, des décisions de poursuite ou d'arrêt des traitements, de la sédation et de la « ressuscitation »⁹⁴. Reposant sur un imaginaire du « rappel à la vie » transmis en héritage⁹⁵, les pratiques soignantes s'accompagnent donc d'un ensemble de représentations ayant trait au vivant et à la proximité de la mort dans les services. Elles s'expriment comme autant de pratiques rituelles et de significations autour de l'incertitude, de la vulnérabilité et de la mort⁹⁶. L'examen des conduites implicites qui organisent une large part de l'activité hospitalière permet alors d'identifier d'un peu plus près les règles qui structurent le travail sur « matériau humain »⁹⁷, rappelant à ce titre que « la personne humaine est chose sacrée »⁹⁸.

En somme, le regard anthropologique met au jour ce que l'organisation tend à maîtriser et même à refouler, à savoir la part des affects et les pratiques rituelles qui, justement, organisent les soins de réanimation. Plus encore, il contribue à préciser l'économie morale⁹⁹ des soignants en mettant en évidence l'ambivalence de la fabrique des soins de réanimation, partagée entre héritage clinique, injonctions managériales et incertitude médicale.

⁹⁴ Le terme « réanimation », du latin classique *animare* et du préfixe *re*, signifie littéralement : « animer à nouveau ». En cela, il se rapproche du terme « ressuscitation » (du latin chrétien *resuscitare*) qui signifie « rappeler à la vie ». Dans cette acception, la « ré-animation » sous-tend une connotation religieuse et symbolique qui n'est pas sans rappeler la résurrection de Lazare (Évangile de Jésus-Christ selon Saint-Jean : 11:1-44).

⁹⁵ Notons que l'un des premiers manuels consacrés à ce qui deviendra plus tard la réanimation est publié sous les termes de *Méthode pour rappeler les Noyés à la vie* : De Villiers J.-F., MDCCLXXI (1771), *Méthode pour rappeler les Noyés à la vie, recueillie des meilleurs auteurs*, Paris, Imprimerie Royale.

⁹⁶ Thomas L.-V., 1991 (1988), *La mort*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. « Que sais-je ? », p. 91-110.

⁹⁷ Arborio A.-M., 2012 (2001), *op. cit.*

⁹⁸ Durkheim E., 1968 (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 51.

⁹⁹ Fassin D., Eidélian J.-S., 2012, *Économies morales contemporaines*, Paris, La Découverte.

Enquêter en milieu fermé : « vous venez voir quoi au juste ? »

Cette recherche repose sur une « enquête de terrain »¹⁰⁰ réalisée entre 2012 et 2017 dans trois services de réanimation médicale et chirurgicale. Elle compile des données recueillies par observations « semi-participantes »¹⁰¹ menées pendant seize semaines, par la réalisation d' « entretiens ethnographiques »¹⁰² effectués auprès de trente-sept personnels soignants¹⁰³ des services enquêtés, ainsi que sur une analyse de la littérature spécialisée et des référentiels, recommandations, fiches techniques et protocoles de services¹⁰⁴. La combinaison de ces matériaux permet de dresser un portrait de la fabrique des soins de réanimation au regard des dispositions normatives diffusées dans les unités, mais aussi de « rendre justice, voire réhabiliter, des pratiques ignorées, mal comprises ou méprisées »¹⁰⁵. Avant d'exposer plus en détail les méthodes d'investigation employées pour cette thèse, je présenterai succinctement les services enquêtés¹⁰⁶.

*Le service de réanimation chirurgicale de l' « hôpital du plateau »*¹⁰⁷

Le premier terrain enquêté est un service de réanimation chirurgicale doté d'une capacité d'accueil de 24 lits. Il se trouve à l' « hôpital du plateau », un centre hospitalier universitaire qui accueille plus de 50 000 patients à l'année dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Hospitalisés à la suite d'un « réveil pathologique »¹⁰⁸, d'une intervention chirurgicale, d'un accident sur la voie publique (AVP), d'un accident du travail

¹⁰⁰ Beaud S., Weber F., 2010 (1997), *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, Coll. « Repères ».

¹⁰¹ Ou, selon les termes d'Antoinette Chauvenet et de Françoise Orlic, par une « participation indirecte à l'activité » : Chauvenet A., Orlic F., « Interroger la police », *Sociologie du travail*, 1985, n° 4, p. 458.

¹⁰² C'est-à-dire par la réalisation d' « entretiens approfondis — qu'on appelle ici des “entretiens ethnographiques” — qui [sont] enchâssés dans l'enquête de terrain (pris par son rythme, son ambiance) » : Beaud S., « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l' “entretien ethnographique” », *Politix*, 1996/3, vol. 9, n° 35, p. 324.

¹⁰³ Partant du travail de Hughes sur la profession infirmière, dans lequel il met en lumière l'importance de s'intéresser aux partages des tâches entre professions, ces entretiens ont été réalisés auprès de personnels infirmiers et aides-soignants, mais aussi de cadres de santé, brancardiers, agents des services hospitaliers et d'un médecin (voir en annexe) : Hughes E. C., 1996, *Le regard sociologique : essais choisis*, Texte réunis par Chapoulie J.-M., Paris, Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

¹⁰⁴ Voir en annexe.

¹⁰⁵ Beaud S., Weber F., 2010 (1997), *op. cit.* p. 7.

¹⁰⁶ Pour des raisons d'anonymat, la présentation des terrains d'enquête sera limitée.

¹⁰⁷ Nom d'emprunt.

¹⁰⁸ Il s'agit de l'absence de réponse de la part des soignés aux questions des personnels hospitaliers. Le « réveil pathologique » peut résulter, par exemple, d'une réaction inattendue du patient à la suite d'une anesthésie générale.

ou dans la sphère domestique, les malades admis dans ce service sont le plus souvent dans un état critique. Pour la plupart d'entre eux, ils sont sédatisés, c'est-à-dire plongés dans un coma artificiel indiqué à des fins de prévention des lésions cérébrales, d'adaptation au respirateur artificiel ou de confort et de prise en charge de la douleur, ou dans un coma naturel dont l'issue est très incertaine. Ce n'est donc pas un hasard si ce service se situe à proximité des urgences et du pôle de chirurgie. Les personnels du service bénéficient d'ailleurs d'un accès direct au plateau technique de l'établissement : Imagerie par résonance magnétique (IRM), scanners, laboratoires d'anatomie pathologique, de biochimie, d'explorations fonctionnelles, d'hématologie, etc.

Le service se découpe en trois « unités de soins » qui regroupent respectivement, 6, 8 et 10 chambres médicalisées individuelles. Chaque jour, les équipes soignantes¹⁰⁹ se relaient à 6 h 30 pour les équipes « du matin », à 14 h 30 pour les équipes « du soir » et à 21 h 30 pour les équipes « de nuit ». Dans ce service, le terme d' « équipe » sous-tend une double acception. D'une part, entre les soignants qui exercent « de jour » et ceux qui travaillent de « nuit ». D'autre part, vis-à-vis de l'encadrement et des membres de la direction. Les relations avec les équipes médicales sont plutôt cordiales, voire amicales, ces dernières laissant une autonomie relative aux soignants qu'ils estiment « expérimentés » et « réactifs ». En retour, les équipes soignantes reconnaissent une certaine légitimité aux personnels médicaux, en dehors de l'expertise clinique à laquelle ils adhèrent également. En effet, l'équipe médicale de ce service, constituée de trois médecins anesthésistes-réanimateurs « séniors », de cinq médecins anesthésistes-réanimateurs « juniors » et d'un chef de service peu présent, bien qu'estimé, œuvre en faveur d'une éthique des soins qui contribue dans une certaine mesure à valoriser la place des personnels soignants. Ce militantisme éthique reste néanmoins ambigu. Apprécié différemment au sein de l'équipe médicale, étant impulsé par deux des trois médecins séniors, il l'est aussi par les soignants. Ainsi la mise en place d'un « cahier de vie » destiné aux « familles »¹¹⁰ par l'action conjointe des médecins et des soignants est-elle appréciée par ces derniers, tandis que l'ouverture des services 24 h/24 h continue de faire débat, notamment au regard de leur présence parfois « encombrante » dans le service.

¹⁰⁹ Chaque équipe est composée, en moyenne, de deux « binômes » infirmiers/aides-soignants par unité de soins. Les unités d'une capacité d'accueil de 10 lits comprennent un binôme supplémentaire.

¹¹⁰ Le terme est emprunté aux soignants.

Malgré les divergences observées entre ces catégories d'acteurs quant à l'organisation des soins et à l'ouverture des services, tous semblent unanimes en ce qui concerne la modernisation de l'hôpital public : « c'est pour faire du chiffre ! ». Au-delà des critiques exprimées à demi-teinte en présence de la cadre supérieure de santé, la plupart des membres du service s'accordent sur le fait qu' « ici, on sait faire notre boulot ». Derrière cette revendication se dessinent déjà les contours d'une problématique commune que l'on retrouvera par la suite dans l'investigation des deux autres sites enquêtés.

Les services de réanimation médicale et chirurgicale de l' « hôpital pont-sud »¹¹¹

Situés à proximité de l'entrée des urgences de l' « hôpital du pont-sud », qui accueille en moyenne 75 000 patients à l'année en MCO, les services de réanimation médicale et chirurgicale enquêtés présentent une configuration analogue au service de l' « hôpital du plateau ». Ils sont dotés d'une capacité d'accueil comprenant, respectivement 21 et 23 lits. Le travail en « 12 heures » fait l'unanimité malgré la plainte régulière de certains personnels, en raison de la charge de travail que cette modalité implique. Départagés en trois unités — dont l'une en réanimation médicale, comprend une chambre « spéciale » dédiée à l'isolement des « contaminés »¹¹² —, ces deux services présentent cependant des « physiologies sociales »¹¹³ sensiblement différentes.

La réanimation médicale se caractérise en premier lieu par une division verticale du travail marquée par la prédominance de Monsieur J., chef de service tantôt estimé et tantôt redouté des équipes soignantes. Aussi le respect des règles de subordination est-il particulièrement affirmé dans le service. D'abord vis-à-vis des équipes médicales qui entretiennent une éthique « clinique », impliquant pour les soignants un certain mutisme, voire un refoulement des tâches qu'ils estiment « relationnelles ». En cause également, le droit de visite limité de 14 heures à 17 heures qui alourdit considérablement la charge de travail relationnel des soignants : « [les familles] sont tout le temps dans nos pattes ». Ensuite, au regard de l'équipe d'encadrement dont les ambitions semblent bien éloignées des leurs.

¹¹¹ Nom d'emprunt.

¹¹² L'expression est empruntée aux soignants.

¹¹³ Dans l'héritage de Durkheim, Marcel Mauss précise à ce sujet qu' : « En fait, il n'y a dans une société que deux choses : le groupe qui la forme, d'ordinaire sur un sol déterminé, d'une part ; les représentations et les mouvements de ce groupe, d'autre part [...]. Au premier phénomène, le groupe et les choses, correspond la morphologie, étude des structures matérielles ; au deuxième phénomène correspond la physiologie sociale, c'est-à-dire l'étude de ces structures en mouvement, c'est-à-dire leurs fonctions et le fonctionnement de ces fonctions » : Mauss M., « Divisions et proportions des divisions de la sociologie », 1969 (1927), *Œuvres*, t. III, p. 205.

Palpable entre les équipes médicales et paramédicales, la tension l'est donc aussi au regard de Madame R., cadre de santé affectée dans le service « contre son gré ». Si ces tensions semblent résider principalement dans le comportement de « petit chef » de Madame R. (présentée comme telle par les soignants), elles paraissent surtout alimentées par les projets initiés par cette dernière. La mise en œuvre de projets d' « autoévaluation », de « jeux de piste de la qualité » ou d'implication dans des initiatives collectives « en dehors des heures de travail » est largement critiquée par les soignants de ce service. Les tensions sont telles que, lors de mon arrivée dans le service, nombreux sont les personnels paramédicaux qui envisagent de convoquer les syndicats de l'établissement vis-à-vis desquels ils émettent pourtant une certaine réserve. Plus largement, les plaintes exprimées par les soignants sont associées pour la plupart d'entre eux à un manque d' « esprit d'équipe », alors qu'il s'agit là de l'un des objectifs principaux de Madame R.

L' « esprit d'équipe » est justement ce qui caractérise le service de réanimation chirurgicale de ce même établissement, pourtant situé à quelques pas du service de réanimation médicale. Fonctionnant également en 12 heures, ce service laisse entrevoir une forte cohésion entre les personnels médicaux et les personnels paramédicaux. Plus encore que dans le cas de la réanimation chirurgicale de l' « hôpital du plateau », les interactions entre ces deux catégories d'acteurs sont placées sous le signe de la confiance et de la valorisation mutuelles. Les soignants bénéficient d'une large autonomie et expriment un sentiment de responsabilité. Du côté de l'équipe médicale, ce partage des tâches parfois informel permet d'alléger quelque peu la charge de travail : « ils [les soignants] savent ce qu'ils font, ça nous permet de nous concentrer sur l'essentiel ». D'ailleurs, ni l'équipe médicale ni les personnels paramédicaux ne semblent se plaindre des contraintes externes comme c'est le cas pour le service de réanimation médicale. L'absence de cadre de santé titulaire, remplacée provisoirement par Nadine¹¹⁴, faisant-fonction de cadre de santé, semble en être la cause. En effet, Nadine suit en parallèle une formation préparatoire au concours d'entrée en institut de formation des cadres de santé (IFCS). Et lorsqu'elle est présente dans les services, son statut de faisant-fonction offre certaines libertés aux soignants. Qui plus est, Nadine est infirmière dans le service avant d'être faisant-fonction de cadre de santé. Les soignants ne manquent donc pas de lui rappeler ce qui, selon eux, est indispensable au « bon fonctionnement » du service.

¹¹⁴ Nadine, 42 ans, est faisant-fonction lors de l'enquête. Au moment de l'entretien, un an plus tard, elle est cadre de santé diplômée d'État, réaffectée dans le même service à la suite de l'obtention de son diplôme.

Par ailleurs, ils insistent sur l'ouverture des services aux publics, perspective avec laquelle Nadine est en accord. L'équipe médicale l'est également, invitant les personnels paramédicaux à prendre des initiatives en faveur de ce militantisme éthique. Point central des inquiétudes exprimées par les soignants au moment de l'observation, celui de l'affectation d'un nouveau cadre de santé, Monsieur G., extérieur au service¹¹⁵. Somme toute, ce troisième terrain d'enquête se distingue de la réanimation médicale voisine par la cohésion entre les membres du service, mais aussi par l'autonomie dont ils disposent quant à la définition de leurs frontières professionnelles.

Des espaces « en rupture »

Au-delà de leurs différences, ces services ont en commun d'être organisés « en rupture ». Ils se découpent en trois ensembles hétérogènes : un espace public destiné aux « visiteurs » ; un espace professionnel dédié aux soins, dans lequel les visiteurs peuvent se rendre sur autorisation des soignants ; un espace privé, réservé exclusivement aux personnels. Ces trois services présentent donc une morphologie sociale¹¹⁶ commune, à travers laquelle s'observent les soubassements d'une activité qui paraît moins influencée par l'organisation spatiale que par la nature des interactions qui s'y déploient.

Destiné à l'accueil des « visiteurs », le premier espace se situe à l'entrée des services. Il est composé, notamment : d'un secrétariat central, d'une ou de plusieurs salles d'attente aménagées de banquettes, d'affiches d'information et de prévention, de plantes artificielles, de supports de documentation sur l'établissement, de magazines, et d'un interphone mural. Cet espace comporte également une « salle des familles »¹¹⁷, lieu feutré destiné aux entrevues avec les équipes médicales, qui est située à quelques pas du secrétariat, de la salle d'attente et des couloirs menant aux unités de soin.

¹¹⁵ Monsieur G. a effectivement été affecté en tant que cadre de santé dans le service quelques jours avant mon départ. Bien que cette affectation ait suscité une certaine méfiance, il s'est rapidement intégré au groupe. Cette intégration réside en partie dans le fait qu'il ait lui-même été infirmier en réanimation dans un autre établissement hospitalier avant d'être cadre de santé diplômée d'État.

¹¹⁶ Dans son « Essai sur les variations saisonnières des sociétés Eskimos », Marcel Mauss définit la morphologie sociale comme « la science qui étudie, non seulement pour le décrire, mais aussi pour l'expliquer, le substrat matériel des sociétés, c'est-à-dire la forme qu'elles affectent en s'établissant sur le sol, le volume et la densité de la population, la manière dont elle est distribuée ainsi que l'ensemble des choses qui servent de siège à la vie collective » : Mauss M., 2002 (1906), « Essai sur les variations saisonnières des sociétés Eskimos », *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », p. 395.

¹¹⁷ Que les soignants appellent communément « salle des pleurs » en raison des annonces qui y sont faites par les équipes médicales.

Celles-ci constituent le deuxième espace de la réanimation. Lieu de rencontre et d'échange entre les personnels, les malades et les familles, elles n'en demeurent pas moins « réservées ». L'accès n'y est possible que sur autorisation des personnels contactés au moyen d'un interphone accolé aux doubles portes automatisées qui conduisent aux chambres des malades. Assez spacieuses pour accueillir des appareils médicaux imposants — ventilation mécanique, hémodialyse, etc. — et pour la manipulation des lits médicalisés, les chambres individuelles sont aménagées d'une table de soin amovible et d'une paillasse de travail avec évier, de placards comprenant le matériel de soin, d'un panneau mural où sont affichés les bilans et les prescriptions médicales et des dispositifs de monitoring destinés à la surveillance des constantes vitales. Elles comportent aussi une à deux chaises pour les « visiteurs », que les soignants empruntent parfois pour se reposer, un téléviseur éteint la plupart du temps, ainsi qu'une table de chevet sur laquelle peuvent être disposés les effets personnels des malades.

Contrairement à l'accueil central, le troisième espace est exclusivement réservé aux personnels. Parfois situé dans un couloir annexe, il comprend : une salle de pause¹¹⁸ composée d'un coin repas, d'un panneau d'affichage regroupant aussi bien des protocoles et des offres de formation que des actes de naissance ou des mots adressés par les familles, d'un interphone mural, d'écrans de surveillance reliés aux chambres des patients ; une salle de stockage des appareils médicaux — respirateurs artificiels, seringues autopoussées (SAP), appareils d'hémodialyse, etc. ; un local où sont entreposés les « consommables » hospitaliers, médicaments, linges, cathéters, bandes de contention, etc. ; des bureaux réservés aux médecins ; une chambre « de garde » pour les internes ; une salle de réunion régulièrement occupée par les équipes médicales et d'encadrement ; une salle d' « hygiène biomédicale » dans laquelle sont nettoyés les appareils médicaux ; et un local à poubelles situé à l'écart des visiteurs. Exigü par endroit, ces espaces marquent concrètement la rupture entre les initiés et les profanes. Il n'est d'ailleurs pas rare que les « visiteurs » se perdent dans ces couloirs dérobés, demandant alors leur route aux soignants. Et c'est justement parce que ces espaces sont « réservés » que les personnels les emploient lors des transports des corps « au funérarium »¹¹⁹, empruntant les ascenseurs des « personnels » situés à l'extrémité des couloirs.

¹¹⁸ Les unités de soin du service de réanimation chirurgicale de l' « hôpital du plateau » leur propre salle de pause contrairement aux services de l' « hôpital pont-sud » disposant d'une salle commune.

¹¹⁹ Bien qu'il s'agisse de la morgue de l'hôpital, je reprendrais ici les termes des soignants.

En somme, la division de l'espace des services de réanimation nous éclaire un peu plus sur les conduites qui commandent aux professionnels et aux visiteurs. Comme l'écrit Michel Foucault à ce propos :

«L'architecture (...) constitue uniquement un élément de soutien, qui assure une certaine distribution des gens dans l'espace, une canalisation de leur circulation, ainsi que la codification des rapports qu'ils entretiennent entre eux. L'architecture ne constitue donc pas seulement un élément de l'espace : elle est précisément pensée comme inscrite dans un champ de rapports sociaux, au sein duquel elle introduit un certain nombre d'effets spécifiques »¹²⁰.

Négociation de l'entrée et posture ambivalente du chercheur

Valable pour les personnels, les malades et leurs familles, cette séparation des espaces l'est également en ce qui concerne l'entrée, la posture et l'implication du chercheur en « terrain difficile »¹²¹. Aussi convient-il de revenir sur les conditions d'investigation, fragiles à certains moments, qui m'ont conduit dans ces services.

La négociation de l'entrée comme indicateur de santé des services de réanimation

Cette enquête ethnographique est d'abord le fruit d'un long et hasardeux¹²² processus de négociation d'entrée à l'hôpital, et plus encore, en réanimation. D'abord en raison des règles formelles qui ont trait à l' « intrusion » d'une tierce personne dans les coulisses de l'hôpital¹²³. L'entrée dans les services a été précédée d'une phase de négociation du projet de recherche, des conditions et de la durée d'observation. À l'issue de deux rendez-vous téléphoniques et d'une présentation du « projet de stage » auprès des équipes d'encadrement (coordination des soins, cadre supérieure de santé, cadres d'unités)¹²⁴, il a été convenu d'un stage de huit semaines à temps plein¹²⁵ en tant « qu'observateur non participant »¹²⁶.

¹²⁰ Foucault M., 1994, « Espace, savoir et pouvoir », *Dits et écrits*, Tome IV, Paris, Gallimard, p. 282-283.

¹²¹ Beaud S., Weber F., 2010 (1997), *op. cit.* p. 39-40.

¹²² À l'origine, les observations devaient être conduites dans des services de réanimation, de gériatrie et d'oncologie. Ce n'est qu'après mon entrée en réanimation que cette thèse s'est centrée exclusivement sur ces services.

¹²³ Peneff J., 1992, *op. cit.*, p. 244-247.

¹²⁴ Les matériaux ont été recueillis à l'issue de ces rencontres et sont traités dans la partie III de cette thèse.

¹²⁵ En moyenne, 40 heures par semaine.

¹²⁶ Ma position lors de mon premier terrain était néanmoins ambiguë. J'ai été présenté comme « sociologue stagiaire brancardier ». Il était précisé, sur la convention de stage, que j'accompagnerai les brancardiers durant

Outre les procédures relatives à la réalisation du « stage d'observation auprès des équipes soignantes »¹²⁷, la négociation s'est centrée sur la justification du rôle d'enquêteur auprès des équipes de direction et d'encadrement. L'enjeu explicité par les membres de la direction consistait alors à identifier les tensions générées par les changements organisationnels portés depuis l'extérieur des services : « j'espère que vous allez identifier des problématiques » (Madame N., Coordinatrice générale des soins, « hôpital du plateau »). Cette demande d'analyse sociologique des problématiques locales constituait le premier indicateur des clivages observables au sein des services, mais aussi des capacités d'ajustement et de résistances portées à l'intérieur des services.

Ensuite, compte tenu de la méfiance exprimée par les personnels médicaux et paramédicaux de ces espaces habituellement fermés au public : « vous venez voir quoi au juste ? ». L'entrée dans les services par le biais des personnels d'encadrement et de direction m'a permis d'identifier rapidement les tensions à l'œuvre entre ces deux catégories d'acteurs. Pour les équipes médicales, la présence d'une tierce personne, qui plus est un sociologue, a été accueillie avec une certaine ambivalence. Pour les personnels médicaux les plus enclins au militantisme éthique, ma présence a été perçue comme un moyen d'alimenter et d'ouvrir le champ des questions éthiques en matière d'accueil et d'accompagnement des familles, projet déjà en cours dans les services de réanimation chirurgicale enquêtés. Pour les autres, elle s'est traduite comme une stratégie de contrôle et d'optimisation organisationnelle commandée par les équipes de direction. C'est dans cette deuxième perspective que l'enquête a été accueillie par les personnels paramédicaux. Bien qu'ayant été présenté dans les unités par les équipes d'encadrement en qualité de « doctorant en sociologie »¹²⁸, j'ai d'abord été associé par les soignants au rôle des « auditeurs » et des « experts » qu'ils rencontrent parfois dans les services¹²⁹.

Aussi problématique soit-elle pour intégrer les groupes indigènes, cette posture de « sociologue-consultant »¹³⁰ se révèle pourtant utile dans l'examen des attitudes soignantes adoptées à l'endroit des acteurs de la modernisation. En effet, la méfiance exprimée à leur sujet permet de mettre au jour les stratégies d'ajustement et de simulation en leur présence¹³¹.

les huit semaines de stage à l' « hôpital du plateau », mon premier terrain d'enquête. Cette posture s'est vite retrouvée compromise, ayant été invité par les soignants à participer aux tâches quotidiennes des services.

¹²⁷ Termes employés dans la convention de stage.

¹²⁸ Selon les termes employés dans la convention de stage.

¹²⁹ Comme ce fut le cas, quelques jours précédant mon entrée dans le service de réanimation chirurgicale de l' « hôpital du plateau ».

¹³⁰ Terme que j'ai pu entendre à plusieurs reprises au début de l'enquête.

¹³¹ Voir le chapitre 4.

Plus encore, elle témoigne de leur aversion pour les procédures d'évaluation et de contrôle de leur activité, dont l'enjeu consiste pourtant en l'amélioration de la qualité des soins. Par conséquent, ce n'est qu'au moyen de mon engagement dans les soins — et dans les rhétoriques soignantes — et sous réserve du respect des règles d'anonymat et du secret médical qu'il m'a été possible d'enquêter en milieu fermé.

Dans les services de réanimation : initiation, conversion, objectivation

Franchir les portes des unités de réanimation c'est entrer dans des services d'incertitude régis par un ensemble de règles formalisées et de contingences propres au milieu hospitalier. Mais c'est aussi, voire surtout, pénétrer dans des espaces commandés par des règles implicites qui tiennent à certains impératifs symboliques. En entrant dans les services, le sociologue est avant tout un profane sensible aux « détails » qui façonnent les unités et leur système culturel : le temps y est particulier, au même titre que l'absence de bruit régulièrement interrompue par les alarmes des moniteurs de surveillances ou que la présence d'un important dispositif médical autour des malades. Ainsi les services de réanimation sont-ils :

« toujours par définition un lieu de transition bien distinct de l'environnement quotidien et régi par d'autres lois. Les patients et leurs familles y font l'expérience d'un dépaysement comparable à la désorientation que nécessite symboliquement toute initiation dans les sociétés traditionnelles »¹³².

Il en est de même pour le chercheur qui ne peut faire l'économie de l'implication ethnographique¹³³ au risque d'être écarté, voire exclu du groupe étudié. C'est ainsi que ma présence au sein des équipes, suscitant d'abord une certaine méfiance de la part des soignants, a progressivement été acceptée, force d'implication et d'engagement au quotidien. J'ai été amené à participer aux soins d'hygiène et de confort, à mobiliser les patients « techniqués », « intubés », « ventilés », « trachéotomisés », « curarisés », etc., à la réfection des « chariots », à l'entretien de l'environnement, aux transports hospitaliers, etc.

¹³² Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 81.

¹³³ Dans le double sens de l'engagement dans la situation observée et dans l'identification des effets induits par cette implication. Voir à ce sujet le numéro thématique de la revue *Genèses* : « Implications ethnographiques », *Genèses*, 2013/1, n° 90.

Mais c'est surtout le transport de mon « premier client »¹³⁴ au funérarium, le lendemain de mon arrivée à l' « hôpital du plateau », qui m'a permis d'accéder plus directement aux situations soignantes. Après une première journée d'observation en retrait des équipes, j'ai en effet été impliqué dans leur quotidien par la manipulation et le transport d'un malade décédé la nuit précédente.

Derrière ce qui ressemble de toute évidence au « test »¹³⁵ du nouvel entrant se révèle déjà l'un des mécanismes de sélection à l'entrée ordinairement employés par les soignants. La capacité du profane à « composer » avec la mort et les affects fait même penser aux rites de passage¹³⁶ admis à l'endroit des sociétés traditionnelles¹³⁷, mettant en lumière le versant anthropologique de la socialisation des pairs en réanimation. En cela, elle représente l'une des conditions d'entrée « en terrain miné »¹³⁸.

L'implication ethnographique permet également de faire partie du terrain, « soit de son propre fait — parce qu'il a choisi d'étudier son propre milieu de vie — soit du fait de l'intégration, instantanée ou progressive, délibérée ou non, de la logique de la recherche à d'autres logiques sociales, portées par les enquêtés »¹³⁹. Outre l'initiation et la conversion qui en découlent et qui offrent un accès des plus directs aux pratiques et aux représentations des enquêtés, l'implication m'a permis d'explorer et de diversifier les situations ethnographiques. Dans cette perspective, j'ai accompagné les soignants dans leur quotidien, selon des horaires variables¹⁴⁰ et des situations diverses, lors de soins d'hygiène et de confort ou de soins techniques tels que la pose d'un cathéter artériel ou d'une trachéotomie et en des endroits multiples, à l'IRM¹⁴¹, aux urgences, au funérarium, etc. Par ailleurs, j'ai réalisé des observations en semaine, y compris les samedis et les dimanches, afin d'identifier tout changement de conduite en dehors de la présence des cadres de santé¹⁴². Enfin, j'ai été amené à réaliser des tâches « simples »¹⁴³, indépendamment des soignants, me permettant d'interagir avec les autres catégories d'acteurs au sein des unités, mais aussi avec les membres des autres

¹³⁴ C'est en ces termes que l'un des brancardiers « de nuit » m'a informé, lors de ma prise de poste à 6 h 30, du décès d'un patient à l' « hôpital du plateau ».

¹³⁵ Comme j'ai pu l'entendre peu de temps après au sujet de stagiaires infirmiers et aides-soignantes.

¹³⁶ Van Gennep A., 1981 (1909), *Les rites de passage*, Paris, Picard.

¹³⁷ À l'instar des rites d'*imbi mubu* ou de *jaycha bowo* qui sanctionnent le passage à l' « âge adulte » chez les Indiens Guayaki : Clastres P., 1972, *Chronique des Indiens Guayaki. Ce que savent les Aché*, Paris, Plon.

¹³⁸ Albera D., 2001, « Terrains minés », *Ethnologie française*, vol. 31, n° 1, p. 5-13.

¹³⁹ Lignier W., « Implications ethnographiques », *Genèses*, vol. 90, n° 1, 2013, p. 2.

¹⁴⁰ Notamment des horaires de « jour », compris entre 6 h 30 et 21 h 30 selon les services.

¹⁴¹ Imagerie par résonance magnétique.

¹⁴² Voir à ce sujet le chapitre 4.

¹⁴³ Notamment de brancardage, de transport de matériaux et consommables médicaux, de réfection des « chariots », etc., en somme, de tâches qui ne nécessitent *a priori* pas la présence des soignants et leur permet d'alléger leur charge de travail.

services (chirurgie, microbiologie, pharmacie, département des urgences, accueil central) amenant des matériaux complémentaires « exotiques » utiles à l'analyse des soins de réanimation.

Ce dernier point invite d'ailleurs à tenir compte de mon implication ethnographique et des conditions d'objectivation et de traitement des matériaux recueillis sur sites. Aussi cette implication, lorsqu'elle est reconnue, représente « une manière, sans doute la plus directe, de critiquer la rhétorique positiviste du “biais” d'enquête. Il s'agit à ce titre de montrer, à partir de recherches où les effets induits par les propriétés et les activités spécifiques du chercheur paraissent de toute façon indépassables (puisqu'en quelque sorte, ils “font” le terrain), que la prise en compte réflexive de ces effets est une option bien plus tenable et rentable méthodologiquement que le projet impossible consistant à vouloir les neutraliser »¹⁴⁴. À cet effet, j'ai régulièrement confronté mon « point de vue personnel »¹⁴⁵ à celui des soignants pour identifier les propriétés sociales du groupe, leurs représentations et les mécanismes sous-jacents de leur formation « de terrain ». Il a donc été question, non pas de refouler les affects, mais au contraire, d'être « affecté »¹⁴⁶ par les situations afin de mettre en lumière certains « aspects d'une opacité essentielle du sujet à lui-même »¹⁴⁷. Je n'ai pas cherché à cacher mes appréhensions ni mon aversion lors de la manipulation des cadavres, de la réfection de pansements sur les plaies infectées ou du change des « couches »¹⁴⁸ des malades. J'ai essayé d'exploiter ces affects et d'en comprendre l'origine pour analyser plus clairement les attitudes et les attentes normatives des soignants.

En laissant parler les affects, j'ai donc essayé de les transformer en ressource d'enquête. Car, comme l'indique Marie-Christine Pouchelle en reprenant à son compte les propos de Marcel Mauss : « le premier outil de l'anthropologue c'est sa personne »¹⁴⁹. Aussi le choix de l'enquête ethnographique repose-t-il sur l'enjeu que représente concrètement l'implication du chercheur sur son terrain : il réside dans la captation directe des situations, au plus proche de la réalité sociale « en rapprochant le lointain, en rendant familier l'étranger »¹⁵⁰.

¹⁴⁴ Lignier W., 2013, *art. cit.*, p. 2.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 3.

¹⁴⁶ Favret-Saada J., « Être affecté », *Gradhiva*, n° 8, 1990.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 9.

¹⁴⁸ Si le terme est couramment employé par les soignants, il ne s'agit pas à proprement parler de « couches », mais d'un épais morceau de coton absorbant (« pansement américain ») disposé à même le drap.

¹⁴⁹ Pouchelle M.-C., « Situations ethnographiques à l'hôpital. “Elle vient voir si on a un os dans le nez...” ». *Recherche en soins infirmiers*, vol. 103, n° 4, 2010, p. 4-19.

¹⁵⁰ Beaud S., Weber F., 2010 (1997), *op. cit.*, 7.

Trois terrains, une problématique commune

La démarche d'enquête de cette recherche peut être qualifiée de « multi-site » ou, dans la perspective de Nicolas Dodier et Isabelle Baszanger, de « combinatoire »¹⁵¹. Elle n'est pas fixée sur un seul terrain, mais repose sur un matériau ethnographique accumulé sur plusieurs sites. L'enjeu consiste « à partir de l'observation de nouvelles scènes, à élargir le spectre des compétences, les dispositifs et les formes d'activité explorées par les enquêtes antérieures. Le discours caractéristique du possible que l'on trouve dans ces travaux résulte de la prise en compte de deux propriétés simultanées de l'action : les personnes sont face à des contraintes situationnelles ; elles ont toujours la possibilité d'aller puiser en elles des compétences qui leur permettent d'y faire face par des initiatives, et notamment par des opérations de redéfinition des situations »¹⁵². Et c'est bien dans cette perspective que se confirme, à travers l'examen des pratiques soignantes de trois services de réanimation adulte, une problématique commune : partant de l'ambivalence des soins en réanimation, partagés entre l'héritage clinique qui structure l'activité, l'incertitude médicale qui en découle et en appelle à des conduites rituelles, et la montée d'injonctions au professionnalisme portées à l'extérieur des services, il s'agit finalement d'interroger les conditions qui précèdent à leur réalisation et les représentations qui œuvrent à leur application.

Les matériaux recueillis à travers ces terrains ne feront pas l'objet d'une description ethnographique narrative¹⁵³. Ils seront analysés conjointement en vue d'examiner chacun des éléments combinatoires qui contribuent à la fabrique des soins de réanimation. Ils seront entendus comme autant de :

«ressources [qui] ne contribuent pas, comme dans l'ethnographie intégrative, à "absorber" les personnes, pour reprendre la notion de Piette¹⁵⁴. Ces ressources sont trop hétérogènes, et même contradictoires entre elles, pour cela. Avec l'ethnographie combinatoire, la cohérence des ressources est perdue, mais non l'existence d'un ensemble partagé de dispositions dans l'appréhension du monde. Cet ensemble se

¹⁵¹ Dodier N., Baszanger I., « Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique », *Revue française de sociologie*, 1997, 38-1.

¹⁵² *Ibid.*, p. 57.

¹⁵³ Laplantine F., 2006 (1996), *La description ethnographique*, Paris, Armand Colin, Coll. « 128 Sciences sociales », p. 34-36.

¹⁵⁴ Piette A., 1996, *Ethnographie de l'action. L'observation des détails*, Paris, Métailié.

présente comme fonds commun de possibles actualisables. Ce fonds a une origine et des contours, qui varient selon les formes d'activité étudiées et les cadres théoriques »¹⁵⁵.

Les résultats de cette investigation en réanimation, espace d'incertitudes et de vulnérabilités à la fois sociologiques et anthropologiques, seront présentés en trois temps. La première partie de ma thèse montrera dans quelle mesure la réanimation s'est dotée de frontières professionnelles relativement stables (chapitre 1) et en quoi les soignants de « réa » profitent de la fermeture du marché du travail¹⁵⁶ pour se coordonner en tant que segment professionnel¹⁵⁷ « hybride » (chapitre 2). Dans la deuxième partie, je mettrai en discussion les reconfigurations du travail soignant convoquées dans le cadre de la « nouvelle gouvernance hospitalière » (chapitre 3) et les réactions soignantes face à la transformation de leurs savoirs, savoir-faire et représentations du travail en réanimation (chapitre 4). Enfin, la troisième partie aura pour objectif d'interroger l'héritage clinique et l'ajustement normatif au prisme de l'incertitude médicale (chapitre 5) et du travail « sur l'homme »¹⁵⁸ (chapitre 6).

¹⁵⁵ Dodier N., Baszanger I., 1997, *art. cit.*, p. 54.

¹⁵⁶ Paradeise C., « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, Vol. 20, n° 2, 1988, p. 9-21.

¹⁵⁷ Bucher R., Strauss A., « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, 1961, 66 (4), pp. 325-334. Traduit sous le titre « La dynamique des professions », in : Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie quantitative et interactionniste*, textes réunis et présentés par Isabelle Bazsanger. Paris, L'Harmattan, p. 67-87.

¹⁵⁸ Goffman E., 1968, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les Éditions de minuit, p. 123.

PARTIE I

SOIGNANTS EN RÉANIMATION : DE L'HÉRITAGE CLINIQUE À L'HYBRIDATION DU SEGMENT

Parfois confondue avec les services de soins de suite et de réadaptations (SSR) ou les unités de soins intensifs (USI), la réanimation reste encore largement méconnue du grand public. En témoigne l'expérience des familles¹⁵⁹ à travers laquelle oscille « le temps du fatalisme, celui de l'espoir puis celui de la déconstruction de l'espoir »¹⁶⁰. Mélange d'appréhension, de stupeur, d'espoir et d'incompréhension, cette expérience se forge à l'aune de l'incertitude inhérente à l'activité médicale¹⁶¹ et du contexte particulier dans lequel s'opère la prise en charge des malades.

Espaces « fermés » et parfois anxiogènes pour les familles, la réanimation constitue cependant un espace « protégé » pour la plupart de ses acteurs. En effet, les membres des services ne manquent pas de rappeler leur position « privilégiée » au sein de l'hôpital, malgré l'intensité de la prise en charge des malades « techniques ». En comparaison des « services traditionnels »¹⁶², ils s'estiment ainsi plutôt bien « lotis », en termes d'effectifs, de matériaux et consommables médicaux et hospitaliers, de rythmes de travail, etc., mais également en matière d'organisation de leur activité. Considérée comme acquise en raison du travail sur la vie et sa préservation, la délimitation des frontières professionnelles en réanimation résulte cependant d'une longue entreprise d'autonomisation des services menée par les fondateurs de la spécialité. Le premier chapitre décrira le processus par lequel ces derniers ont œuvré à la délimitation de frontières professionnelles relativement stables, à la fois en tant que services hospitaliers et qu'activité médicale. Je montrerai que les membres de la spécialité s'appuient encore aujourd'hui sur une « éthique de l'audace »¹⁶³ transmise en héritage et convoquée dans le maintien des frontières matérielles et symboliques de la réanimation (chapitre 1).

Cette perspective permettra d'examiner les contours du collectif « soignant » de réanimation appréhendé sous les traits d'un « segment professionnel hybride ». Car, s'ils restent subordonnés à l'autorité médicale, les soignants de réanimation n'en présentent pas moins certaines des caractéristiques associées aux professions établies. Bénéficiant du prestige relatif à la spécialité, ils œuvrent en effet à la fermeture de leur marché du travail¹⁶⁴ par des mécanismes de sélection à l'entrée, de socialisation des nouveaux entrants ainsi que par le contrôle interne des membres du segment. Ce faisant, ils revendiquent le monopole

¹⁵⁹ Legrand É., « Quand la réanimation échoue : l'expérience des familles », *Sciences sociales et santé*, 2010/1 Vol. 28.

¹⁶⁰ *Ibid.*, p. 48

¹⁶¹ Fox R., 1988, *op. cit.*

¹⁶² L'expression est empruntée aux soignants.

¹⁶³ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 198.

¹⁶⁴ Paradeise C., 1988, *art. cit.*

d'un travail d'articulation des soins « techniques » et des soins « relationnels » qui, dans un cadre pourtant largement dominé par le raisonnement clinique, leur permet de se maintenir dans la définition de « ce qui fait » le travail (chapitre 2).

Chapitre 1

L'audace en héritage

Médecine d'urgence et de « sauvetage »¹⁶⁵, la réanimation est considérée à bien des égards comme une spécialité à part dans le milieu hospitalier. Les services sont connus en effet, non seulement pour leur environnement particulièrement technique, mais aussi en raison de l'état, le plus souvent critique, des patients qu'ils accueillent. Cette configuration du travail, caractérisée par le primat de la technique et par l'intensité de la prise en charge, s'inscrit dans la filiation directe des principes établis par les « pionniers » de la réanimation. Elle trouve ses appuis dans l'entreprise d'autonomisation menée par ces derniers, dessinant les contours d'une médecine « à part » dont l'objet n'est autre que la détresse vitale, soit, une médecine tournée vers l'incertitude.

Ce chapitre propose de revenir sur l'essor de la réanimation médicale, appréhendée ici comme un ensemble de représentations et de pratiques fondées sur un imaginaire professionnel¹⁶⁶ de l'urgence et de l'improvisation. L'examen des conditions d'émergence de la réanimation montre que les logiques professionnelles de ses acteurs reposent en premier lieu sur la définition d'un nouveau paradigme médical, fondé sur un rapport renouvelé au corps, à la maladie et à la mort. Il met au jour le travail de définition de « l'objet du travail médical »¹⁶⁷ en réanimation, produit de la rencontre de la médecine clinique et de la physiologie expérimentale de Claude Bernard (*section 1*). Rendue possible au prix d'efforts et de sacrifices, au sens propre comme au sens figuré, la naissance de la réanimation consacre l'émergence d'une médecine de « combat », d'« aventure », de « l'inconnu ». Elle est portée par une « éthique de l'audace »¹⁶⁸ qui définit encore aujourd'hui les contours de la spécialité et les pratiques de ses acteurs, parfois à leur corps défendant (*section 2*).

¹⁶⁵ Paillet A., 2007, *op. cit.* p. 163-174.

¹⁶⁶ Charrier P., 2004, *Sociologie des imaginaires professionnels. Le cas des cheminots*, Paris : Ed. Zagros, Coll. Sociologies.

¹⁶⁷ Hardy A.-C., 2013, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Paris, Editions de l'EHESP.

¹⁶⁸ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 198.

Section 1. Un nouveau paradigme médical

Née de la rencontre entre la clinique et la physiologie expérimentale au cours du XIX^e siècle, la réanimation trouve ses origines dans le laboratoire de Claude Bernard, père fondateur de la médecine expérimentale française. Les quelques indications inscrites dans son désormais célèbre *Cahier rouge*¹⁶⁹, invitaient à repenser la conception admise jusqu'alors de la vie et de la mort, à l'aune de principes visant à « rappeler à la vie »¹⁷⁰. Ils seront l'objet d'une application concrète lors de l'épidémie de poliomyélite de Copenhague, en 1952, marquant durablement l'« esprit de la réanimation ». Ainsi les travaux de Claude Bernard et l'épidémie de Copenhague conduisent-ils, en 1954, à la naissance de la réanimation médicale. Celle-ci sera alors définie par Jean Hamburger comme un « nouveau paradigme médical », et organisée par Pierre Mollaret en tant que service hospitalier.

1. De la clinique à la médecine expérimentale : genèse d'un paradigme médical

La réanimation s'inscrit dans le prolongement de la *naissance de la clinique*¹⁷¹. Elle est le produit de l'évolution du regard sur le malade et la maladie et de l'investigation des corps réalisée lors des autopsies. Elle repose à ce titre sur les principes de la médecine anatomoclinique de l'« école de Paris »¹⁷², ainsi que sur la méthode expérimentale de Claude Bernard¹⁷³, faisant du corps l'espace de la maladie et le lieu du travail médical. C'est à partir de l'articulation de ces deux perspectives qu'elle apparaît comme un nouveau paradigme médical, fondé sur une conception renouvelée du corps où « se dessine l'horizon de la maîtrise des mécanismes de la vie par la médecine »¹⁷⁴.

¹⁶⁹ Georges Canguilhem précise à ce sujet que « le Cahier rouge, publié en 1942 par le Dr Delhoume, [...] représentait environ la cinquième partie du Cahier de notes, à couverture rouge, tenu par Claude Bernard durant les dix années les plus fécondes de sa carrière de chercheur » : Canguilhem G., « Claude Bernard, Cahier de notes (1850-1860), présenté et commenté par M. D. Grmek, avec une préface de Robert Courrier », *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, 1966, t. 19, n° 4, p. 405.

¹⁷⁰ Bernard C., 1878, *La Science expérimentale*, Paris, Librairie J.-B. Baillière & Fils, p. 304.

¹⁷¹ Foucault M., 1963, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France.

¹⁷² Adam P., Herzlich C., 2009 (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin, p. 29.

¹⁷³ Bernard C., 1867, *Principes de médecine expérimentale*, Paris, Émile Martinet.

¹⁷⁴ Barras V., Panese F., « L'utopie médicale de la réanimation des corps (XIX^e-XXI^e siècles) », *Mouvements*, 2006/3, n° 45-46, p. 37.

1.1. Le regard clinique sur le corps

Ce n'est pas un hasard si les soignants de réanimation portent un « certain regard » sur les corps « techniqués » des malades admis dans les services. Celui-ci tient en premier lieu à l'origine de la réanimation, dont les principes s'enracinent dans la naissance de la clinique. Aussi convient-il d'en rappeler quelques aspects essentiels.

L'hôpital comme une « machine à traiter les malades »¹⁷⁵ s'impose progressivement au cours du XVIII^e siècle au profit de l'Hôpital général assurant jusqu'alors une fonction essentiellement asilaire. Cette évolution résulte de l'émergence de la clinique reposant sur : 1) l'assimilation de la maladie « au résultat de lésions organiques »¹⁷⁶ ; 2) l'observation de la maladie au chevet du malade assurant aux médecins une place de choix dans l'hôpital ; 3) le développement de techniques d'investigation permettant une description précise des maladies. Ce faisant, l'hôpital devient l'espace privilégié de la médecine qui « a besoin de véritables malades, car elle est essentiellement fondée sur l'examen physique réalisé grâce à la palpation et à l'auscultation, sur l'anatomopathologie, sur les statistiques et la notion de lésion »¹⁷⁷. Ces principes assurent l'extension du domaine médical, chargeant le clinicien de :

« démêler le principe et la cause d'une maladie à travers la confusion et l'obscurité des symptômes ; connaître sa nature, ses formes, ses complications ; distinguer au premier coup d'œil tous ses caractères et toutes ses différences ; séparer d'elle au moyen d'une analyse prompte et délicate tout ce qui lui est étranger ; prévoir les événements avantageux et nuisibles qui doivent survenir pendant le cours de sa durée ; gouverner les moments favorables que la nature suscite pour en opérer la solution ; estimer les forces de la vie et l'activité des organes ; augmenter ou diminuer au besoin leur énergie ; déterminer avec précision quand il faut agir et quand il faut attendre ; se décider avec assurance entre plusieurs méthodes de traitement qui offrent toutes des avantages et des inconvénients ; choisir celle dont l'application semble permettre plus de célérité, plus d'agrément, plus de certitude dans le succès ; profiter de l'expérience ; saisir les occasions ; combiner toutes les chances, calculer tous les hasards ; se rendre maître des malades et de leurs affections ; soulager leurs peines ; calmer leurs inquiétudes ; deviner leurs besoins ; supporter leurs caprices ; ménager leur caractère et commander à leur

¹⁷⁵ Foucault M., Barret-Kriegel B., Thalamy A., Beguin F. Fortier B., 1979, *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Payot.

¹⁷⁶ Adam P., Herzlich C., 2009 (1994), *op. cit.*, p. 29.

¹⁷⁷ Carricaburu D., Ménoret M., 2004, *op. cit.*, p. 16.

volonté, non comme un tyran cruel qui règne sur des esclaves, mais comme un père tendre qui veille sur la destinée de ses enfants »¹⁷⁸.

La clinique ne se limite donc pas à la seule extension du domaine médical. Elle pose également les fondements d'un nouveau regard sur le corps, faisant de ce dernier l'objet du discours scientifique. Comme l'écrit Michel Foucault à ce sujet :

« Toute la lumière est passée du côté du mince flambeau de l'œil qui tourne maintenant autour des volumes et dit, dans ce chemin, leur lieu et leur forme. Le discours rationnel s'appuie moins sur la géométrie de la lumière que sur l'épaisseur insistante, indispensable de l'objet : en sa présence obscure, mais préalable à tout savoir se donnent la source, le domaine et la limite de l'expérience [...]. L'*objet* du discours peut aussi bien être un *sujet*, sans que les figures de l'objectivité soient pour autant altérées. C'est cette réorganisation *formelle* et en *profondeur*, plus que l'abandon des théories et des vieux systèmes, qui a ouvert la possibilité d'une *expérience clinique* ; elle a levé le vieil interdit aristotélicien : on pourra enfin tenir sur l'individu un discours à structure scientifique »¹⁷⁹.

Objet du discours, lieu de manifestation de la pratique, le corps devient ainsi le support matériel de la connaissance médicale qui en appelle au regard et au toucher.

« Le coup d'œil est de l'ordre non verbal du *contact*, contact purement idéal sans doute, mais plus *percutant* au fond parce qu'il traverse mieux et va plus loin sous les choses. L'œil clinique se découvre un lien de parenté avec un nouveau sens qui lui prescrit sa norme et sa structure épistémologique ; ce n'est plus l'oreille tendue vers un langage, c'est l'index qui palpe les profondeurs. D'où cette métaphore du *tact* par laquelle sans cesse les médecins vont définir ce qu'est leur coup d'œil »¹⁸⁰.

Le principal changement conduit par l'anatomopathologie et le *tact* comme moyen de « faire parler » le corps, réside dans l'ancrage de la pathologie dans l'espace corporel où la maladie est appréhendée à l'aune d'un « regard de surface ». Mais c'est surtout en se rapprochant de la chirurgie et de l'autopsie que la médecine clinique va inscrire définitivement la maladie dans le corps en y associant l'expérience de la mort comme

¹⁷⁸ Dumas C.-L., *Éloge de Henri Fouquet*, Montpellier, 1807 ; cité par Foucault M., 1963, *op. cit.*, p. 87.

¹⁷⁹ Foucault M., 1963, *op. cit.*, p. X.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 123.

aboutissement de la pathologie : « c'est lorsque la mort s'est intégrée épistémologiquement à l'expérience médicale que la maladie a pu se détacher de la contre nature et prendre corps dans le corps vivant des individus »¹⁸¹. Et si la maladie et la mort « prennent corps » dans le vivant, c'est alors dans cet espace qu'il faut « aller voir » pour en « démêler le principe et la cause »¹⁸². C'est l'entreprise que va mener Claude Bernard, le conduisant à la définition des principes physiologiques précédant l'essor de la réanimation.

1.2. Du regard à l'investigation des corps : la médecine expérimentale

Considéré comme le père de la médecine expérimentale, Claude Bernard entend dépasser l'approche clinique en prolongeant la physiologie expérimentale défendue par François Magendie¹⁸³. La méthode qu'il définit consiste à étudier le corps et la maladie à l'aune de l'expérimentation et non plus seulement du regard clinique. La « découpe des choses » établie par la clinique se double ainsi de l'expérimentation, réalisée en vue d'explorer le corps et la maladie :

« Si je ne fais pas ici de la médecine clinique, je dois néanmoins la sous-entendre et lui assigner la première place dans la médecine expérimentale. Donc, si je concevais un traité de médecine expérimentale, je procéderais en faisant de l'observation des maladies la base invariable de toutes les analyses expérimentales. Je procéderais ensuite symptômes par symptômes dans mes explications, jusqu'à épuisement des lumières qu'on peut obtenir aujourd'hui de la physiologie expérimentale, et de tout cela il résulterait une observation médicale réduite et simplifiée »¹⁸⁴.

La médecine expérimentale définit l'investigation des corps, réalisée par l'expérience et le recueil systématique de faits empiriques, comme une nouvelle modalité de production scientifique des connaissances médicales : c'est en investiguant les corps, en les expérimentant et en les manipulant de leur vivant, que l'on comprend les mécanismes physiologiques à l'œuvre dans le fonctionnement de la vie biologique. Partant de cette méthode d'investigation, Claude Bernard formule le premier énoncé théorique au fondement

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 200.

¹⁸² Dumas C.-L., *op. cit.*

¹⁸³ François Magendie, physiologiste héritier de Pierre-Simon de Laplace, est reçu à l'Académie des Sciences en 1821 avant d'être nommé professeur au Collège de France en 1830. En 1841, Claude Bernard sera interne dans son service avant de devenir son préparateur et successeur.

¹⁸⁴ Bernard C., 1867, *op. cit.* 316-317.

de la réanimation en 1857. Il distingue ce qu'il nomme le « milieu ambiant », extérieur à l'individu, et le « milieu intérieur », milieu organique liquide nécessaire « à la manifestation des propriétés de la matière vivante »¹⁸⁵. Le principe selon lequel les éléments essentiels à la vie se répandent dans le corps par la circulation sanguine, elle-même caractérisée par la constance de sa composition (homéostasie), est mis au jour. Cette perspective ouvre la voie aux travaux sur les déséquilibres qui menacent la vie, et *a fortiori*, sur les conditions du rétablissement de l'homéostasie nécessaire au maintien de la vie.

Le deuxième énoncé préalable de la réanimation est formulé au regard des expériences qu'il mène sur le *curare*, ce « poison des muscles »¹⁸⁶ qui conduit à l'asphyxie. Claude Bernard découvre que le décès ne résulte pas du *curare* lui-même, mais l'asphyxie entraînée par son action paralysante. Il en déduira donc :

« En résumé c'est donc le manque d'oxygène ou l'asphyxie qui amène la mort dans l'empoisonnement par le *curare*. S'il en est ainsi, c'est l'oxygène qu'il faut rendre pour rappeler à la vie et le contrepoison sera simplement la respiration artificielle, c'est-à-dire un *soufflet* qui, remplaçant les mouvements respiratoires éteints, introduira graduellement et avec des précautions convenables de l'air pur dans les poumons »¹⁸⁷.

L'asphyxie provoquée par la paralysie respiratoire n'est plus inéluctable et peut être traitée au moyen de la respiration artificielle permettant le « rappel à la vie ». La respiration artificielle, emblème de la réanimation à venir, soulève donc la possibilité d'agir sur les fonctions vitales défaillantes en vue de rétablir l'équilibre du « milieu intérieur ». Le « rappel à la vie » devenant plus probant, une nouvelle conception de la vie organique se fait jour. Comme l'écrit Claude Bernard, avec une certaine retenue :

« On peut dire alors qu'on tient dans ses mains l'existence de l'individu empoisonné et la vie nous apparaît comme un pur mécanisme dont nous pouvons faire mouvoir les rouages, mais que nous ne pouvons localiser dans aucun d'eux exclusivement ; elle n'est nulle part et se rencontre partout »¹⁸⁸.

¹⁸⁵ Bernard, C., *cité par* Vachon F., « Histoire de la réanimation médicale française : 1954-1975 », *Réanimation*, Vol. 20, n°1, 01/2011, p. 72.

¹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁸⁷ Bernard C., 1878, *op. cit.*, p. 304.

¹⁸⁸ *Ibid.*

La formulation du « milieu intérieur » et l'énoncé du « rappel à la vie » dessinent les contours d'un nouveau paradigme médical : la réanimation. Plus encore, les travaux de Claude Bernard vont poser l'assise théorique d'un renouvellement du rapport à la mort, modifiant durablement le rapport à la vie. C'est du moins sous cet angle que va se dérouler un épisode fondamental dans le développement de la réanimation : l'épidémie de Copenhague de 1952.

2. L'épidémie de poliomyélite de Copenhague : « l'esprit » de la réanimation

La genèse de la réanimation ne se limite pas au renouvellement théorique du rapport au corps, à la vie et aux conditions nécessaires à sa préservation. Elle s'appuie également sur un imaginaire de l'héroïsme qui trouve ses origines dans l'endigement de l'épidémie de poliomyélite de Copenhague. Formulés dans le laboratoire de Claude Bernard, les énoncés du rappel à la vie vont être appliqués dans ce contexte d'urgence et d'incertitude. Cet épisode constitue un temps fort de l'émergence de la réanimation. Non seulement il permet l'identification de pratiques exclusivement associées à la réanimation, mais surtout, il contribue à la formation d'un « esprit »¹⁸⁹ de la réanimation, reposant sur un ensemble de valeurs telles que l'« audace », l'« humanisme » et la « combativité ».

2.1. Une médecine d'urgence et d'improvisation

Concentrée dans la capitale danoise, l'épidémie de poliomyélite de Copenhague survenue en 1952 est d'une ampleur sans précédent. L'hôpital de Blegdam, seule structure de Copenhague à être habilitée pour le traitement de la poliomyélite, reçoit plus de

¹⁸⁹ « L'esprit » est entendu ici au sens de Max Weber : « Si tant est que l'on puisse mettre au jour un objet qui se donne quelque légitimité à l'emploi de cette notion, il ne saurait s'agir que d'un "individu historique", c'est-à-dire d'un complexe de relations qui existent dans la réalité historique et à partir duquel nous forgeons une unité conceptuelle en l'abordant du point de vue de *sa signification pour une culture donnée*. (...) Dans la mesure où il s'applique à un phénomène significatif dans sa *spécificité* individuelle, un tel concept historique ne peut cependant être défini d'après le schéma *genus proximum, differentia specifica* (il ne peut être "isolé") ; il doit être *composé* progressivement à partir de chacun de ses éléments, empruntés à la réalité historique. La saisie conceptuelle définitive ne peut donc intervenir au début de la recherche, mais seulement *à son terme* : ce n'est que dans le cours de l'exposé – et ce sera même là son principal résultat – que l'on découvrira la meilleure formulation – c'est-à-dire la plus adéquate dans la perspective qui nous intéresse – de ce que nous entendons ici par "esprit" du capitalisme » : Weber M., 2002 [1904-1905], *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Traduit de l'allemand par Isabelle Kalinowski, Paris, Flammarion, Coll. Champs classiques, p. 85-86.

2700 patients atteints de poliomyélite en l'espace de cinq mois¹⁹⁰. Parmi eux, 870 sont atteints de paralysies respiratoires et 316 font l'objet d'un traitement lourd, notamment par « poumon d'acier »¹⁹¹. Durant le premier mois de l'épidémie, 31 patients atteints de paralysies respiratoires sont hospitalisés. Malgré l'utilisation du « poumon d'acier », 27 d'entre eux décèdent au cours de l'hospitalisation, dont 19 seulement trois jours après leur entrée dans le service. Le taux de mortalité avoisine 90 % et l'augmentation croissante du nombre d'hospitalisations alarment Henrik Lassen, chef du service des maladies infectieuses de l'hôpital Blegdam qui fait état d'une situation inédite, la comparant à un « état de guerre » :

« During these months we have in fact been in a state of war, and at the beginning we were not nearly adequately equipped to meet an emergency of such vast proportions »¹⁹².

Face à l'urgence logistique et à l'inefficacité des traitements, Henrik Lassen souligne la nécessité d'improviser, réunissant alors Bjørn Ibsen, anesthésiste formé aux États-Unis¹⁹³, et Poul Bjørndhal Astrup, chimiste-physiologiste et chef du laboratoire des maladies infectieuses de Blegdam, lors de l'autopsie de quatre des vingt-sept patients décédés les jours précédents. En écho aux principes de la médecine clinique, l'autopsie est menée dans l'espoir de déterminer précisément la cause du décès. Lors de l'autopsie, Bjørn Ibsen remarque le taux particulièrement élevé de bicarbonate dans le sang de l'un des patients décédés. Il émet alors l'hypothèse que cet excès de bicarbonate n'est lié ni à une alcalose d'origine inconnue ni à la charge virale. Selon lui, le décès est dû à une insuffisance respiratoire (hypoventilation) provoquant une diminution du taux d'oxygène dans le sang (hypoxie) et une augmentation du taux de dioxyde de carbone (hypercapnie) expliquant le taux élevé de bicarbonate dans le sang¹⁹⁴. Dans la tradition expérimentale initiée par Claude Bernard, Ibsen se voit confier un « patient-sujet », une petite fille de 12 ans, afin d'explorer cette hypothèse.

¹⁹⁰ Lassen H., « A preliminary report of the 1952 epidemic of poliomyelitis in Copenhagen, with special reference to the treatment of acute respiratory insufficiency », *The Lancet*, 1953/1, p. 37.

¹⁹¹ Le « poumon d'acier », utilisé pour la première fois aux États-Unis en 1928 dans le traitement des paralysies des muscles respiratoires, est un caisson individuel de ventilation agissant par pression négative. Sa présentation est réalisée pour la première fois dans l'article de P. Drinker et L. A. Shaw : « An Apparatus for the Prolonged Administration of Artificial Respiration », *Journal of Clinical Investigation*, 1929 ; vol. 7 ; n° 2, p. 229-247.

¹⁹² *Ibid.*, p. 37.

¹⁹³ Bjørn Ibsen est formé par Henri K. Beecher, chef du département d'anesthésie au *Massachusetts General Hospital* de Boston de 1949 à 1950, plus connu pour ses travaux dans le champ de l'éthique médicale : Beecher H. K., 1966, « Ethics and Clinical Research », *New England Journal of Medicine*, 274 : 1354-1360.

¹⁹⁴ Ibsen B., « The anæsthetist's viewpoint on the treatment of respiratory complications in poliomyelitis during the epidemic in Copenhagen, 1952 », *Proceeding of Royal Society of Medicine*, 1954 ; 47 : pp. 72-74

S'appuyant sur une hospitalisation réalisée sur un patient curarisé plus tôt en 1952, il préconise la mise en place d'un traitement de ventilation en pression positive par trachéotomie consistant à insuffler l'air directement dans les poumons par le biais d'une canule située au niveau de la trachée. Le récit de cette opération met en lumière l'étendue du « défi » entrepris par Ibsen :

« With enthusiastic encouragement from Professor Lassen, I tried to demonstrate on a patient how sufficient ventilation could be administered without the help of a respirator. A patient in a very bad condition was chosen. She was a 12-year-old girl who had paralysis of all four extremities. She had atelectasis of the left lung and was gasping for air and drowning in her own secretions. Her temperature was 40.2 C. She was cyanotic and sweating.

A tracheotomy was done immediately under local anesthesia, and a cuffed endotracheal tube put in place through the tracheotomy. During this procedure she became unconscious. A to-and-fro absorption system was connected directly to the tube, with good endotracheal suction. Even then, it was impossible to inflate the lungs, partly due to secretions and partly due to bronchospasm. In this desperate situation I gave her 100 mg. Pentothal in the hope that I could stop her struggling. She collapsed, her own respiration stopped and I found that I could now inflate her lungs »¹⁹⁵.

La ventilation manuelle effectuée à l'aide d'un ballon avec canule de CO₂ est un succès. Elle permet en effet de stabiliser la jeune patiente inconsciente. À la suite de l'opération, elle recommence à respirer par elle-même, malgré la persistance de difficultés¹⁹⁶. Son état général s'améliore et elle est remise sous « poumon d'acier », dispositif dont l'efficacité est incertaine. Et pour cause, son état s'aggrave à nouveau, traduisant tous les signes d'hypoventilation liés au traitement de ventilation par pression négative.

Tenant compte des données issues des dispositifs de mesure du taux de dioxyde de carbone dans le sang, Ibsen constate que le traitement par « poumon d'acier » provoque en effet une hypoventilation et une augmentation du taux de dioxyde de carbone dans le sang. Il en conclut que la ventilation manuelle par trachéotomie assurée 24 heures sur 24 reste le moyen le plus efficace dans le traitement des paralysies respiratoires graves. Ce traitement manuel restera à appliquer à l'ensemble des patients atteints de paralysies respiratoires au sein de l'hôpital Blegdam.

¹⁹⁵ *Ibid.*, p. 72.

¹⁹⁶ *Ibid.*

C'est dans ce contexte d'urgence et d'improvisation que naît l' « esprit de la réanimation », caractérisé en partie par l'audace et la persévérance de ses protagonistes. Comme le rappellent les récits des « victoires » sur la maladie, à l'image de la rencontre, soixante ans plus tard, entre la jeune patiente hospitalisée à Blegdam en 1952 et Bjørn Ibsen, la « lutte contre la mort » devient l'objet central de la réanimation :

« Not so long ago Professor Bjørn Ibsen was lauded at a conference here in Denmark. He sat on a chair in the front row when a woman of ~65 years quietly went up to him, kissed him on the cheek and said “Thank you for my life!” »¹⁹⁷.

2.2. Une « immense chaîne de solidarité »¹⁹⁸

L'esprit de la réanimation se double d'une deuxième caractéristique, encore visible aujourd'hui dans les services : la « solidarité »¹⁹⁹ convoquée lors de l'épidémie de Copenhague. Le service des maladies infectieuses de Blegdam ne peut en effet prendre en charge l'ensemble des patients atteints de paralysies respiratoires sans l'implication d'acteurs extérieurs à l'établissement. Face à l'ampleur de l'épidémie, un département de trois étages d'une capacité de 35 lits chacun est aménagé pour accueillir une centaine de patients atteints de paralysies respiratoires aiguës. Un anesthésiste, un chirurgien O.R.L. ainsi qu'un épidémiologiste sont spécialement affectés à ce département, travaillant en collaboration avec le laboratoire d'analyse médicale de l'hôpital. Les patients sont l'objet d'une surveillance continue de la part des équipes médicales et paramédicales. Ils sont également ventilés manuellement 24 heures sur 24 au moyen d'un ballon en caoutchouc avec absorbeur de CO₂ relié à un réservoir d'oxygène. Les traitements sont suivis quotidiennement lors de réunions rassemblant les praticiens du département et des spécialistes — physiologistes, neurologues, cardiologues, etc. — invités à discuter des différents problèmes rencontrés.

¹⁹⁷ West J. B., 2005, « The physiological challenges of the 1952 Copenhagen poliomyelitis epidemic and a renaissance in clinical respiratory physiology », *Journal of Applied Physiology Published*, 1 August 2005 Vol. 99 no. 2, p. 433.

¹⁹⁸ Cazalaà J.-B. *et al.*, (dirs.), 2016, *Anesthésie, analgésie, réanimation, Samu. Notre histoire, de 1945 aux années 2000*. Tome III, « Réanimation », Paris, Éd. Glyphe, p. 30.

¹⁹⁹ Le terme est récurrent dans les articles et les travaux réalisés sur l'épidémie de Copenhague. Néanmoins, on préférera le terme d'interdépendance entre les membres de la spécialité qui, comme on le verra par la suite (chapitre 2), met au jour certains enjeux sociologiques de la division du travail de réanimation.

L'organisation de la surveillance et de la ventilation manuelle des patients atteints de paralysies respiratoires aiguës n'est rendue possible que par la mobilisation d'étudiants en médecine et d'élèves infirmières. Au total, ce sont plus de 1500 étudiants qui participent pendant plusieurs mois à la prise en charge des patients en état de détresse respiratoire accumulant jusqu'à 165 000 heures de travail auprès d'une centaine de patients²⁰⁰. Au plus fort de l'épidémie, 450 étudiants, dont certains sont recrutés par le biais d'annonces réalisées dans les amphithéâtres durant les enseignements à l'université de médecine, se relaient toutes les six heures pour assurer la ventilation manuelle d'environ 70 patients sur une durée de 24 heures²⁰¹. Les étudiants en médecine et les élèves infirmières procèdent à la ventilation de plus de 100 malades durant un mois et 40 patients pendant plus de six mois²⁰².

La cohésion entre ces membres se renforce à mesure que les difficultés apparaissent. Les volontaires qui travaillent pour la plupart « en aveugle » en se fiant à l'apparence du patient s'échangent des conseils au fil de leurs expériences pour ajuster la ventilation manuelle. Ils sont amenés à s'entraider lorsque les réservoirs d'oxygène sont épuisés, quand les tubulures s'enroulent, empêchant le passage de l'oxygène, ou lorsque le ballon de ventilation est endommagé. S'ajoutent à ces problèmes techniques, le partage de la charge physique et l'expérience collective du travail émotionnel liés à la proximité avec les patients, comme le rappelle un praticien affecté au service au moment de l'épidémie :

« The intimate relation made the students very concerned about the well-being of their patients. They were exhilarated at every positive sign but were also very sad when things went downhill. And it did for many patients. Even though the students knew that death was a very real option, they were mentally strained when their patients died »²⁰³.

Henrik Lassen précisera d'ailleurs que l'organisation, malgré ses défauts, a permis d'obtenir des résultats « satisfaisants » au vu des circonstances :

« I do not think that this method is ideal. It certainly needs to be perfected, and we are working at improving it. However, in comparison with results formerly obtained in our hospital, it seems fair to regard the results as satisfactory in the circumstances »²⁰⁴.

²⁰⁰ West J. B., 2005, *art. cit.*, p. 434.

²⁰¹ Cazalaà J.-B., « L'origine de la réanimation respiratoire », in Cazalaà J.-B. *et al.*, 2016, *op. cit.*, p. 30.

²⁰² *Ibid.*

²⁰³ Dr. Uffe Kirk, *cité par* West J. B., 2005, *art. cit.*, p. 433.

²⁰⁴ Lassen H., *art. cit.*, p. 41.

Organisé dans un contexte d'urgence, le service des maladies infectieuses de l'hôpital Blegdam va ainsi contribuer à l'ancrage de l'improvisation dans l'esprit de la réanimation. Cette double inscription de l'improvisation et de la solidarité, engendrée par l'urgence de la situation, va s'étendre et se diffuser à l'ensemble des membres de la réanimation à venir, et dont on observe encore les effets aujourd'hui²⁰⁵.

3. La naissance de la réanimation médicale en France

La portée de l'initiative menée par Henrik Lassen lors de l'épidémie de poliomyélite de Copenhague ne s'arrête pas aux frontières de l'hôpital Blegdam. Cet exemple va se déployer au sein de la communauté médicale internationale. En France, c'est Pierre Mollaret, Professeur titulaire de la Chaire de clinique des maladies infectieuses à l'Hôpital Claude-Bernard, qui en sera l'ambassadeur. L'organisation du premier service de réanimation de France se fera en parallèle de la parution des *Techniques de réanimation médicale* de Jean Hamburger qui viendra consacrer, cette même année 1954, le nom donné à la spécialité naissante. Par son affirmation en tant que nouveau paradigme médical et son application en tant que service hospitalier, la réanimation est alors dotée des conditions nécessaires à son existence, et pour ses acteurs, celles nécessaires à leur identification en tant que groupe professionnel à part entière.

3.1. Le pavillon Lassen de l'hôpital Claude Bernard

L'ouverture du premier *Centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite* le 1^{er} septembre 1954 constitue un « moment chargé d'histoire »²⁰⁶ pour la réanimation française. Partant de l'expérience de l'hôpital Blegdam, Pierre Mollaret ouvre la voie à l'institutionnalisation de la réanimation en tant que service hospitalier à part entière. En 1952, le service des maladies infectieuses de l'hôpital Claude Bernard n'est encore équipé que de deux « poumons d'acier » et plusieurs « cuirasses » alors que la France compte en moyenne 2000 cas de poliomyélite sur l'ensemble de la population — soit une incidence de cinquante pour un million d'habitants. Informé de la situation de Copenhague, Pierre Mollaret prend l'initiative « extraordinaire » de créer un centre de traitement des formes

²⁰⁵ Voir le chapitre 5.

²⁰⁶ Trémolières F., « Hôpital Claude Bernard, berceau de la réanimation médicale », in : Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dir.*), 2016, *op. cit.*, p. 33.

respiratoires de la poliomyélite. Celle-ci repose sur trois éléments qui permettront d'autonomiser les services : 1) la création d'un centre dédié exclusivement au traitement des formes respiratoires de la poliomyélite ; 2) la formation d'un plateau technique dédié, composé de respirateurs mécaniques par voie endotrachéale de type « Engström 150 »²⁰⁷ et l'aménagement d'un pavillon entier comprenant l'équipement des unités, une centrale de gaz médical, une centrale d'aspiration ainsi qu'un circuit de canalisations indépendantes ; 3) la constitution d'une équipe médicale pluridisciplinaire et d'une équipe paramédicale travaillant en temps continu, véritable innovation organisationnelle concourant à la réalisation du projet porté par la médecine clinique :

« D'une façon positive, il faut organiser [l'hôpital] en fonction d'une stratégie thérapeutique concertée : présence ininterrompue et privilège hiérarchique des médecins, système d'observation, de notation, d'enregistrement, qui permettent de fixer la connaissance des différents cas, de suivre leur évolution particulière »²⁰⁸.

Aussi coûteux soit-il, le projet de Pierre Mollaret aboutit en 1954. Il réunit une équipe médicale pluridisciplinaire composée de Maurice Goulon, Bernard Damoiseau, Maurice Rapin, Jacques Lissac et Jean-Jacques Pocidalo, appelés communément les « pionniers » de la réanimation médicale.

Le service est installé au sein du pavillon Pasteur de l'hôpital Claude Bernard et dispose de galeries extérieures et des circuits par lesquels sont régulés les flux des patients infectés. Au début des années 1940, l'hôpital Claude Bernard est doté de 650 lits et d'un « laboratoire de microbiologie de pointe »²⁰⁹. Le pavillon Pasteur, jusqu'alors réservé à la prise en charge des épidémies, deviendra deux ans plus tard le pavillon Lassen, avec l'inauguration du « Centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite », premier service de réanimation en France. Conçu « dans l'agencement désuet d'un hôpital du début du XXe siècle »²¹⁰, le pavillon Lassen est aménagé non sans contraintes, compte tenu des locaux disponibles :

²⁰⁷ Engström C.-G., « Treatment Of Severe Cases Of Respiratory Paralysis By The Engström Universal Respirator », in : *British Medical Journal*, Sept. 18, 1954, pp. 666-669.

²⁰⁸ Foucault, 1979, *op. cit.* p. 16.

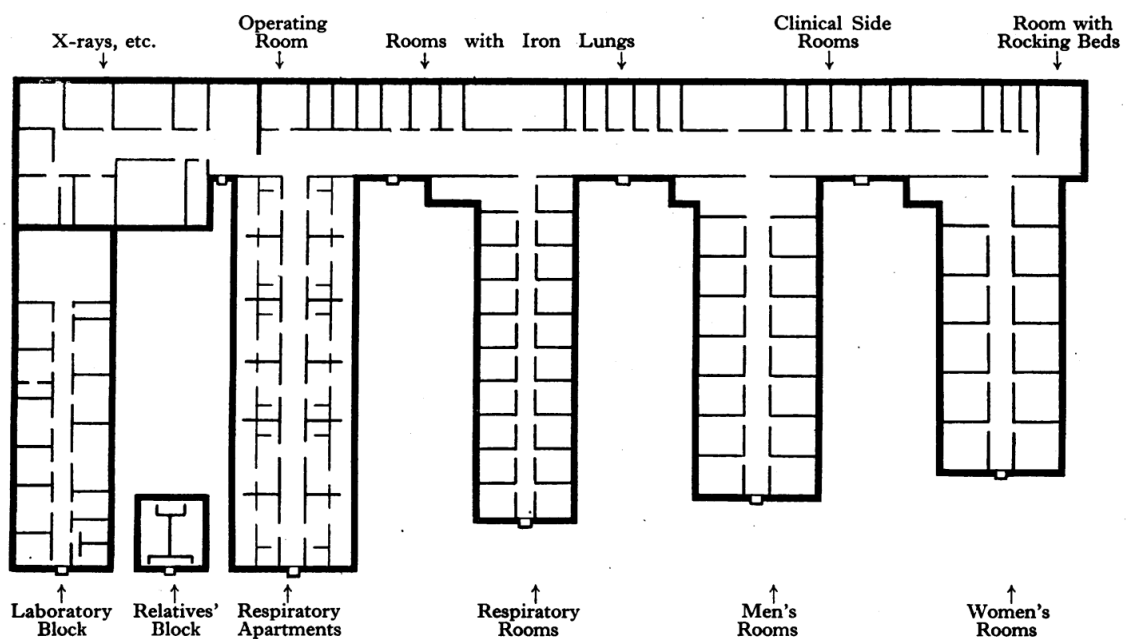
²⁰⁹ Trémolières F., *art. cit.*, in : Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dirs.*), 2016, *op. cit.*, p. 38.

²¹⁰ *Ibid.*

« It must be realized that old existing buildings have been used for this purpose, only interior adaptations being made with a minimum of expense. The following plan is not, therefore, the one which would have been followed if we had been fortunate enough to be able to build a new »²¹¹.

Malgré l'architecture du pavillon, le *Centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite* accueille un dispositif logistique complet comprenant une salle de radiologie, une salle d'opération, un laboratoire, un espace destiné aux « poumons d'acier », une aile accueillant douze « appartements respiratoires » individuels ainsi que trois galeries pouvant recevoir jusqu'à 18 patients dont deux sont réservées aux patients en soins de suite ou en observation (*figure 1.*).

*Figure 1. « Le centre de réanimation respiratoire de l'hôpital Claude Bernard »*²¹²



Le pavillon Lassen bénéficie d'un plateau technique inédit — salle d'opération ; équipements de radiologie ; laboratoire d'analyses médicales —, de circuits d'alimentation en gaz médicaux et en vide, ainsi que d'un système électrique comprenant deux groupes électrogènes d'urgence qui confèrent au service une véritable autonomie de fonctionnement.

²¹¹ Mollaret P., Pocard J.-J., « Le centre de réanimation respiratoire de l'hôpital Claude Bernard²¹¹ », *Postgraduate Medical Journal*, 1961 ; 3, p. 37.

²¹² *Ibid.*

Dotés de respirateurs artificiels, les « appartements » présentent une configuration inédite pour l'époque, réunissant au sein d'un espace fermé l'équipement nécessaire à la réanimation : un lit d'hospitalisation situé à proximité des circuits d'alimentation reliés au respirateur mécanique ; une salle d'eau comprenant des installations pour les soins paramédicaux ; un espace dédié au matériel médical faisant également office de lieu de suivi des dossiers médicaux (figure 2.)

Figure 2. « Appartement avec respirateur artificiel »²¹³

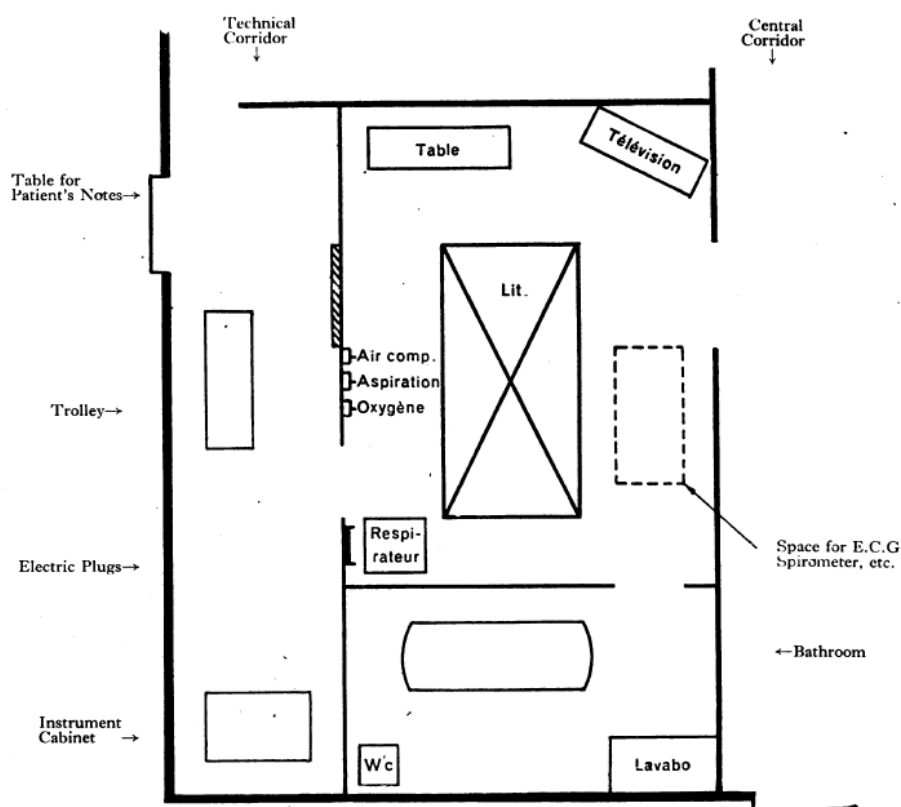


FIG. 2.—A respiratory 'apartment.'

Organisé en circuit fermé d'hospitalisation, le *Centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite* confère aux membres du service un contrôle étendu de leur territoire professionnel, garant de leur autonomie. C'est aussi pour cette raison que l'organisation du pavillon Lassen va marquer durablement la structure des futurs services de réanimation, assurant la protection d'un espace professionnel émergent.

²¹³ *Ibid.*, p. 39.

3.2. Du paradigme médical à l'émergence des services de réanimation

Redevable de son organisation à Pierre Mollaret, la réanimation doit son nom à Jean Hamburger, néphrologue à l'hôpital Necker. Désignée sous ces termes, la discipline va faire l'objet d'une visibilité croissante qui aboutira, quelques années plus tard, à la création des services hospitaliers du même nom.

Elle est cependant assimilée, dans un premier temps, aux procédés utilisés dans la réanimation « cardiaque » et « respiratoire » apparus dans la première moitié du XX^e siècle²¹⁴. Son acception en tant qu'activité médicale à part entière va s'étendre dans la sphère hospitalière à partir de 1954 avec la parution des *Techniques de réanimation médicale*²¹⁵. Avec cet ouvrage, Jean Hamburger entend bien dépasser l'association du terme à l'utilisation de techniques médicales de réanimation en lui assignant une définition plus large renouant avec la tradition clinique. Il définit la réanimation médicale comme :

« une discipline médicale nouvelle comportant l'ensemble des gestes thérapeutiques destinés à conserver un équilibre humoral aussi proche que possible de la normale au cours des états morbides aigus qu'elle qu'en soit la nature »²¹⁶.

L'équilibre humoral — le « milieu intérieur des éléments organiques »²¹⁷ cher à Claude Bernard — constitue l'élément central de la réanimation médicale telle qu'elle est définie par Jean Hamburger. Il s'agit dans cette perspective d'établir une discipline mettant en œuvre des moyens permettant de rétablir les secteurs hydriques du corps afin de prévenir et de corriger les défaillances organiques qui mettent en jeu le pronostic vital. Cette acception fait de la réanimation médicale « un mode de pensée de la médecine moderne, une façon d'aborder le traitement de toutes les maladies comportant un risque vital aigu »²¹⁸.

²¹⁴ Voir à ce sujet : Mocquot P., « La réanimation du cœur », *Revue de Chirurgie*, 1909, T. 39, p. 696, 924, 1184 ; Binet L., Bochet M., Strumza M.V., 1945, *Nouveaux aspects de la lutte contre la mort*. Paris, Presses Universitaires de France. Cités par Larcan A., 1993, « La réanimation médicale. Contribution de l'École française à son développement », *Histoire des sciences médicales*, Tome XXVII ; n°3 ; pp. 257-269.

²¹⁵ Hamburger J., 1954, *Techniques de réanimation médicale*, Paris, Flammarion.

²¹⁶ *Ibid.*

²¹⁷ Bernard C., 1857, *op. cit.*

²¹⁸ Larcan A., 1993, *art. cit.* p. 258.

Sous ces termes, Jean Hamburger projette même d'étendre la réanimation médicale à l'ensemble des services hospitaliers de sorte que « les installations techniques de réanimation soient utilisables par toutes les disciplines médicales »²¹⁹ et assurées par des équipes pluridisciplinaires. Pourtant, ce projet ne verra jamais le jour. Empruntant le chemin de la spécialisation, l'activité sera finalement exercée dans des services du même nom, définis par « deux filières de malades à admettre en réanimation : ceux issus du monde chirurgical ou devant y recourir sans tarder, et ceux qui souffraient d'une maladie aiguë présentant un risque vital en cours ou prévisible à court terme »²²⁰. C'est plus particulièrement dans le cadre de la restructuration du parc hospitalier, menée par Robert Debré au cours des années 1950-58, que la discipline trouve un contexte favorable à son essor. Le développement de la réanimation au sein des services du même nom s'inscrit en effet dans la continuité des réflexions portées par le « Comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière »²²¹. Plus encore, il trouve une nouvelle assise en 1956²²² dans le prolongement du colloque « sur l'enseignement et la recherche scientifique », préconisant l'exercice et la reconnaissance de nouvelles spécialités médicales au sein des établissements hospitaliers.

L'aboutissement de la réforme menée par Robert Debré conduit finalement à la création des Centres Hospitaliers Universitaires avec l'adoption de l'Ordonnance du 30 décembre 1958²²³. Ces derniers sont alors dotés d'une triple mission de soin, d'enseignement et de recherche, soutenue par la création du statut de médecin hospitalo-universitaire à temps plein. Bien que plusieurs lectures soient possibles quant à « l'analyse [...] des déterminants socio-historiques de cette réforme »²²⁴, celle-ci réunit les éléments nécessaires à la consécration d'une médecine hospitalo-universitaire : concentration de l'activité médicale, introduction officielle de la recherche, de l'enseignement et des

²¹⁹ *Ibid.*

²²⁰ Vachon F., « La réanimation médicale française », in : Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dirs.*), 2016, *op. cit.*, p. 23.

²²¹ Décret n°56-944 du 18 septembre 1956 portant création d'un comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale. Paru au JORF le 22 septembre 1956.

²²² Organisé par Pierre Mendès France, le « Colloque sur l'enseignement et la recherche scientifique » réalisé à Caen du 1^{er} au 3 novembre 1956, dessine les contours de la future réforme hospitalière de 1958. Il soutient notamment le projet de modernisation de la recherche et de l'enseignement médical, défini en trois cycles d'études réalisées dès le deuxième cycle au sein des hôpitaux, donnant lieu à la définition d'un troisième cycle consacré à la spécialisation médicale.

²²³ Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de Centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Publiée au JORF du 31 décembre 1958.

²²⁴ Carricaburu D., Ménoret M., *op. cit.*, p. 19-21.

formations médicale et paramédicale. Menée durant les « Trente glorieuses », la politique initiée par la réforme « Debré » va bénéficier d'un contexte économique propice à l'investissement dans le parc immobilier hospitalier et les équipements médicaux lourds. À tel point que « la technique occupe progressivement une place de plus en plus prépondérante et le processus de spécialisation est en marche... »²²⁵, ouvrant la voie à la création des futurs « services de réanimation ».

3.3. L'expansion du domaine de la réanimation

Destiné à la prise en charge des risques liés aux paralysies respiratoires de la poliomyélite, le pavillon Lassen du *Centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite* accueille plus de 150 patients entre 1954 et 1960. Parmi eux, 75 % font l'objet d'un traitement par assistance respiratoire²²⁶. En l'espace de dix ans, le taux de mortalité va diminuer de moitié du fait de la prise en charge des malades au sein du pavillon Lassen, appuyée en dehors de l'hôpital, par les premières campagnes de vaccination contre la poliomyélite engagée en 1958. Par conséquent, le recrutement des malades s'étend et se diversifie à partir de 1965, du fait de l'incidence de la poliomyélite « inférieure à dix par millions d'habitants »²²⁷. L'hôpital Claude Bernard devient progressivement le centre de destination des maladies infectieuses graves impliquant le recours à la ventilation artificielle. Y sont accueillis des patients atteints du syndrome de Guillain Barré, du tétanos, d'intoxication barbiturique, de méningoencéphalites comateuses, d'affections tropicales graves, de médiastinites, d'endocardites aiguës ou d'insuffisances respiratoires chroniques²²⁸. La diversification du recrutement des malades pris en charge par l'équipe du pavillon Lassen conduit conjointement à la définition d'un nouveau type de patients à admettre en réanimation : toute personne en état de détresse vitale impliquant le recours immédiat à des méthodes de suppléances. Ayant l'exclusivité de la prise en charge des malades en état de détresse vitale, l'équipe du pavillon Lassen trouve l'assise nécessaire à l'expression d'un nouveau *mandat*²²⁹, celui de la réanimation :

²²⁵ *Ibid.*

²²⁶ Trémolières F., *art. cit.*, in : Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dirs.*), 2016, *op. cit.*, p. 45.

²²⁷ *Ibid.*

²²⁸ *Ibid.*

²²⁹ Hughes, E. C., 1996, *op. cit.*, p. 99-106.

« Nous nous intéressâmes aux maladies broncho-pulmonaires aiguës, aux complications respiratoires des maladies infectieuses, à la myasthénie grave, les états de choc, les acidoses sévères, les intoxications aiguës, en particulier barbituriques, l'état de mal asthmatique, les pneumopathies majeures, les noyades, les pendaisons... La réanimation était née et avait grandi dans l'ambiance exaltante de succès retentissants : les poliomyélitiques respiraient, les tétaniques guérissaient, les intoxiqués se réveillaient sans séquelles. Ce fut l'âge d'or de la réanimation dont l'équipe de Claude Bernard eut le mérite, entre 1954 et 1962, d'énoncer les principes essentiels »²³⁰.

Fort de son monopole dans la prise en charge des patients en état de détresse et de ses succès affichés, le modèle du pavillon Lassen se diffuse progressivement dans le reste du parc hospitalier français. Cette entreprise est menée par les « pionniers » du *Centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite*, garants de la dynamique professionnelle qu'ils ont contribué à façonner. L'initiative est d'abord conduite en région parisienne en 1962 à l'hôpital de Garches sous l'impulsion de Maurice Goulon et Maurice Rapin. Elle se poursuit en 1969 avec l'ouverture du service de réanimation à l'hôpital Henri-Mondor de Créteil par Maurice Rapin. Jacques Lissac créera quant à lui, peu de temps après, l'unité de réanimation qui deviendra le service de réanimation polyvalente de l'hôpital de Boucicaut.

« Produits » de l'hôpital Claude Bernard, nombreux sont les héritiers qui vont œuvrer activement à la création de nouveaux services de réanimation aux abords de Paris puis dans le reste de la France : Julien-François Monsallier à l'hôpital Cochin, André Margairaz à l'hôpital Ambroise Paré, Philippe Amstutz à l'hôpital Saint-Antoine, Claude Bazin à Caen, François Cartier à Rennes, etc. Formés à l'hôpital Claude Bernard, ces derniers vont contribuer à la diffusion d'un modèle professionnel hérité du *Centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite*, « berceau de la réanimation médicale »²³¹.

²³⁰ Maurice Goulon, *cité par* Trémolières F., *art. cit.*, in : Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dirs.*), 2016, *op. cit.*, p. 46.

²³¹ *Ibid.*, p. 33.

Section 2. L' « audace » comme essence de la réanimation

Appréhender la genèse et le développement de la réanimation en France permet de mettre au jour l'imaginaire professionnel²³² sur lequel l'activité repose encore aujourd'hui : l'audace. L'activité s'est construite sur un ensemble de représentations et de pratiques intensives, parfois violentes, transmises en héritage par les « pionniers » de la réanimation. L'audace recouvre une double acception. Premièrement, la réanimation se caractérise en tant qu'entreprise bravant l'interdit et le tabou de la mort ; deuxièmement, elle doit s'adapter aux inquiétudes formulées en dehors des services. Car l'institutionnalisation de la réanimation s'est accompagnée, à partir des années 1970, d'un renouvellement de l'activité engendré par l'émergence des questions éthiques liées, d'une part, aux conditions d'hospitalisation rappelant l'aspect totalitaire de l'institution²³³, et d'autre part, aux décisions de poursuite ou d'arrêt des thérapeutiques suscitant de vives interrogations sur la vie et la mort.

1. L' « âge d'or » de la réanimation médicale

L'entreprise menée par les « pionniers » du pavillon Lassen de l'hôpital Claude Bernard constitue, en France, le premier temps de la structuration de la réanimation. Au cours des années 1950-60, la discipline va faire l'objet d'une spécialisation, justifiée, non seulement par la revendication d'une expertise de la gestion de l'urgence vitale, mais aussi, par la transformation des connaissances en savoirs professionnels normalisés par le groupe. Un retour sur cet « âge d'or » de la réanimation permet de mettre au jour l'idéal-type professionnel de la réanimation fondée une « éthique de l'audace ». Cette perspective éclaire un peu plus sur les rhétoriques de justification des membres de la réanimation et la production endogène de savoirs professionnels qui contribuent à cloisonner les services.

²³² Charrier P., 2004, *op. cit.*

²³³ Goffman E., 1968, *op. cit.*

1.1. Les « pionniers » comme figure professionnelle de la réanimation

« Ambiance exaltante », « explosion d'enthousiasme », « initiative audacieuse », « épopée »²³⁴ ... Les récits du pavillon Lassen de l'hôpital Claude Bernard donnent à voir la naissance de la réanimation comme une « grande aventure »²³⁵ marquée par l'« héroïsme » de ses protagonistes. On peut alors les appréhender de deux façons. Par une approche factuelle, en s'intéressant aux faits tels qu'ils se sont produits. Ou, dans la perspective de leurs auteurs, médecins pour la plupart d'entre eux, procédant à la mise en récit de ce qui, finalement, constitue le socle de leur identité professionnelle²³⁶. C'est la seconde perspective que l'on retiendra ici pour mettre au jour le « mythe » à l'origine de conduites fondées sur la capacité de ses membres à « basculer dans une médecine de l'inconnu »²³⁷.

Répondant « à l'appel de Pierre Mollaret »²³⁸, Maurice Goulon, Jacques Lissac, Maurice Rapin et Jean-Jacques Pocidalo, furent « engagés »²³⁹ en vue de préparer l'ouverture du pavillon Lassen en septembre 1954. Comme le précise François Trémolières, les « pionniers » de la réanimation n'étaient alors que des « médecins internistes cliniciens [...] et un biologiste curieux de tout [...] ». Le plus âgé avait 33 ans, les plus jeunes 28 lors de leurs arrivées respectives »²⁴⁰. Bien que succincte, cette description des précurseurs de la réanimation n'est pas sans rappeler les « écrits des historiens et des anthropologues sur la dynamique propre aux groupes de jeunes mâles d'hier et d'aujourd'hui, sur la fougue bouillonnante et les hardiesses de ces classes d'âge incomplètement canalisées »²⁴¹. À travers l'entreprise « audacieuse » menée par les « quatre mousquetaires »²⁴² de la réanimation se dessine une figure professionnelle associée à l'« image de héros conforme à celle qui s'est construite dans l'Europe occidentale depuis la Renaissance »²⁴³.

²³⁴ Mantz J.-M., « Éloge de Maurice Goulon (1919-2008) », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2009, 193, n° 8, pp. 1719-1726.

²³⁵ Vachon F., Lissac J., « Jean-Jacques Pocidalo », *Réanimation-Urgences*, vol. 6, n° 3, p. 271-272, 1997

²³⁶ Dubar C., 2010 (1991), *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, collection U (4e éd.).

²³⁷ Trémolières F., « Hôpital Claude Bernard, berceau de la réanimation médicale », in : Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dirs.*), 2016, *op. cit.*, p. 41.

²³⁸ Mantz J.-M., *art. cit.*, p. 1721.

²³⁹ *Ibid.*

²⁴⁰ Trémolières F., « Hôpital Claude Bernard, berceau de la réanimation médicale », in : Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dirs.*), 2016, *op. cit.*, p. 41.

²⁴¹ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 196.

²⁴² Maurice Goulon, Jacques Lissac, Maurice Rapin et Jean-Jacques Pocidalo : Trotoux J., Germain M., « Tout un siècle à l'hôpital Boucicaud », *La lettre de l'Adamap*, 2008, n°12, p. 10.

²⁴³ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 198.

À l'instar des travaux de Marie-Christine Pouchelle sur « l'histoire gênante de la réanimation »²⁴⁴, les éloges funèbres de Pierre Mollaret²⁴⁵, Maurice Cara²⁴⁶, Maurice Goulon²⁴⁷, témoignent de la politique d'héroïsation entreprise autour des figures emblématiques de la réanimation :

« Prenons par exemple l'éloge funèbre de Jean-Jacques Pocard paru dans *Réanimation-Urgences* en mai 1997, sous la plume de Jacques Lissac et François Vachon. S'y enchevêtrent brillamment des thèmes significatifs : “la grande aventure”, le combat acharné contre l'épidémie (poliomyélite), la nécessité “d'improviser et vite”, l'adversité surmontée, l'enthousiasme, une puissance de travail se traduisant par un nombre “impressionnant” de publications, l'humeur colérique d'Achille et la générosité de l'homme de cœur engagé dans un corps à corps avec les malades “dont il recherchait toujours avidement le contact”. C'était l'époque “glorieuse” de la recherche. Toujours “en éveil”, l'homme se mesure au destin, comme tous les héros [...]. “Visionnaire de haut vol”, il “hume le diagnostic”. Il “avait incontestablement un fluide” et “en définitive il était difficile de ne pas succomber à son magnétisme” »²⁴⁸.

Avec le portrait qu'ils dressent des « pionniers » de la réanimation, les récits et éloges funèbres de ces derniers entretiennent plus largement une image professionnelle marquée par « l'attitude psychologique attribuée aux guerriers : l'audace »²⁴⁹. Inscrite dans la genèse même de la réanimation par ses protagonistes, l'« audace » représente à ce titre le premier élément structurant de l'identité professionnelle, une « éthique » au fondement de la pratique.

1.2. Un modèle professionnel marqué par une « éthique de l'audace »

Entendue comme une « obligation dont l'individu se sent et doit se sentir investi à l'égard du contenu de son activité “professionnelle”, quelle qu'elle soit »²⁵⁰, l'éthique cristallise un ensemble de repères significatifs dans la réalisation de la pratique. Dans le cas de la réanimation, elle se traduit comme une conduite professionnelle à la fois

²⁴⁴ *Ibid.* p. 187-208.

²⁴⁵ Théodoridès J., « Le professeur Pierre Mollaret (1898-1987) », *Histoire des Sciences Médicales*, Organe officiel de la Société française d'histoire de la médecine, t. XXIII, n° 1, 1989.

²⁴⁶ Natali J., « Éloge de Maurice Cara (1917-2009) », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2011, 195, n°7, p. 1451-1461.

²⁴⁷ Mantz J.-M., *art. cit.*

²⁴⁸ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 197.

²⁴⁹ *Ibid.* p. 198.

²⁵⁰ Weber M., 2002 [1904-1905], *op. cit.*, p. 93.

morale et normative, reposant en premier lieu sur la recherche de l'efficacité thérapeutique « à tout prix ». En tant qu'obligation morale, l' « éthique » de la réanimation s'appuie sur la mission — le *mandat* — de préservation de la vie. Elle s'inscrit pleinement dans l'héritage de la médecine hippocratique, défini par le serment d'Hippocrate :

« J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement ; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle. Je ne remettrai à personne une drogue mortelle si on me la demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion [...]. Dans toutes les maisons où je dois entrer, je pénétrerai pour l'utilité des malades, me tenant à l'écart de toute injustice volontaire, de tout acte corrompateur en général »²⁵¹.

En tant qu'exigence de préservation de la vie, la réanimation renvoie donc à une pensée médicale plus ancienne au cœur de laquelle se déploie continuellement la « lutte contre la maladie ». Elle fait écho aux combats menés depuis l'Antiquité jusqu'à la fin du Moyen Âge, la maladie impliquant le recours « aux devins et guérisseurs dont les pratiques confondent remèdes empiriques, rituels magiques et recours religieux »²⁵² convoqués dans la lutte contre le « Mal ». La médecine moderne n'est donc pas si éloignée de cette représentation. Caractérisée par « la prédominance progressive d'une orientation empirique, par la spécialisation de la fonction du médecin et l'élaboration d'un savoir rationnel sophistiqué »²⁵³, elle embrasse en effet le même projet de lutte contre la maladie et la mort. Aussi le serment d'Hippocrate continue-t-il aujourd'hui de préciser que la pratique médicale se doit de répondre « aux lois de l'honneur et de la probité²⁵⁴ [et dont le] premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux »²⁵⁵.

Dans le cas de la réanimation, l'obligation de rétablir, de préserver et de promouvoir la santé passe essentiellement par l'application normalisée, comme on l'a vu lors de l'épisode de poliomyélite de Copenhague, de techniques de suppléance dites invasives convoquées pour combattre « efficacement » la maladie. Aussi l'admission des thérapeutiques actives

²⁵¹ Littré E., 1844, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Paris, Baillière, p. 628-632. Traduction de Jouanna J., 1992, *Hippocrate*, Paris, Librairie Arthème Fayard, annexe I. « Portrait d'Hippocrate de Cos ».

²⁵² Adam P., Herzlich C., 2009 (1994), *op. cit.*, p. 25.

²⁵³ *Ibid.*

²⁵⁴ « Serment d'Hippocrate », *Ordre National des médecins*. Conseil National de l'Ordre, Janvier 2012.

²⁵⁵ *Ibid.*

renvoie-t-elle également à une conception plus ancienne de la médecine que l'on retrouve déjà dans la tradition hippocratique, sous les traits de la théorie des humeurs²⁵⁶. Elle se rapporte même d'une certaine façon aux sociétés traditionnelles où « les pratiques pour diagnostiquer et soigner incluent toujours des éléments magico-religieux : les séances de divination pour établir les causes du trouble, [les] sacrifices aux dieux ou aux génies, [les] exorcismes pour expulser du corps des patients le démon ou l'ancêtre responsable de la maladie »²⁵⁷. L'impératif thérapeutique qui trouve son origine dans les sociétés traditionnelles et les principes de la médecine antique, œuvre en quelque sorte à la formulation d'une « éthique de l'audace »²⁵⁸ soutenant l'édifice de la réanimation :

« Cette éthique de l'audace au service du Bien s'est nourrie d'un imaginaire de la nécessaire agression thérapeutique très largement répandue en dehors même de la réanimation, de la chirurgie et de l'hôpital. Ainsi la cure par les contraires est-elle un principe majeur chez Hippocrate [...]. En ce qui concerne l'hôpital on remarquera simplement que les professionnels les plus prestigieux, depuis les prouesses permises à la chirurgie par l'anesthésie, y ont souvent été les plus agressifs. Traverser l'enveloppe corporelle c'est véritablement *faire* quelque chose »²⁵⁹.

Présente à travers la mise en œuvre de traitements lourds et de pratiques invasives, cette « éthique de l'audace » se précise en 1954 par les « pionniers » du *Centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite*. Outre l'appareillage invasif employé par l'équipe du pavillon Lassen, le façonnement de l'activité passe aussi par l'expérimentation « périlleuse », comme en témoignent les récits des initiatives réalisées en urgence au sein du service :

« Nous avons installé, dans d'autres chambres de la même galerie, deux chiens anesthésiés, trachéotomisés et ventilés par les mêmes machines. Nous testions sur ces animaux les conséquences des variations des boutons réglant fréquence, pression et débit. Nos deux premiers malades ont guéri sans se douter que l'égalité de leur

²⁵⁶ Issue de la médecine hippocratique, la théorie des humeurs se fonde sur l'équilibre des quatre humeurs (sang, lymphe, bile jaune, bile noire). Le traitement, basé sur le rétablissement des humeurs, s'opère de manière active, soit par admission (de nourriture, chaleur, etc.), soit par élimination, à l'instar de la phlébotomie, saignée recommandée par la médecine hippocratique dans l'évacuation des « mauvaises » humeurs : Héritier J., 1987, *La sève de l'homme. De l'Âge d'or de la saignée aux débuts de l'hématologie*. Paris, Denoël.

²⁵⁷ Adam P., Herzlich C., 2009 (1994), *op. cit.*, p. 26.

²⁵⁸ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 198.

²⁵⁹ *Ibid.*

respiration avait été préservée au prix de brusques accès d'asphyxie ou, au contraire, d'hyperventilation que nous provoquions à quelques mètres de là chez deux chiens, avant de venir ajuster leur appareil »²⁶⁰.

C'est donc à travers l'obligation morale des « soins à tout prix » et dans l'application de pratiques « périlleuses » — pour les soignés et parfois pour les soignants — que va s'exercer l' « éthique de l'audace ». Aussi la réanimation est-elle formulée au prisme d'une ambivalence encore visible aujourd'hui dans les services : en tant que « mission médicale de sauvetage »²⁶¹ fondée sur le principe hippocratique de préservation de la vie d'une part ; en tant que « médecine de combat »²⁶² impliquant le recours à des traitements invasifs, « guerriers », convoqués au nom de l'impératif thérapeutique d'autre part.

1.3. À la « conquête » du monde hospitalo-universitaire

Conduite morale et normative, l'éthique de l'audace s'enracine progressivement au sein d'un « marché du travail fermé »²⁶³ de la réanimation. Cet ancrage résulte d'un mouvement de professionnalisation mené dès 1960 à travers deux grands axes : l'organisation de la profession par l'émergence de sociétés savantes d'une part ; la transformation des connaissances en savoirs professionnels par l'universitarisation de la discipline d'autre part.

1.3.1. Les sociétés savantes de réanimation

En œuvrant à la définition de leur « juridiction »²⁶⁴, les sociétés savantes de réanimation ont largement contribué à la professionnalisation de la discipline. La première, et peut-être la plus significative d'entre elles, est créée en 1971, dix-sept ans après l'ouverture du *Centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite*. Destinée à rassembler des médecins d'horizons professionnels différents autour d'une discipline commune, la Société de Réanimation de Langue Française (SLRF) est fondée par trente-quatre médecins d'horizons professionnels divers. Parmi eux, certains sont les représentants historiques de la spécialité : Maurice Cara, Pierre Mollaret, Maurice Goulon, Jean Hamburger, Jacques Lissac,

²⁶⁰ Témoignage de Maurice Rapin, cité par Trémolières F., *art. cit.*, p. 42.

²⁶¹ Paillet A., 2007, *op. cit.*

²⁶² *Ibid.*, p. 163-174.

²⁶³ Paradeise C., « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, 1988, vol. 20, n° 2, p. 9-21.

²⁶⁴ Abbott A., 1988, *op. cit.*.

Jean-Jacques Pocard²⁶⁵. Témoin de l'engouement particulier pour la spécialité naissante, la première réunion scientifique de la SRLF se déroule les 14 et 15 mai 1971 à l'Hôpital Cantonal de Lausanne sous la présidence de Victor Vic-Dupont, médecin à l'hôpital Claude Bernard :

« Il n'y avait pas de thème consacré. Les communications nombreuses et libres, suivies de discussions passionnées, dépassèrent souvent les temps impartis. La première journée se conclut, à l'invite du Conseil d'État Vaudois, dans les salons de la Villa Mon-Repos (où Pierre de Coubertin avait établi les quartiers généraux du CIO en 1915). La réunion se poursuivit le lendemain et se termina par un dîner au Château de Coppet, demeure de Madame de Staël »²⁶⁶.

Bien que succincte, cette description donne quelques indications quant à l'exaltation de ses participants. Les « communications nombreuses » et diverses se poursuivent par des « discussions passionnées » se prolongeant dans les salons des anciens quartiers du Comité International Olympique (CIO) dont la devise — *citius, altius, fortius* — n'est pas sans rappeler les principes de la réanimation. Première d'une longue série, cette première réunion s'achevait alors au Château de Coppet, haut lieu de l'élite intellectuelle du XVIII^e siècle²⁶⁷. Ce fut également à cette occasion que furent nommés, lors de l'Assemblée Générale de la SRLF, trente membres titulaires et soixante-trois associés. Au total, 127 membres²⁶⁸ se réunirent dans l'optique de consolider la discipline en favorisant dans un premier temps les échanges scientifiques.

En 1979, la SRLF diversifie son domaine d'application avec la création de quatre commissions dédiées aux questions pédagogiques, matérielles et techniques, éthiques et d'évaluation des résultats et d'ordre scientifique²⁶⁹. Le nombre de ces commissions va considérablement évoluer, à l'image de la diversité des thématiques traitées progressivement par la SRLF, comprenant trente-cinq ans plus tard, une dizaine de commissions²⁷⁰

²⁶⁵ Gay R., « La société de Réanimation de Langue Française (SRLF) », in : Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dir.*), 2016, *op. cit.*, p. 329.

²⁶⁶ Perret C., Enrico J.-F., Poli S., « Les débuts de la médecine intensive à Lausanne » in : Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dir.*), 2016, *op. cit.*, p. 59.

²⁶⁷ Crampe-Casnabet M., « Les conceptions philosophiques », *Revue Française d'Histoire des Idées Politiques*, 2003/2, n° 18, p. 275-277.

²⁶⁸ Roger Gay rappelle que, parmi ces 127 membres, seules 11 sont des femmes, dont 10 sont « membres associées » : Gay R. *art. cit.* p. 329.

²⁶⁹ *Ibid.*

²⁷⁰ On retrouve aujourd'hui, organisé par thématique : le Comité de Coordination et d'Organisation des Formations (CCOF) ; le Comité de Rédaction (CR) de la revue « Médecine Intensive Réanimation » ; la

administrées par plus de 150 membres. Reposant plus largement sur deux grandes « missions », le processus de professionnalisation porté par la SRLF va alors participer à la définition de la formation continue et de l'enseignement postuniversitaire, mais aussi à la promotion de la recherche clinique²⁷¹ et à l'évaluation de la réanimation à l'hôpital.

À partir de 1972, la SRLF propose deux grands événements scientifiques organisés, l'un à Paris durant l'automne, l'autre en région ou à l'étranger au printemps. Le Congrès annuel de la SRLF organisé à Paris est un temps fort de la diffusion des savoirs professionnels en réanimation réunissant, lors du dernier congrès, plus de 4000 professionnels médicaux et paramédicaux. La Réunion de Printemps, quant à elle, témoigne de la volonté de la SRLF d'étendre le rayonnement de la discipline, d'abord en France, puis dans les milieux francophones. Les *Réunions de Printemps* de la SRLF sont tenues de 1972 à 2000, date à laquelle le Congrès national du Collège de Réanimation Extra-Universitaire de France (CREUF) prendra le relais. C'est également dans cette dynamique que sont organisées, à partir de 1987, des *Conférences de consensus*²⁷² visant à définir les pratiques professionnelles par le groupe. S'appuyant sur l'analyse des pratiques professionnelles, cette entreprise constitue un arbitrage efficace entre les acteurs ayant des positions divergentes en ce qu'il permet l'organisation et *a fortiori* l'autonomie professionnelle²⁷³ de ce groupe professionnel en devenir. À l'instar de la SRLF, d'autres acteurs collectifs de la discipline vont contribuer activement à la professionnalisation de la réanimation. En témoigne la recension non exhaustive des associations et sociétés savantes de réanimation : la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) créée en 1982 (anciennement, Société Française d'Anesthésie, d'Analgesie et de Réanimations créée en 1957) ; le Collège de Réanimation Extra-Universitaire de France (CREUF) créé en 1985 ; l'Association des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française (ADARPEF) créée en 1979 ; le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) fondé en 1994 ; le Club d'Histoire de l'Anesthésie et de la Réanimation (CHAR) créé en 1999.

Commission du Congrès Infirmier (CCI) ; la Commission d'Éthique (CE) ; la Commission de l'Épidémiologie et de la Recherche Clinique (CERC) ; la Commission Jeunes (CJ) réanimateurs ; la Commission de Médecine d'Urgence (CMU) ; la Commission des Référentiels et de l'Évaluation (CRE) ; la Commission de la Recherche Translationnelle (CRT) ; la Commission Scientifique (CS) ; la Commission des Publications Électroniques (CPE).

²⁷¹ La SRLF contribue depuis 1985 à la définition des savoirs professionnels au moyen de la revue *Réanimation - Soins intensifs - Médecine d'urgence*, devenue *Réanimation-Urgences* en 1992, puis *Réanimation* de 2001 à 2015 avant d'être finalement intitulée *Médecine Intensive Réanimation* en 2015.

²⁷² Organisées de 1987 à 1999, ce sont au total 22 Conférences de consensus, dont trois européennes, qui auront lieu durant cette période.

²⁷³ Au sens d'Eliot Freidson.

1.3.2. De la définition des savoirs professionnels à l'universitarisation de la réanimation

Parallèlement à la professionnalisation conduite par les sociétés savantes, la réanimation est l'objet d'une institutionnalisation dès 1969, à l'occasion de son entrée dans la section 42 du Comité Consultatif des Universités (CCU) — aujourd'hui Comité National des Universités (CNU). Conduisant à la formalisation des savoirs communs, garantie de l'expertise du groupe professionnel, l'entrée de la réanimation dans le champ universitaire s'opère progressivement comme le précise François Vachon dans un style particulier articulant formules métonymiques et imaginaire médical :

« [La réanimation médicale] est née à l'hôpital dans le sein de sa mère — porteuse, l'Assistance Publique de Paris. Elle a obtenu ses galons universitaires à l'âge de quinze ans, en 1969, entrée au Conseil Supérieur des Universités (CSU) — le CNU de l'époque —, dans sa 42e section, celle des thérapeutiques où Pierre Mollaret l'avait glissée en sous-section entre la rééducation fonctionnelle et l'hydrologie »²⁷⁴.

Lors de son entrée dans la section 42 du CCU, la réanimation médicale n'est donc pas encore reconnue en tant que spécialité à part entière par l'Ordre des Médecins et ne bénéficie pas, à cet effet, d'un Certificat d'Études Spécialisées (CES). Elle est néanmoins admise en tant que « compétence », délivrée dans le cadre du CES d'Anesthésie-Réanimation (CESAR)²⁷⁵. Alors que les enseignements sont réalisés « par compagnonnage dans les services et au gré des unités »²⁷⁶ en vue d'obtenir la qualification de « médecin compétent en réanimation », la discipline est dotée, en 1972, d'un Certificat d'Université de Réanimation Médicale (CURM). Cet enseignement théorique, non obligatoire, destiné à compléter les compétences pratiques acquises dans les unités, est mis en place à l'hôpital Claude Bernard à l'initiative de Pierre Mollaret, puis à Strasbourg sous la direction de Jean-Marie Mantz et à Lille par Cyr Voisin et Francis Wattel.

L'universitarisation de la discipline s'affirme à partir de 1987, avec la création de la CNU-Santé²⁷⁷. Un an plus tard, elle donne lieu à la constitution de la section 48 : « Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence, pharmacologie et thérapeutique ».

²⁷⁴ Vachon F., 2010, *Médecin à l'hôpital Claude Bernard. Tome I : À quoi tient une vie.*, Paris, Éditions Glyphes.

²⁷⁵ Arrêté du 4 septembre 1970 portant approbation du règlement relatif à la qualification des médecins établi par le Conseil National de l'Ordre. Paru au JO le 3 octobre 1970.

²⁷⁶ Vachon, 2010, *op. cit.*

²⁷⁷ Décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

Composée de quatre sous-sections, la création de la section 48 constitue une étape essentielle du processus de formalisation des savoirs « de réanimation ». Elle sanctionne en effet la création de deux sous-sections « 4801 — Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence » et « 4802 — Réanimation ; Médecine d'urgence ». Affiliée à l'anesthésie, discipline avec laquelle elle entretient une histoire commune de longue date²⁷⁸, la réanimation se découpe en sous-sections : « 4803 — Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique ; Addictologie » et « 4804 — Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; Addictologie », s'engageant dans la voie de la spécialisation. La reconnaissance progressive de la spécialité donne lieu en 1989 la création du Collège National des Enseignants de Réanimation Médicale (CNERM) dont la mission consiste non seulement à harmoniser les savoirs professionnels, mais aussi à déterminer les programmes de formation conduisant à l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires de type I (DESC).

La spécialisation de la discipline se confirme en 2002 avec la création d'un DESC qualifiant de type II de Réanimation²⁷⁹, puis en 2004 à l'occasion de la redéfinition des diplômes d'études spécialisées en médecine²⁸⁰. Consacrant l'autonomisation vis-à-vis de sa filiation historique avec l'anesthésie, la réanimation se voit par conséquent dotée du statut de spécialité médicale à part entière, reconnue parmi les « disciplines d'exercice »²⁸¹.

Cette dynamique se poursuit avec l'arrêté du 13 novembre 2015²⁸² portant création d'un Diplôme d'Études Spécialisées de réanimation commun avec l'anesthésie, appelé « co-DES Anesthésie-réanimation/médecine intensive-réanimation ». Désignée depuis septembre 2017 sous les termes de « Médecine Intensive – Réanimation » (MIR), la réanimation bénéficie désormais d'une formation spécifique validant son domaine d'expertise. Le changement sémantique opéré avec la création du co-DES conduisant à l'obtention d'un diplôme de « médecin intensiviste réanimateur » (DESARMIR) est particulièrement significatif de l'actualité de la profession.

²⁷⁸ Voir à ce sujet : Cousin M.-T., 2005, *L'Anesthésie-Réanimation en France. Des origines à 1965*, Tome 2 : Réanimation. Les nouveaux professionnels. Paris, Édition L'Harmattan, coll. Sciences & Société ; Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (Dir.). (Dir.) 2014, *Anesthésie, analgésie, réanimation, Samu. Notre histoire, de 1945 aux années 2000*, Tome 1 L'anesthésie-réanimation, Éd. Glyphes.

²⁷⁹ Arrêté du 20 juin 2002 modifiant les arrêtés du 4 mai 1988 relatifs d'une part à la liste, d'autre part à la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.

²⁸⁰ Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.

²⁸¹ Gay R., « Petite histoire du DESC jusqu'en 2005 », in : Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (Dir.), 2016, *op. cit.*, p. 347.

²⁸² Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. Publié au JORF le 4 décembre 2015.

En s'affranchissant de l'anesthésie, la réanimation renoue alors avec son orientation première de médecine d'urgence, soulignant par ailleurs sa singularité. Pour autant, le DESARMIR porte un autre enjeu. Il vise à la clarification d'une activité « difficilement compris[e] tant par la société civile que par beaucoup de professionnels de la santé et aussi par les patients et leurs familles »²⁸³. Il ne s'agit donc pas seulement d'une réorganisation de l'enseignement qui tend à l'affirmation de la professionnalisation. Il est aussi question de la visibilité de l'activité et de sa légitimité au regard de la société civile, comme en témoigne la conclusion des membres de la commission paritaire du diplôme du DESARMIR chargés d'établir le programme pédagogique de ce dernier :

« L'évolution de l'organisation de l'hôpital public dans lequel s'inscrit, pour la plus grande part, l'exercice du métier de médecin intensiviste-réanimateur, et celle de la société civile vers le développement de l'activité ambulatoire réservant aux patients les plus graves l'hospitalisation conventionnelle, renforcera, à n'en pas douter, les missions et la place centrale qu'occupent déjà les MI-R dans la prise en charge des patients les plus graves, certes dans les services de réanimation, mais également dans les unités de surveillance continue »²⁸⁴.

2. L'ajustement éthique et l'expression du mandat de la réanimation

Si la réanimation est l'objet d'une exclusivité clinique dans les années 1950-60, son développement se poursuit à partir de 1970 avec l'émergence de l'éthique médicale. Portée par de nouveaux « auditoires »²⁸⁵ — institution religieuse, associations d'usagers, législateurs — l'apparition de questions éthiques suscite un renouveau du paradigme de la réanimation, impliquant un ajustement des pratiques intensives normalisées au sein de l'activité. Condition préalable au maintien du *mandat* accordé à ses acteurs, l'ajustement éthique de la réanimation s'opère autour de deux axes : le premier a trait à la définition de la vie et de la mort avec la découverte et la définition du *coma dépassé* ; le second porte sur les pratiques au sein des unités, et plus particulièrement sur l'« accueil » des patients et la prise en charge des risques infectieux inhérents à l'activité.

²⁸³ Richard C., Chastre J., Perrotin D., Papazian L., « Médecine intensive-réanimation : une spécialité à part entière dès 2017 », *Médecine Intensive Réanimation*, 2016, Vol. 25, n° 6, p. 554.

²⁸⁴ *Ibid.*

²⁸⁵ Abbott A., 1988, *op. cit.*

2.1. Les limites de l' « audace »

Au cours des années 1950-60, l'évolution des critères cliniques admis dans la définition de la mort fait émerger des questions éthiques spécifiques à la réanimation. Déterminée jusqu'alors par l' « *arrêt irréversible de la circulation* et son corrélat, celui de *la respiration* »²⁸⁶, la définition de la mort est remise en question avec le principe de « coma dépassé » défini par Pierre Mollaret et Maurice Goulon en 1959²⁸⁷. Également appelé « coma de stade IV »²⁸⁸ ou *irreversible coma*, cet état physiologique dans lequel « l'individu n'est ni mort, ni vivant ; [où] il a cessé d'être un corps, mais il n'est pas encore un cadavre »²⁸⁹ ouvre la voie au renouvellement du rapport à la mort ainsi qu'à de nouvelles interrogations sur les décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives.

Parmi les différents auditoires qui participent à la définition du travail de réanimation, c'est l'institution religieuse qui se saisit d'abord de la question. Le discours prononcé par le pape Pie XII en novembre 1957 pose trois questions morales spécifiques, auxquelles l'Église répondra par le droit à mourir dans la dignité humaine et chrétienne²⁹⁰ :

« Les problèmes qui se posent dans la pratique moderne de la réanimation peuvent donc se formuler en trois questions : d'abord a-t-on le droit, ou même l'obligation, d'utiliser les appareils modernes de respiration artificielle dans tous les cas, même dans ceux qui, au jugement du médecin, sont considérés comme complètement désespérés ? En second lieu, a-t-on le droit ou l'obligation d'enlever l'appareil respiratoire, quand, après plusieurs jours, l'état d'inconscience profonde ne s'améliore pas, tandis que, si on l'enlève, la circulation s'arrêtera en quelques minutes ? [...] Troisièmement, un patient

²⁸⁶ Ide P., « La mort de l'être humain s'identifie-t-elle à la mort du cerveau ? Une remise en cause des critères médicaux actuellement utilisés », *Liberté politique*, n° 8, 1999, p. 78.

²⁸⁷ Mollaret P., Goulon M., « Le coma dépassé » (Mémoire préliminaire), *Revue neurologique*, 1959, n° 101, Vol. 1, p. 3-15.

²⁸⁸ Cette dénomination, encore répandue dans les services, renvoie à une classification en quatre stades de coma : le coma de stade I (« coma vigil ») indique la présence de réaction des patients aux stimuli verbaux ou sensoriels ; le coma de stade II (« coma léger ») indique que le patient n'est plus éveillé et ne répond pas ou peu aux stimuli ; le coma de stade III (« coma profond ») signifie que le patient ne répond plus aux stimuli extérieurs et présente des défaillances des fonctions végétatives pouvant nécessiter une suppléance technique artificielle ; le coma de stade IV (« coma dépassé ») désigne l'abolition totale de la vie végétative qui ne peut être maintenue qu'au moyen d'une suppléance artificielle.

²⁸⁹ Thomas L.-V., « En hommage à Louis-Vincent Thomas. Le cadavre », *Études sur la mort. Thanatologie*, 2006/1, n° 129, p. 16. Texte publié initialement dans : Thomas L.-V., 1980, *Le cadavre. De la Biologie à l'Anthropologie*, Bruxelles, Éditions Complexe, collection de la science.

²⁹⁰ Ces principes ont notamment été définis dans le discours du pape Pie XII : « En réponse à trois questions de morale médicale sur la réanimation », discours prononcé le 24 novembre 1957, *Documentation Catholique* 1957, n° 1267, col. 1607 ; ainsi que par la « Déclaration "*Iura et Bona*" sur l'euthanasie et sur l'observation d'un usage thérapeutique droit et proportionné des médicaments analgésiques », *Documentation Catholique*, 1980, n° 77, p. 697-700.

plongé dans l'inconscience par paralysie centrale, mais dont la vie — c'est-à-dire la circulation sanguine — se maintient grâce à la respiration artificielle, et chez lequel aucune amélioration n'intervient après plusieurs jours, doit-il être considéré comme mort "de facto", ou même "de jure" ? Ne faut-il pas attendre, pour le considérer comme mort, que la circulation sanguine s'arrête en dépit de la respiration artificielle ? »²⁹¹

La réanimation quasi systématique des malades en situation de coma dépassé est donc problématique vis-à-vis de la doctrine de l'Église pour laquelle « il est important de protéger au moment de la mort la dignité de la personne humaine et la conception chrétienne de la vie contre une technicité qui risque de devenir abusive »²⁹². La concurrence entre l'institution médicale et l'institution religieuse pour la définition du travail de réanimation s'apaise en avril 1968, avec l'intervention des autorités publiques. L'état clinique des « vivants-morts »²⁹³ sur lequel portent les problématiques médicales et ecclésiastiques est finalement doté d'une définition légale en 1968²⁹⁴, celle de « mort encéphalique » aussi appelée « mort cérébrale ». La circulaire Jeanneney du 24 avril 1968 précise que le constat de la mort encéphalique doit être établi par « l'existence de preuves concordantes de l'irréversibilité de lésions incompatibles avec la vie. Il s'appuiera notamment sur le caractère destructeur et irrémédiable des altérations du système nerveux central dans son ensemble »²⁹⁵. L'adoption de cette définition ouvre la voie à l'encadrement des pratiques médicales « déraisonnables », plus connues sous les termes d'« acharnement thérapeutique ». À cela s'ajoute la dénonciation progressive des conditions de prise en charge des patients et des familles, caractérisées jusqu'alors par une « absence totale d'information et de recueil de consentement de la part des patients ou de leurs proches que ce soit pour l'administration de soins, des choix thérapeutiques ou de l'inclusion dans des protocoles de recherches cliniques »²⁹⁶.

²⁹¹ Pie XII, *art. cit.*

²⁹² Otteni J.-C., « Église catholique et étudiants en professions de santé », Thèse de doctorat en théologie catholique sous la direction de Marie-Jo Thiel. Soutenue le 18 septembre 2009, Université de Strasbourg, p. 170.

²⁹³ Thomas L.-V., 1980, *art. cit.*, p. 11.

²⁹⁴ Circulaire n° 67 du 24 avril 1968.

²⁹⁵ Le terme est adopté en France avec la circulaire n° 67 du 24 avril 1968 relative à l'application du décret n°47-20-2057 du 20 octobre 1947 relatif aux autopsies et prélèvements (non parue au Journal Officiel). Il est répandu plus généralement au sein de la communauté médicale internationale suite à la mise en place du *Ad hoc Committee of the Harvard Medical School* définissant les critères cliniques permettant son diagnostic : Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition on Brain Death, « A Definition of Irreversible Coma », *Journal of the American Medical Association*, 205, 1968, p. 337-340.

²⁹⁶ Beydon L. et Bazin J.-E., « Evolution de l'éthique en réanimation et en anesthésie de 1945 à 2000 », in : Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dirs.*), 2016, *op. cit.*, p. 317.

Cette réflexion sur les conditions d'accueil et d'hospitalisation traduit plus largement une représentation des « services de réanimation des années 1960 où l'on meurt beaucoup [...] perçus comme déshumanisés en raison de leur organisation fermée où des patients privés d'intimité sont dépendants de techniques agressives délivrées par un personnel omniprésent, mais quelque peu enclin à privilégier les aspects techniques au détriment du patient »²⁹⁷. Avec la dénonciation des conditions d'hospitalisation portées par un modèle professionnel fondé sur « un imaginaire de la nécessaire agression thérapeutique »²⁹⁸, c'est plus largement le mandat accordé aux professionnels qui est remis en cause, fragilisant par ailleurs la stabilité de la profession.

Entendues à bien des égards comme les « principales rançons »²⁹⁹ de la réanimation, les questions d'éthique médicale et de qualité des soins — notamment de prévention des infections nosocomiales et de prise en charge de la douleur — vont s'imposer comme des conditions éthiques impliquant un ajustement des pratiques professionnelles.

2.2. La condition éthique de la réanimation

En réponse aux interrogations morales posées à l'égard de l'activité, la réanimation va faire l'objet d'un ajustement éthique, condition préalable au maintien de l'autonomie professionnelle de ses membres. Engagé au cours de la période 1980-1990, années de « la réflexion et de la structuration de la réanimation »³⁰⁰, cet ajustement s'opère à travers un double mouvement de « moralisation », conduit, d'une part au sein de la communauté médicale, et d'autre part dans le champ juridique précisant le cadre moral de la réanimation.

L'évolution éthique de la réanimation prend forme au cours des années 1970, avec la production d'outils de mesure de l'état clinique des malades visant à objectiver et à légitimer les décisions de réanimation. À l'image de l'introduction des « scores de gravité »³⁰¹, les

²⁹⁷ *Ibid.*, p. 316.

²⁹⁸ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 198.

²⁹⁹ Vachon F., 2016, *art. cit.*, p. 25.

³⁰⁰ *Ibid.* p. 317.

³⁰¹ Également appelés « échelles de gravités » ou « scores pronostics », les « scores de gravités » sont des indicateurs « établi[s] à partir de paramètres cliniques et biologiques corrélés statistiquement à l'issue. [Les] indices de sévérité généraux ont été développés depuis une vingtaine d'années, avec pour objectifs de prédire moins intuitivement le pronostic de survie individuel, et de comparer a posteriori des malades de gravité identique, de façon à évaluer l'efficacité des différentes thérapeutiques mises en œuvre » : Girardet P., Anglade D., Durand M., Duret J., 1999, « Scores de gravité en réanimation », 39^{ème} Conférences d'Actualisation en Anesthésie-Réanimation, SFAR, Paris, Éd. Elsevier, p. 659-678.

outils d'objectivation de la mesure clinique vont doter les professionnels d'un répertoire commun d'action, mobilisé dans le choix des thérapeutiques et plus largement dans les décisions de réanimation, de limitation et d'arrêt des traitements. Appréhendées au prisme d'outils « objectifs » fondés sur un mode d'évaluation quantitative d'espérance de vie³⁰², les décisions de poursuite ou d'arrêt des traitements viennent donner corps à l'« intuition médicale » mise en cause par les auditoires en présence. Outre la consolidation du groupe par l'uniformisation des pratiques, l'évolution des dispositifs médicaux fondée sur une logique « risques-bénéfices », assure au collectif une certaine protection dans les choix de poursuite ou d'arrêt des thérapeutiques. Entreprise au sein des services, la normalisation éthique de la réanimation s'appuie donc sur la multiplication des travaux scientifiques discutant des outils d'objectivation des décisions thérapeutiques et présentés à l'occasion d'événements scientifiques, à l'instar des *Réunions de Printemps* de la SRLF. Consacrés jusqu'alors aux questions cliniques, les travaux menés par les membres de la spécialité vont s'étendre aux questions éthiques, comme en témoigne l'organisation de groupes de réflexion éthique, à l'image du Comité Éthique de la SRLF créé en 1982, précédant d'un an la création du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)³⁰³. Les questions éthiques posées en dehors de la communauté médicale vont progressivement faire l'objet d'une attention particulière par cette dernière, non sans quelques réticences³⁰⁴.

C'est à partir des années 2000 que va s'opérer un tournant majeur dans l'évolution de la pensée médicale en réanimation, avec l'approfondissement des réflexions menées sur la prise en charge de la douleur, l'ouverture des services, et l'évolution de l'accueil du public. Ces réflexions vont donner lieu à la production de références communes, à l'image des recommandations de « limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte »³⁰⁵ de la SRLF ou, plus largement du référentiel « Structures et Organisation des Unités de Réanimation »³⁰⁶ qui comprend 300 recommandations présentées par la Fédération

³⁰² On retrouve parmi les instruments d'évaluation les plus répandus : le *Quality Adjusted Life Years* (QALI) ; l'*Activity of daily living* (ADL) ; le *36 Item Short Form survey* (SF-36) ; le *Nottingham Health Profile* (NPH) ; ainsi que l'*EuroQol-5D* (EQ-5D).

³⁰³ Décret n°83-132 du 23 février 1983 portant création d'un Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

³⁰⁴ Si la SRLF s'est dotée d'un comité éthique dès 1982, la SFAR quant à elle s'est opposée à cette initiative jusqu'aux années 2000, moment de la création du comité ICARE, gageant que la diversité des opinions était garante d'une réflexion éthique de qualité : Beydon L. et Bazin J.-E., *art. cit.*, p. 323.

³⁰⁵ SRLF, 2002, « Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte », *Recommandations de la Société de Réanimation en Langue Française*.

³⁰⁶ Fédération de la Réanimation, 2011, « Structures et Organisation des Unités de Réanimation », *Référentiel*.

de Réanimation³⁰⁷ et dont l'un des volets est réservé au « droit des patients et principes de bienveillance » en réponse aux attentes sociales.

Parallèlement à l'évolution menée au sein du corps médical, l'ajustement éthique de la réanimation se déploie dans l'espace juridique au cours des années 1980³⁰⁸. Mais c'est au début des années 2000 que l'encadrement juridique de la réanimation va se préciser, avec l'adoption de la loi du 4 mars 2002 renforçant les droits des malades³⁰⁹. Seront définis à cette occasion les principes de « personne de confiance », désignée par le patient pour s'exprimer en son nom lorsque celui-ci est dans l'incapacité d'énoncer sa volonté, et de « respect de l'autonomie du malade » lorsque ce dernier est dans l'incapacité de s'exprimer. L'article L. 1111-4 du Code de la Santé publique précise à ce propos que :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ».

Le respect des droits des malades ne fait donc plus seulement l'objet d'une reconnaissance morale. Il consiste plus largement en une obligation légale définie avec l'article L. 1110-7 du Code de la Santé Publique comme un critère d'évaluation dans le cadre de l'accréditation hospitalière :

³⁰⁷ Créée en 2012, la Fédération de la Réanimation réunit la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) ; le Collège National des Enseignants de Réanimation (CNER) ; la Sous-Section 48-02 du Conseil National des Universités (CNU) ; le Collège des Réanimateurs des Hôpitaux Extra Universitaires Français (CREUF) ; le Syndicat National des Réanimateurs des Hôpitaux Publics (SNMRHP) ; le Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques (GFRUP) ; l'Association des Réanimateurs du Secteur Privé (ARDSP).

³⁰⁸ Notamment avec l'adoption de la loi « Huriet » n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

³⁰⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Parue au J.O.R.F. du 5 mars 2002.

« L'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation prévues au premier alinéa de l'article L. 6113-8 »³¹⁰.

En introduisant le principe d' « obstination déraisonnable », couramment appelé « acharnement thérapeutique », la loi « Leonetti »³¹¹ renforce les droits des malades, précisant par ailleurs le cadre légal des décisions de poursuite et d'arrêt des traitements. La loi Leonetti indique à cet endroit que les traitements « ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10 »³¹². Ainsi la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) doivent-ils être décidés en fonction, soit de la volonté du patient lorsque ce dernier est conscient et en état de s'exprimer, soit de ses directives anticipées³¹³, de l'avis de la personne de confiance ou de la décision collégiale³¹⁴ lorsqu'il est dans l'incapacité de s'exprimer. À ces principes s'ajoute l'accès aux soins palliatifs, défini par l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique, précisant les conditions d'utilisation d'analgésiques dans le soulagement de la douleur des patients en fin de vie :

« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de

³¹⁰ Art. L. 1110-7 modifié par l'Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³¹¹ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

³¹² Art. L.1110-5 du Code de la santé publique. Modifié par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

³¹³ Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

³¹⁴ Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre.

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté »³¹⁵.

L'affirmation du malade dans le processus de soins, souhaitée par la loi « Leonetti », se renforce avec l'adoption de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Ces nouveaux droits se traduisent par : le renforcement du droit du patient au refus de soins supprimant l'obligation pour le médecin de convaincre l'acceptation des soins indispensables³¹⁶ ; le droit à l'apaisement de la souffrance par la mise en œuvre de moyens analgésiques et sédatifs « même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger la vie »³¹⁷ ; le renforcement des directives anticipées désormais entendues comme l'expression de volontés directes s'imposant au regard de la décision médicale « sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation »³¹⁸ ; le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès « provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie »³¹⁹.

Le droit à la sédation continue, particulièrement significatif de l'évolution de la prise en charge des patients en réanimation, traduit plus largement le double mouvement opéré au sein des communautés médicales et juridiques en réponse aux attentes sociales portées individuellement ou collectivement, à l'instar de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD). D'une part, il rend compte des limites posées à une hiérarchie des risques au sommet de laquelle culmine la prolongation de la vie « à tout prix »³²⁰. D'autre part, il témoigne de l'évolution de la pensée médicale, condition du maintien de l'autonomie

³¹⁵ Article L. 1110-5 du Code de la santé publique. Modifié par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

³¹⁶ Article L. 1111-4 du code de la santé publique.

³¹⁷ Article L. 1110-5-3 du Code de la santé publique.

³¹⁸ Article L. 1111-11 du Code de la santé publique.

³¹⁹ Article L. 1110-5-2 du Code de la santé publique.

³²⁰ Paillet A., 2007, *op. cit.*, p. 74-76.

professionnelle, avec l'extension du regard clinique au regard éthique, tenant compte des attentes des patients et des familles, acteurs de la « trajectoire de la maladie »³²¹ et, *a fortiori*, de l' « écologie des professions »³²² hospitalières.

³²¹ Fagerhaugh S., Strauss A., Suczeck B., Wiener C., « Social Organization of Medical Work », *American Journal of Sociology*, 1985, vol. 66, n° 4, pp. 352-334. Traduit sous le titre « Maladie et trajectoires », in : Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie quantitative et interactionniste*, textes réunis et présentés par Isabelle Bazsanger. Paris, L'Harmattan, p. 143-189.

³²² Abbott A., « Écologies liées : à propos du système des professions », in Menger P., (Dir.), 2003, *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, Éditions de la MSH.

Conclusion du chapitre 1.

Héritiers de la tradition clinique et de la physiologie expérimentale, les « pionniers » de la réanimation ont œuvré à l'application d'un nouveau paradigme médical. En réponse à l'urgence et à l'incertitude, ils ont contribué à façonner un « esprit de la réanimation ». Ce faisant, ils ont inscrit durablement une éthique de l'audace au cœur de la réanimation, caractérisée en premier lieu par la lutte contre la mort et la maladie. Socialisés à ces principes, leurs légataires ont œuvré à la professionnalisation de la discipline. Pour ce faire, ils ont procédé à la transformation des connaissances en savoirs professionnels au moyen d'un travail continu de production, de diffusion et de valorisation débouchant sur l'universitarisation de la réanimation. Cette nouvelle spécialité médicale a néanmoins fait émerger de nouvelles interrogations éthiques en mettant en cause les critères traditionnellement admis à l'endroit de la vie et de la mort. Ce n'est qu'au prix d'un ajustement du *mandat* que les membres de la spécialité ont pu préserver leur autonomie professionnelle. En s'impliquant dans les discussions éthiques liées aux décisions de poursuite ou d'arrêt des thérapeutiques et dans la réorganisation des services jusqu'alors « déshumanisés », ils se sont en partie prémunis du contrôle externe de leur activité. « Pionniers » dans l'exploration des limites de la vie et de la mort, les acteurs de la réanimation l'ont donc également été dans la définition de leur activité.

L'examen des conditions d'émergence de la réanimation met au jour l'ambivalence sur laquelle repose l'activité. D'une part, elle s'appuie sur des principes « guerriers » caractérisés par la primauté de l'urgence et le recours à des techniques de suppléance le plus souvent invasives. D'autre part, elle constitue une médecine « profondément humaine »³²³ en ce qu'elle est destinée au maintien de la vie « à tout prix », parfois à son corps défendant. Loin de représenter un obstacle à la professionnalisation de ses acteurs, cette ambivalence constitue même une ressource dans la fermeture des frontières matérielles et symboliques du travail. Comme on le verra dans le chapitre suivant, elle représente le cadre ordinaire de la socialisation des soignants de réanimation, leur permettant de se revendiquer en tant que segment professionnel à part entière.

³²³ Laterre P.-F., « Préface », in Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (dirs.), 2016, *op. cit.*, p. 8.

Chapitre 2

« Nous, la “réa”... » : Rhétorique, trajectoires et carrières soignantes en réanimation

Lorsqu'ils ne présentent pas d'eux-mêmes leur affiliation aux services de réanimation, les soignants de « réa »³²⁴ témoignent de leur appartenance à la spécialité, affichant les traits caractéristiques d'un segment professionnel³²⁵ : revendication de savoirs spécifiques et différenciation à l'égard des « services traditionnels »³²⁶, sélection à l'entrée, conversion à la culture professionnelle, entretien d'un « esprit de corps »³²⁷, confraternité (*colleagueship*)³²⁸, démonstration d'unité dans les interactions avec le public.

Ce sentiment d'appartenance repose en premier lieu sur la distinction qu'ils opèrent à l'endroit des soignants des « services traditionnels ». Celle-ci se manifeste non seulement au regard du prestige relatif à leur spécialité, mais aussi compte tenu des conditions d'exercice plutôt « favorables », les services étant généralement « bien lotis ». Pour autant, un examen approfondi de leurs pratiques et de leurs discours montre que ce sentiment d'appartenance se caractérise davantage par leur adhésion à une médecine de combat. Les soignants de « réa », comme ils se désignent eux-mêmes, délimitent les contours de leur collectif à partir d'une double acception des soins : s'accordant sur l'impératif thérapeutique, ils s'entendent également sur la nécessité des tâches relationnelles. Bien qu'ils soient le plus souvent désignés par les personnels des « services traditionnels » comme des « techniciens » exerçant dans des « services mouvoirs », ils revendiquent pour leur part une « approche

³²⁴ Commune dans les services de réanimation, l'expression « réa » est empruntée aux personnels soignants.

³²⁵ La notion de « segment professionnel » est utilisée par Rue Bucher et Anselm Strauss pour « pour désigner [l]es groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession [...]. On ne s'attend pas dans ce monde à ce que les membres d'une profession aient les mêmes intérêts : l'important c'est qu'ils en persuadent l'extérieur, les professions sont un conglomérat lâche de segments réunis sous le même drapeau » : Bucher R., Strauss A., « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, 1961, 66 (4), p. 325-334. Traduit sous le titre « La dynamique des professions », in : Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie quantitative et interactionniste*, textes réunis et présentés par Isabelle Bazzanger. Paris, L'Harmattan, p. 67-87.

³²⁶ Les soignants rassemblent sous cette expression l'ensemble des services qui s'éloignent le plus des services techniques, à l'image, par exemple, de la réanimation, de la chirurgie, des urgences ou des services de neurologie.

³²⁷ Gross E., 1958, *Work and Society*, New York, Thomas Y. Crowell, p. 223-235. Cité par : Bucher R., Strauss A., 1961, *art. cit.*

³²⁸ Bucher R., Strauss A., 1961, *art. cit.*, p. 77.

globale »³²⁹ des soins de réanimation, s'employant ainsi à la définition de leur «juridiction professionnelle »³³⁰ (*section 1*). Pour autant, leur adhésion à une éthique de l'audace ne relève pas seulement de leur affectation dans les services. Elle repose aussi sur un processus de socialisation professionnelle au long cours : perceptible dans la trajectoire sociale³³¹ qui précède l'entrée des soignants dans les services, elle s'affirme par la « conversion doctrinale »³³² conduite par les pairs. Ce deuxième temps invite à reconsidérer le façonnement du segment au prisme des logiques internes portées par ses membres. En examinant les trajectoires d'entrée et le déroulement des carrières (« *career line* »)³³³, on identifie alors certaines des conditions biographiques préalables et des mécanismes clés qui permettent le maintien du segment dans le temps (*section 2*).

³²⁹ Introduit en 1972 dans le « nouveau programme de formation infirmière », l'« approche globale » des infirmières permet de resituer le patient dans son environnement physique et social. Sa maladie est au centre : l'approche globale met en évidence les facteurs qui influencent la prise en charge, le soin ou l'accompagnement ». Aussi représente-t-elle un élément clé de l'autonomisation de soins infirmiers, prenant en compte l'expertise relationnelle de ces derniers dans la réalisation et dans la définition des soins : Aromataro O., « Infirmière de santé publique : une approche différente de l'homme et de sa santé », *Santé Publique*, 2004/2, vol. 16, p. 354.

³³⁰ Abbott A., 1988, *op. cit.*

³³¹ Dubar C. « Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques », *Sociétés contemporaines*, 1998/02, n° 29.

³³² Davis F., 1968, *Professional socialization as Subjective Experience : The Process of Doctrinal Conversion among Student Nurses* », in : Becker H., Geer B., Riesman D., Weiss R. (eds), *Institutions and the Person : Essai in Honor of Everett Hughes*, Chicago, Free Press, p. 235-251.

³³³ Hughes E.C., 1981 [1958], *Men and their work*, Westport, Greenwood Press Reprint.

Section 1. Du portage du modèle médical à l'expression d'un segment professionnel « hybride »

En tant qu'activité de pointe dont l'objet touche à certains des aspects les plus élémentaires de la vie humaine, la réanimation permet aux soignants de profiter du prestige accordé à une « activité médicale épurée, la réflexion sur les beaux cas, ceux qui permettent le plaisir du diagnostic difficile »³³⁴. Cependant, leur affiliation à la spécialité ne repose pas sur leur seule affectation dans les services. Elle suppose un engagement cognitif qui se manifeste à l'égard de la spécialité, mais aussi à l'encontre des « services traditionnels ». Leur engagement se précise ainsi au travers de leur adhésion à une médecine de combat, parfois même au détriment de leurs propres représentations des soins. Ils arrivent pourtant, en dernier lieu, à concilier une approche à la fois « guerrière » et « pacificatrice ». Reprenant à leur compte quelques-unes des caractéristiques associées aux professions établies, ils revendiquent le monopole d'une approche globale qui participe de la fermeture de leur marché du travail.

1. L'adhésion à une « médecine de combat »

S'ils restent associés à la figure soignante³³⁵, ne serait-ce que par la position qu'ils occupent dans la division du travail hospitalier, les soignants manifestent leur adhésion à une médecine de combat. Leur affiliation à la réanimation s'exprime au regard leur engagement (*commitment*³³⁶), entendu comme une « trajectoire d'actions cohérentes »³³⁷ observables compte tenu de leur implication, de la disqualification des « services traditionnels » et de la revendication de savoirs spécifiques. Pour le dire autrement : « quand tu as fait de la réanimation, après tu veux plus aller ailleurs » (Fabrice, 39 ans, aide-soignant).

³³⁴ Peneff J., 1992, *op. cit.*, p. 41.

³³⁵ Bourgeon D., « De quelques déterminants paramédicaux à l'esquisse d'une figure soignante », *Recherche en soins infirmiers*, 2002/06, n° 69, p. 5-29.

³³⁶ Dans sa note sur le concept d'engagement (*commitment*), Howard Becker précise que : « l'engagement [...] survient au travers d'une série d'actes dont aucun n'est crucial mais qui, pris ensemble, constituent pour l'acteur une série de paris adjacents d'une telle ampleur qu'il peut vouloir ne pas les perdre. Chaque acte insignifiant d'une telle série est, pour ainsi dire, une petite brique d'un mur atteignant pour finir une telle hauteur que la personne ne peut le gravir » : Becker H., « Notes on the Concept of Commitment », *The American Journal of Sociology*, vol. 66, n° 1, 1960, p. 32-40. Traduit par Soulet M.-H., Baechler D., Emery Haenni S., sous le titre « Sur le concept d'engagement », *SociologieS* [En ligne], Découvertes / Redécouvertes, Howard Becker, mis en ligne le 22 octobre 2006.

³³⁷ *Ibid.*

1.1. « Tout le monde peut pas travailler en “réa”... » : la réanimation comme forme d’engagement

Comme l’écrivent Rue Bucher et Anselm Strauss au sujet de la dynamique des professions : « la situation de travail et l’institution elle-même ne sont pas simplement des lieux où les membres de divers métiers se rencontrent et remplissent des rôles professionnels standards, conflictuels ou ajustés. Ces lieux constituent le contexte où naissent et se développent de tels rôles »³³⁸.

En réanimation, ces rôles se dessinent au regard de situations souvent critiques, nécessitant la prise en charge des défaillances multiviscérales aiguës. Ainsi la figure professionnelle des soignants de réanimation se profile-t-elle à l’aune d’actes techniques et de gestes invasifs, mais aussi d’un rapport particulier à la souffrance, à la maladie et à la mort. Les « situations difficiles », appréhendées comme telles selon l’âge, le statut familial, la nature de l’admission dans le service, etc.³³⁹, mettent en évidence ce qui relève l’engagement dans le travail :

« On se fait du mal si on s’attache trop. J’ai eu une collègue, elle s’attachait trop, c’était comme si c’était sa famille. Et un jour, elle a craqué. Elle a pleuré avec la famille. Mais on peut pas faire ça. Enfin, après, si on pleure avec la famille on n’est plus le support pour eux. Et puis c’est pas notre rôle. On peut pas travailler en réa si on fait ça [...]. Je vois les gens pleurer des fois, je veux pas dire que je suis un dur, mais quand on en a en permanence, là c’est difficile. Mais en même temps, on en parle entre nous dans le service et après moi je fais la part des choses. Les cas comme ça, tu les gardes toujours un peu avec toi, et après, ça s’en va. Il y a des cas comme ça, des patients qu’on a eus longtemps et qui ont fait des rechutes, tout ça, c’est des cas qui te marquent. Alors c’est là, ça fait partie du boulot, faut l’accepter » (Cyril, 35 ans, infirmier).

L’attitude de retenue caractéristique des soignants de réanimation constitue un premier trait fondamental de leur rôle au même titre qu’une nécessité pour la poursuite du travail. Le sentiment de devoir « prendre sur soi » est d’autant plus fort dans les services que la plupart des patients sont sédatisés, inconscients et particulièrement vulnérables, rappelant

³³⁸ Bucher R., Strauss A., 1961, *art. cit.*, p. 85.

³³⁹ Les « situations difficiles » s’appréhendent pour la plupart d’entre elles à travers les sentiments d’injustices qu’elles produisent chez les soignants. Bien souvent, l’admission et le décès d’un malade considéré comme « jeune » par les soignants, qui plus est lorsqu’il s’agit d’un père ou d’une mère ayant des enfants en bas âge, admis suite à un « mauvais AVP [accident sur la voie publique] » suscite davantage de réactions d’injustice que d’autres situations *a priori*.

aux soignants leur propre finitude. Il est aussi exacerbé par la manipulation des corps inanimés, le contact avec les matériaux « impurs »³⁴⁰, le rapport à l'intime, etc., formant le cadre ordinaire d'un travail marqué à la fois par l'audace et la retenue.

Cette posture ambivalente témoigne d'une oscillation continue « entre deux attitudes : prendre en charge un patient *objet* de soin, ou prendre en charge un patient *sujet* »³⁴¹. La dualité du rôle adopté par les soignants met au jour leur affiliation à une discipline médicale marquée par un fonds culturel de l' « audace ». Cette oscillation s'observe dans les gestes les plus ordinaires comme le montage, par exemple, le déroulement d'une toilette en réanimation :

Monsieur V. est hospitalisé depuis cinq jours à la suite d'un accident domestique. Il est « douloureux »³⁴². En état de « réveil pathologique »³⁴³, il est intubé-ventilé et attaché aux poignets « pour sa sécurité ». Il est lourdement « techniqué », ce qui rend sa manipulation d'autant plus délicate.

L'aide-soignante prépare le matériel de toilette dans la chambre. Elle dispose des gants, des serviettes, un drap, une alaise, et une taie d'oreiller sur l' « adaptable »³⁴⁴. L'infirmière entre dans la chambre avec le « lève-malade »³⁴⁵. Elle s'approche de monsieur V. et lui annonce : « on va commencer la toilette monsieur V. » [...]. Elle passe le gant humidifié sur le visage de monsieur V. qui peine à soulever la tête.

L'infirmière saisit le bras du malade. Elle le lève habilement pour permettre à l'aide-soignante de nettoyer « les plis ». Elles procèdent de la même façon pour le buste, le dos et les jambes avant de s'employer à la « petite toilette »³⁴⁶. Le patient est « douloureux » et se contorsionne. L'infirmière lui maintient alors les jambes avec force. Elle tente de le rassurer : « ne vous énervez pas monsieur V. ça va prendre quelques instants seulement ».

³⁴⁰ Douglas M., 2001, *op. cit.*

³⁴¹ Kentish-Barnes N., Valy J., « Les soignants et la mort en réanimation », in : Schepens F., 2016 (2013), *Les soignants et la mort*, Toulouse, Éditions Érès, Coll. « Clinique du travail », p. 23-24.

³⁴² L'expression est empruntée aux soignants.

³⁴³ Couramment utilisé dans le langage indigène, le terme de « réveil pathologique » est employé par les soignants pour qualifier un état de conscience sommaire après une période de coma ou une sédation artificielle. Les patients qualifiés de « réveils pathologiques » répondent à certaines stimulations sans pour autant répondre clairement aux questions des soignants.

³⁴⁴ L' « adaptable » est un plan de travail mobile sur lequel sont disposés toutes sortes d'objets, aussi bien médicaux qu'effets personnels des malades.

³⁴⁵ Le lève-malade, aussi appelé « lève-personne » est un appareil médical électrique, fréquemment utilisé dans les services. Il sert à la mobilisation des personnes sédâtées, curarisées ou dans l'incapacité de se déplacer.

³⁴⁶ Il s'agit de nettoyer les parties génitales, cachées par une serviette durant la « toilette ».

Monsieur V. grimace un peu plus. Sur le ton de l'humour, bien qu'elle soit gênée, l'aide-soignante encourage le malade : « allez monsieur V., un petit effort. Et puis vous allez être beau comme ça, vous allez plaire aux femmes avec votre parfum ».

Lorsqu'elles installent Monsieur V. dans le « lève-malade », ce dernier se met à tousser avec insistance [...]. L'évolution des constantes vitales affichées sur le « scope »³⁴⁷ inquiète les soignantes. L'infirmière saisit alors le tube d'aspiration et l'introduit précipitamment dans la sonde d'intubation pour évacuer les sécrétions bronchiques. Elle recommence à plusieurs reprises alors que l'aide-soignante, qui maintient le malade, tente de le rassurer [...].

Monsieur V. est « stabilisé » après plusieurs minutes. L'infirmière le réinstalle pendant que l'aide-soignante, qui a changé les draps du lit, évacue le linge sale avant de commencer l'entretien de l'environnement³⁴⁸.

L'expression de cette dualité n'est pas laissée au hasard. Elle relève d'une catégorisation profane qui met au jour la double ascendance professionnelle des soignants de réanimation. Ainsi, comme l'indiquent Nancy Kentish-Barnes et Julien Valy à propos de l'attention portée au patient en réanimation : « il est intéressant de noter que pendant l'hospitalisation, la gravité de l'état du malade permet son évacuation en tant que sujet, mais ce dernier revient en force au moment de la mort : il n'est plus patient objet de soin, mais une personne en fin de vie, et réveille donc des problématiques différentes »³⁴⁹. Et c'est bien, parce que Monsieur V. est en « réveil pathologique », signe d'une défaillance neurologique potentiellement irréversible pour l'infirmière et l'aide-soignante en charge de la toilette, que ces dernières lui accordent une attention toute particulière.

1.2. « Dans les services traditionnels... »

L'engagement des soignants ne se limite pas à leur implication dans le travail ni à leur affiliation à une philosophie médicale « combative ». Il prend forme également au travers des stratégies « horizontales » de différenciation menée à l'endroit des « services traditionnels ». Celles-ci peuvent être appréhendées compte tenu : 1) des ressources matérielles à disposition des soignants ; 2) de la nature et des modes d'organisation du travail entre les soignants d'un même service ; 3) de l'absence ou de l'entretien d'un esprit de corps découlant des modes d'organisation du travail.

³⁴⁷ Écran de surveillance des constantes vitales.

³⁴⁸ Extrait du journal de terrain. Service de réanimation chirurgicale, « hôpital du plateau ».

³⁴⁹ Kentish-Barnes N., Valy J., 2016 (2013), *art. cit.*, p. 24.

L'affirmation de leur adhésion à la réanimation repose en premier lieu sur les ressources dont ils disposent dans l'exercice de leurs fonctions. La plupart des soignants s'accordent en effet sur leurs conditions de travail qu'ils estiment « avantageuses » au regard des « services traditionnels ». En cause, le fonctionnement de la spécialité, « coûteuse en personnel médical et paramédical, et onéreuse car elle exige de bénéficier sans cesse des avancées considérables de la médecine, de décennie en décennie »³⁵⁰. Aussi les soignants de réanimation bénéficient-ils de conditions de travail « confortables », en matière de temps, de personnels et de ressources matérielles telles que les consommables hospitaliers et médicaux. Conscients d'être « bien lotis » en comparaison de nombreux services hospitaliers, ils n'hésitent pas à mobiliser le cadre juridique pour faire valoir leur droit de travailler « en nombre ». L'article D6124-32 du Code de la Santé Publique indique à ce titre que « sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation adulte comprend au minimum : deux infirmiers ou infirmières pour cinq patients ; un aide-soignant pour quatre patients³⁵¹ ». Et comme le précise Mélanie, infirmière :

« On a la possibilité de travailler dans des conditions qui sont quand même plus que confortables. On a trois patients maximum à s'occuper, quatre quand on est en sous-effectif. Et puis il y a toujours un médecin dans le service. On travaille avec nos aides-soignantes, en binôme, et qui sont toujours avec nous. Enfin, c'est assez confortable comme conditions de travail par rapport à des filles qui sont en service traditionnel et qui ont vingt ou trente patients pour une seule infirmière » (Mélanie, 27 ans, infirmière).

L'effectif moyen des personnels exerçant au sein des services enquêtés donne quelques indications significatives à ce sujet. Au moment de l'enquête, les équipes paramédicales de réanimation de l'« hôpital du plateau » sont composées de quatre-vingt-six personnels infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers pour trois unités de soins pouvant accueillir jusqu'à 8 à 12 patients chacune. Travailler « en nombre » c'est donc également la possibilité de travailler « réellement en binôme ». Plus encore, c'est aussi l'occasion de s'affranchir de tâches routinières tout en passant du temps auprès des patients à la différence de certains « services traditionnels » :

³⁵⁰ Vachon F., « La réanimation médicale française », in : Cazala J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dirs.*), 2016, *op. cit.*, p. 25.

³⁵¹ Article D 6124-32 du Code de la santé publique. Modifié par Décret n°2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique.

« Enfin tu vois, tous les jours c'est pareil [en gériatrie]. Tu arrives et, déjà, t'es tout seul. T'as pas d'infirmière pour t'aider ou quoi. Tu commences ta journée, tu fais le tour des chambres, tu remontes tous les patients dans leur lit, tu ouvres les volets, tu leur mets la serviette ou des grands bavoirs. Ensuite, tu passes avec le chariot des petits déjeuners et, souvent, il faut leur donner la bouillie ou des trucs comme ça. Puis, tu t'attaques à toutes les toilettes. Tu en as en moyenne huit par aide-soignante. Tu as environ dix minutes pour les laver, puis tu les habilles, tu les mets dans le fauteuil roulant et tu les emmènes dans la salle de vie. Et après, il est midi. Tu leur redonnes à manger et tout ça, et après il est deux heures et puis tu t'en vas. Par contre, s'il y avait plus de personnel ça pourrait être sympa parce que tu pourrais faire des choses. Il y a des activités un peu le midi, mais c'est quasiment rien. Quand tu fais la toilette en moins de dix minutes, c'est terrible, parce que même moi je mets plus de temps à me laver. Et tu vois, les gens ont une hygiène, c'est... Des fois, ils sont cadres, ils ont les pieds pourris, ils ont de la corne partout. On n'a même pas le temps de mettre de la crème sur les jambes pour hydrater ou quoi. Tu vois, ils sont bien traités, ils sont lavés tous les jours, ils ont à manger tous les jours. Ok, mais à côté, il n'y a rien. C'est vraiment du soin de base, et moi, c'est pas ma conception du travail. Et ça, c'est pas les équipes. C'est pas les équipes du tout, parce que quand t'es que quatre pour t'occuper de trente-deux patients, et bah tu peux pas faire plus » (Julie, 36 ans, aide-soignante).

La distinction faite avec les services les « moins lotis » s'opère donc aussi, de manière plus implicite, au regard de la nature du travail qui y est réalisé : présentées comme plus monotones et moins techniques, les tâches effectuées dans les « services traditionnels » servent d'appui pour la valorisation du travail en réanimation. Il n'est d'ailleurs pas rare d'entendre, lors d'une pause cigarette ou d'une discussion dans la salle de pause, les soignants de réanimation plaisanter au sujet des « services traditionnels »³⁵². Néanmoins, les critiques émises par les soignants de réanimation à l'encontre des « services traditionnels » renvoient presque toujours aux conditions de travail de ces services, et notamment, au manque d'effectifs, à la charge élevée de travail qui en découle ainsi qu'à l'impossibilité de travailler « réellement en binôme » et d'entretenir un « esprit d'équipe » :

« J'aurais du mal à aller dans un service traditionnel. Ce que j'appelle un service traditionnel c'est un service où tu as quinze ou vingt patients, avec ton petit chariot, tes

³⁵² Les « plaisanteries » au sujet des « services traditionnels » sont généralement formulées en réponse aux critiques émises concernant la réanimation. C'est le cas, par exemple, d'une infirmière de réanimation qui, ayant fait l'objet de moqueries en dehors du service, étant qualifiée de « croque-mort », a répondu par une « plaisanterie » visant à disqualifier les propos de son interlocutrice.

petits dossiers de soins, et c'est parti pour une prise de tension, pour un relevé de bilan et tout ça. Je dis pas que c'est pas intéressant, mais je pourrais pas. [...]. Bon, après c'est vrai que parfois on n'a pas le temps non plus, mais en même temps, dans un service traditionnel tu vas te retrouver à faire des retours de blocs, à prendre la tension, à faire des pansements et voilà. On fait ça aussi en réanimation, mais c'est pas la même chose du tout » (Alexandre, 27 ans, infirmier).

Un dernier élément se révèle ici : l'aversion pour le travail individuel. En outre, c'est même l'« esprit d'équipe » qui est souligné par les soignants quand ils évoquent la solitude de leurs pairs exerçant dans des « services traditionnels ». Et ce n'est peut-être pas un hasard si cet esprit d'équipe, valorisé au sein des services, renvoie au fonds culturel de la réanimation, celui d'une « immense chaîne de solidarité »³⁵³. On comprend mieux alors, pourquoi les soignants entretiennent des stratégies de différenciation envers les « services traditionnels » : parce que la nature du travail de réanimation implique une certaine interdépendance entre ses membres et que celle-ci permet la conduite du travail :

« Ce qui nous fait tous tenir en réanimation c'est les collègues. On a une très bonne ambiance dans l'unité. Quand ça va pas, on va trouver les collègues et tout de suite ils nous remontent le moral, on rigole même si c'est triste. On va en salle de pause, on sort le bouquin des conneries de l'unité [rires] et du coup voilà... Mais après je me dis que si la direction ferme l'unité³⁵⁴, si l'équipe est éclatée, bah je pense que je me poserais la question de rester à l'hôpital » (Carine, 33 ans, aide-soignante).

L'entretien d'un « esprit d'équipe » permet de comprendre l'attachement des soignants aux services de réanimation. S'il constitue un mécanisme qui « fait tenir ensemble », il représente aussi un puissant vecteur d'identification au sein d'un univers hospitalier fragmenté. Et comme l'indique Carine à propos de la fermeture éventuelle de l'unité dans laquelle elle travaille, l'« éclatement de l'équipe » constituerait une remise en cause du rapport au travail, témoignant de l'identité collective et du sentiment soutenu d'appartenance des soignants aux services de réanimation.

³⁵³ Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dir.*), 2016, *op. cit.*, p. 30.

³⁵⁴ Différentes rumeurs circulent sur la fermeture d'une des trois unités de réanimation de réanimation chirurgicale de l'« hôpital du plateau ». Mettant en évidence l'opacité des informations transmises aux équipes soignantes, ces rumeurs suscitent de vives inquiétudes chez les personnels de ce service. Plusieurs mois après l'enquête, la direction de l'hôpital a procédé à une réorganisation de l'unité, en ouvrant six lits destinés à des patients « neurolésés ». L'unité n'a finalement pas été fermée et les équipes sont restées dans l'unité à la condition de se « former aux pratiques de manipulation des neurolésés » comme me l'indiquera l'une des infirmières de l'unité.

1.3. Justifier l'adhésion : « ici, on fait vraiment notre travail »

Fondé sur une éthique de l'audace *a priori* contraire à un « imaginaire infirmier »³⁵⁵, l'engagement dans une médecine de combat semble contradictoire pour les soignants de réanimation³⁵⁶. Ces derniers présentent pourtant la réanimation comme une discipline par laquelle s'exprime pleinement l'« approche globale »³⁵⁷ du malade, aussi bien dans le versant technique que dans les tâches dites « relationnelles ». S'il suscite parfois des interrogations quant au « respect de la personne humaine »³⁵⁸, le travail en milieu technique ne semble donc pas incompatible avec les principes d'une prise en charge « globale ». Il est même présenté par les soignants comme l'une des raisons de leur engagement en réanimation.

Pour comprendre comment les soignants adhèrent à un idéal médical guerrier qui paraît bien éloigné de l'idéal « pacificateur » des soins³⁵⁹, il faut d'abord se pencher sur la valeur sociale qu'ils attribuent aux gestes techniques. Qu'ils relèvent du « rôle propre »³⁶⁰ infirmier ou qu'ils soient réalisés sur prescription médicale, les soins techniques sont en effet valorisés au sein des services. D'abord, en raison de la contribution aux actes médicaux convoqués dans la suppléance des fonctions vitales. Ensuite, en vertu de la maîtrise de savoirs experts que cette contribution implique. Aussi la diversité de ces gestes — intubations, extubations, aspirations trachéales, pose de sonde gastrique, aide à la pose d'une voie veineuse centrale ou d'un cathéter artériel, etc. — représente-t-elle une certaine opportunité, voire un investissement cognitif pour les soignants : « quand tu as fait de la réa, après tu peux tout faire ».

³⁵⁵ Acker F., « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, 1991, Vol. 9, n° 2, p. 123-143.

³⁵⁶ Cette contradiction apparente qui soulève la question des interactions avec les malades « techniqués » sera abordée plus en détail dans le chapitre 6.

³⁵⁷ Aromataro O., 2004, *art. cit.*

³⁵⁸ Art. 2 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

³⁵⁹ Rappelons que le terme « soigner » provient du latin tardif *soniare* : « s'occuper de ».

³⁶⁰ L'article L473 de la loi 78-615 31 mai 1978, précise qu'« est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ». Le référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation met en évidence certains des soins techniques réalisés sur rôle propre dans les services. On retiendra notamment : l'identification des besoins du patient en situation de détresse vitale, la gestion de la suppléance rénale, la surveillance neurologique, la prévention des risques liés aux défaillances de la fonction neurologique et aux états d'agitation, l'organisation de l'ensemble des soins du patient polytraumatisé : « Référentiel de compétence de l'infirmière de réanimation », Société de Réanimation de Langue Française, Collège des Réanimateurs Extra-Universitaires Français, Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, *Réanimation*, 2011, vol. 20, Suppl. n° 3.

L'engagement des soignants en réanimation trouve également une autre explication, tournée cette fois-ci vers les apports mutuels du travail en binôme tel qu'il se déploie dans les services : aux aides-soignantes profitent les compétences techniques des soins infirmiers³⁶¹ ; aux infirmières profitent les « compétences sociales »³⁶² habituellement admises à l'endroit des aides-soignantes. Le travail en binôme consiste ainsi la plupart du temps en une mutualisation des savoirs techniques et des compétences relationnelles, mobilisée autour d'un même objet, la prise en charge « globale » du patient. Pour les infirmières, il se traduit soit comme un moyen de répartir la charge de travail, soit comme une source d'humanisation des soins hautement techniques :

« Moi, les choses que je peux faire à deux, je préfère les faire à deux. Après, c'est vrai que les aides-soignantes elles voient des choses qu'on ne voit pas toujours. Peut-être qu'on n'a pas toujours le temps, ou que c'est pas un réflexe, mais elles vont te dire qu'il est irrité ou qu'il a une escarre et tout ça. Enfin, on apprend aussi beaucoup parce qu'elles vont regarder des choses différentes de toi » (Angélique, 39 ans, infirmière).

« Le travail en "réa" c'est en équipe. C'est pluridisciplinaire. T'as beaucoup d'intervenants et il faut que ça tourne. C'est pour ça qu'il y a beaucoup de staffs, beaucoup de réunions entre nous. On travaille beaucoup en binôme avec l'aide-soignant. Donc... Moi le travail en binôme j'adore ça. Je trouve ça vraiment intéressant. Après, tout le monde n'aime pas, il y a des infirmières qui te disent "moi ça m'embête de faire des soins de confort alors que j'ai fait trois ans d'études". Moi, je suis pas dans cet état d'esprit là. Le patient, bah oui, il a aussi besoin d'écoute et de soins de confort » (Florent, 27 ans, infirmier).

Pour les aides-soignantes, il représente une ressource pour la valorisation de leur activité, ces dernières exprimant le sentiment de réaliser pleinement leur rôle d' « aides » et de « soignantes », par opposition aux tâches effectuées dans les « services traditionnels ». Ce faisant, elles revendiquent leur affiliation au monde technique de la réanimation, bénéficiant d'une valorisation de leur position au sein de la division du travail hospitalier³⁶³ :

³⁶¹ Acker F., « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, 2005/1.

³⁶² Arborio A.-M., « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n°3, 1995, p. 93-126.

³⁶³ Anne-Marie Arborio précise qu'au sein de l'hôpital : « les aides-soignantes sont dans une position ambivalente de soignants certes, mais "profanes" – et non professionnels – comme les malades » : Arborio A.-M., 2012 (2001), *op. cit.*, p. 152.

« En fait, la réa, je trouve que c'est une des meilleures places pour l'aide-soignante. Moi je trouve que c'est très valorisant dans le sens où on fait beaucoup plus de soins techniques qu'ailleurs. On est vraiment en binôme avec l'infirmière. T'es pas juste une AS en bas de l'échelle et tout le monde s'en fout. Même les médecins. Au bout de trois jours, Jean-Marc [52 ans, médecin anesthésiste-réanimateur] connaissait mon nom et voilà, rien que ça j'ai été très surprise » (Leïla, 27 ans, aide-soignante).

L'engagement des soignants en réanimation trouve donc sa justification, moins dans la confrontation des versants « technique » et « relationnel » des soins, que dans leur imbrication ou pour le dire autrement, dans ce qui s'apparente à une forme de prise en charge globale des malades. Elle s'exprime alors à travers un rapport « privilégié » au patient, notamment lors des hospitalisations longues, allant de quelques jours à plusieurs mois³⁶⁴. Fréquentes dans les services, ces hospitalisations de longue durée sont l'occasion pour les soignants de se rapprocher de la figure idéale typique de la « bonne soignante »³⁶⁵, caractérisée par un ensemble de compétences relationnelles : « disponibilité, écoute, sens de l'observation, empathie, compassion, maîtrise de soi et de ses émotions, réglage de la bonne distance, discrétion, apport d'un soutien moral »³⁶⁶. L'hybridation des deux versants du soin met au jour les voies de justification de l'engagement en réanimation. Elle agit comme un catalyseur des attentes soignantes au regard de l'activité, et par laquelle les personnels éprouvent le sentiment de « vraiment faire [leur] travail ». Et comme le précisent la plupart des soignants :

« C'est difficile de passer à autre chose après avoir fait de la "réa". Moi je vois le truc, si tu pars pas faire IADE [Infirmie-r-e anesthésiste diplômé d'État], tu peux pas repartir dans un service traditionnel. T'arrêtes de faire infirmière » (Clarisse, 28 ans, infirmière).

³⁶⁴ Selon un rapport de l'Agence nationale de l'appui à la performance (ANAP), la durée de séjour en réanimation varie de 3 à 17 jours dont, en moyenne, 9,2 d'hospitalisation : ANAP, 2011, « Réanimation : rapport de benchmark pilote ».

³⁶⁵ Divay S., « Les dessous cachés de la transmission du métier de soignante », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, La transmission du métier, mis en ligne le 07 mars 2014.

³⁶⁶ *Ibid.*

2. Revendiquer son appartenance : l'assimilation du modèle des professions « établies »

Implication, adhésion, esprit de corps, distinction envers les « services traditionnels ». Les principes admis au sein du segment ne sont pas sans rappeler le fonds culturel de la réanimation médicale³⁶⁷ ni, *a fortiori*, ceux portés par le groupe des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR). Par conséquent, bien qu'ils ne constituent pas un groupe professionnel en soi, les soignants de réanimation présentent pourtant certaines caractéristiques propres aux professions établies qu'ils mobilisent dans la définition de leur juridiction professionnelle.

2.1. Sélection à l'entrée, régulation et fermeture du marché du travail soignant

Engagés dans la définition de leur espace professionnel, les soignants de « réa » arborent les traits d'une « communauté d'intérêts »³⁶⁸. Loin de le considérer comme un espace préservé en soi, ils œuvrent à sa défense au moyen d'un double processus de fermeture du marché du travail de soin en réanimation. Celle-ci s'observe en premier lieu dans la fermeture *externe* du marché du travail, c'est-à-dire dans l'identification et l'exclusion des personnes qui présentent une « personnalité globale »³⁶⁹ ou des intérêts particuliers distincts de ceux du collectif³⁷⁰. Elle s'appréhende dans les interactions entre les soignants et les nouveaux entrants, lors des stages ou des premiers jours de travail des personnels affectés. Il s'agit alors pour les soignants de limiter la participation des nouveaux entrants à la réalisation des soins et de les tenir à distance tout en les initiant aux « bons » gestes.

³⁶⁷ Voir le chapitre 1.

³⁶⁸ Weber précise à ce sujet que « plus le nombre de compétiteurs est grand par rapport à l'étendue des possibilités de gains qui leurs sont ouvertes, plus les personnes engagées dans la lutte ont intérêt à limiter d'une manière ou d'une autre la concurrence. [...] Dès lors, les compétiteurs qui adoptent un comportement commun vis-à-vis de l'extérieur forment une "communauté d'intérêts" tout en continuant à se concurrencer les uns les autres » : Weber M., [1921] 1995b, *Économie et société*. T. II : *L'organisation et les puissances de la société dans leur rapport à l'économie*, Paris, Plon, p. 55.

³⁶⁹ *Ibid.*, p. 64.

³⁷⁰ Weber précise également à ce sujet que « relation sociale est "fermée" tant que, et dans la mesure où, son contenu significatif ou ses règlements en vigueur excluent, ou bien limitent la participation, ou la lient à des conditions » : Weber M., [1921] 1995a, *Économie et société*. T. I : *Les catégories de la sociologie*, Paris, Plon, p. 82.

La fermeture externe du marché s'observe au préalable dans la sélection à l'entrée des stagiaires, assurant une première vague de recrutement et d'exclusion. Au-delà de l'évaluation formelle des compétences réalisée à l'issue du stage, les soignants opèrent en effet un travail implicite dont l'enjeu consiste à évaluer la capacité des élèves infirmiers et aides-soignants à se projeter dans le métier, comme le laisse entendre Fabrice, aide-soignant à l' « hôpital du plateau » :

« Moi, quand je vois un stagiaire qui arrive, au bout d'une journée je peux te dire s'il est fait pour ça ou pas. Ou alors, je plains les malades quand ils seront diplômés. Ils n'auront pas forcément le contact avec les patients ou avec les familles. Et puis de toute façon, comme on oriente plein de gens vers auxiliaires de vie, aide-soignante et tout ça, mais tu as des gens qui ne sont vraiment pas faits pour ça [...]. Des fois [les stagiaires] arrivent et elles ne savent pas faire grand-chose quoi. Quand on leur dit, aux élèves, qu'ici les infirmières travaillent avec les aides-soignantes et bah des fois elles font la gueule ! Après, elles ne sont pas toutes comme ça, mais comme elles ne sont pas toujours dans le nursing c'est pas facile. Moi, je leur dis aux jeunes que la toilette, le nursing c'est leur rôle propre. Je leur dis que, quand elles ont le temps, quand elles ont fait une ou deux semaines et qu'elles sont autonomes, elles peuvent commencer la toilette parce que c'est leur patient » (Fabrice, 39 ans, aide-soignant).

Présentée par la plupart des soignants comme une « intuition », cette évaluation relève cependant d'une catégorisation fondée sur leurs propres représentations du travail : aux normes formelles de sélection (évaluation des compétences, rapport de stage) s'adjoignent ainsi des normes implicites de recrutement telles que la capacité à travailler en binôme, à s'impliquer dans les situations d'urgences ou à faire preuve de retenue dans le contact avec la mort, la souffrance et l'incertitude. L'ouverture du marché du travail aux nouveaux entrants dépend donc de leur aptitude à adopter un type de conduite, un *ethos*³⁷¹ de la réanimation, marqué par la figure de l'engagement. Ainsi, lorsqu'ils répondent aux attentes des soignants, les stagiaires « professionnalisables » intègrent provisoirement le marché du travail soignant, laissant entrevoir, pour eux, la possibilité de s'y engager. Par conséquent, bien qu'ils ne soient pas en mesure de procéder directement au recrutement des nouveaux personnels, assuré par les équipes d'encadrement, les soignants opèrent une sélection informelle à l'entrée, garante de la préservation des normes du groupe.

³⁷¹ Weber M., 2002 [1904-1905], *op. cit.*

Mais c'est surtout dans la régulation interne des conduites que s'observe la fermeture du marché du travail. Soumis à la limitation de la concurrence interne, les membres du segment veillent avec une certaine attention à ce que les initiatives individuelles ne dépassent pas les intérêts du collectif. Toute initiative trop éloignée des intérêts de la communauté est en effet l'objet de critiques et de réprimandes de la part des autres personnels. En somme, les soignants sont tenus de respecter leur rôle au sein de l'activité et « dans leurs rapports réciproques »³⁷². L'engagement en constitue le point nodal : témoin de leur appartenance à la spécialité, il se traduit par une norme d'implication permanente, souvent même au détriment de la fatigue morale et physique. Si les « postures de récupération »³⁷³ sont courantes dans le travail, il est cependant mal vu de trop s'attarder sur une tâche, de sortir même brièvement du service sans en informer son binôme, ou de partir avant l'heure sans qu'il y ait eu d'« arrangement » préalable³⁷⁴. Il en est de même en ce qui concerne la propension à travailler avec des matériaux impurs — le sang, les déjections ou les urines —, la mort et les cadavres. L'aptitude à travailler au contact de la souillure et de la mort est même considérée comme une démonstration de l'engagement. Cette perspective n'est pas sans rappeler l'attitude des « carabins », lors des leçons d'anatomies, où le degré d'engagement constitue un indicateur de l'attention portée à l'activité :

« Dès les premières dissections, se dessine une organisation concentrique fondée sur une hiérarchisation des acteurs, qui va permettre à chacun de définir l'intensité de son engagement au sein de l'épreuve collective³⁷⁵, de celui qui est au centre et en fait trop, paraissant transgresser une règle implicite – par exemple en “baffant³⁷⁶ les cadavres, en balançant leurs bras”, voire en “les dilacérant au scalpel” – à celle qui demeure en retrait et critique ses camarades, “non, ça me choque”, “ils s'amusaient avec le corps [...] je voyais des vampires” »³⁷⁷.

³⁷² *Ibid.*, p. 84.

³⁷³ Peneff J., 1992, *op. cit.*.

³⁷⁴ Comme c'est le cas par exemple à l'« hôpital du plateau », où les soignants quittent parfois leur service avant l'heure en échange d'une prise de poste ou d'un remplacement de leurs collègues.

³⁷⁵ « On retrouve ici une différence analogue à celle que met en évidence Daniel Fabre dans son analyse des façons de faire des garçons pendant le Carnaval et les autres temps qui les rassemblent pour *faire la jeunesse*, en particulier à l'occasion de la prise des paris alimentaires et scatologiques (Fabre 1986) » : *Ibid.*, p. 87.

³⁷⁶ « C'est-à-dire en leur donnant des gifles, sens populaire du verbe *baffer*. Le *Robert* (1980) donne comme racine de *baffe*, *baf*, “exprimant l'idée de bouche, d'où coup sur la bouche”, il précise qu'on l'écrivait parfois *baffre* ou *bâfre*, et renvoie à *baffrer*, qui dans un premier sens voulait dire bafouer, bruit des lèvres, puis manger gloutonnement et avec excès » : *Ibid.*

³⁷⁷ Godeau E., « Dans un amphithéâtre... La fréquentation des morts dans la formation des médecins », *Terrain*, 1994, n° 20, p. 82-96.

S'inscrivant dans un raisonnement analogue, l'aptitude des soignants à travailler avec des matériaux impurs est pourtant l'objet d'une autre forme de régulation, rappelant leur ambivalence au sein des services. C'est le cas par exemple lors de la toilette mortuaire, où les soignants ne doivent être ni trop détachés ni trop impliqués : si la manipulation du cadavre ne doit pas être le lieu du dégoût et de l'aversion, elle ne doit pas non plus être trop brusque³⁷⁸ ni dépourvue de déférence envers le défunt. Aussi la limitation de la concurrence entre les membres du groupe s'observe-t-elle en dernier lieu dans la régulation des préférences affichées, soit à l'égard des tâches techniques, soit au versant relationnel des soins. Dans la première situation, les soignants sont en effet qualifiés de « techniciens » et s'exposent à différentes formes de critiques, soulignant leur « manque de respect » envers les malades. Dans la deuxième situation, ils sont qualifiés de « relationnels » et parfois considérés comme illégitimes au vu des soins techniques. Le rappel à l'ordre des « *outsiders* »³⁷⁹, sorte de « catharsis »³⁸⁰ collective, est alors exprimé collectivement, durant les soins, lors d'entretiens ou, plus rarement, à l'occasion de réunions de service³⁸¹.

2.2. L'articulation des savoirs comme enjeux de positionnement

Forts de la diversité des tâches qu'ils réalisent au quotidien, les soignants de « réa » aspirent à la définition d'un champ d'expertise fondé sur l'articulation de gestes hautement techniques et de compétences relationnelles particulières. S'accordant sur la légitimité de leurs savoirs, ils revendiquent une position intermédiaire dans la division du travail médical, caractérisée par la maîtrise de savoirs « hybrides ».

Bien qu'ils adhèrent à la logique « guerrière » de la réanimation, ils émettent cependant de vives critiques à l'égard de certaines décisions médicales. À l'instar des observations réalisées en réanimation néonatale par Anne Paillet, cette position ambivalente met au jour les « cultures distinctes »³⁸² portées à l'intérieur d'un même service, entendues comme « l'ensemble des savoirs, savoir-faire, intérêts et idéaux auquel les aînés exposent

³⁷⁸ Comme c'est le cas, par exemple, lorsqu'un personnel soignant fracture le cartilage nasal du défunt au moment de l'obstruction des orifices.

³⁷⁹ Becker H. S., 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

³⁸⁰ Girard R., 1982, *Le bouc émissaire*, Paris, Grasset.

³⁸¹ Bien qu'ils émettent une certaine réserve quant à la délation des membres qui dépassent les normes fixées par le collectif, les soignants s'arrangent presque toujours pour les désigner sans les nommer directement.

³⁸² Paillet A., 2007, *op. cit.*, p. 161-201.

les nouveaux membres dès leur formation»³⁸³. S'ils tirent parti de leur proximité avec l'activité et le corps médical, les soignants restent néanmoins attachés à un ensemble de principes associés à la relation de soins. Leur culture professionnelle s'exprime donc encore sous l'angle du « couple médecin/infirmière [qui] a longtemps cristallisé la division sexuée du travail à l'hôpital : aux premiers le savoir et la technique ; aux secondes les soins et le relationnel »³⁸⁴. Mais l'attachement à ces principes recouvre une autre forme dans les services de réanimation : inscrit dans la lignée du mouvement de professionnalisation infirmière engagée au début du XX^e siècle³⁸⁵, il relève aussi du mouvement « d'affranchissement et d'humanisation »³⁸⁶ à l'égard du corps médical. Caractérisé par l'autonomisation et la formalisation de savoirs infirmiers spécifiques, ce mouvement répond à un ensemble d'évolutions significatives pour la profession : obtention d'un « rôle propre » en 1978³⁸⁷ ; définition d'un « diagnostic infirmier » en 1993³⁸⁸ ; reconnaissance de « compétences autonomes » en 2009³⁸⁹ ; formalisation de la « recherche en soins infirmiers » et création du statut d' « infirmier de pratiques avancées »³⁹⁰ en 2016.

Cet héritage s'exprime au travers des revendications portées sur la prise en charge globale des malades. En s'employant à l'évaluation et à l'ajustement des conditions de prise en charge (régulation du bruit et de la luminosité, évaluation du confort, gestion des visites, etc.), ils se positionnent comme des acteurs intermédiaires dans la division du travail de réanimation. Ils mettent un point d'honneur à la prise en charge des patients « inconfortables » et revendiquent un monopole des savoirs liés à l'évaluation de la douleur. Ils échangent régulièrement sur les malades « douloureux », observent et relèvent les causes qu'ils estiment être à l'origine de la douleur, qu'elles soient de nature physiologique (escarres, œdèmes, fractures, etc.) ou liées aux soins (aspiration trachéale, extubation, ablation des drains, mobilisation des patients, etc.).

³⁸³ *Ibid.*, p. 161.

³⁸⁴ Carricaburu D., Ménoret M., 2004, *op. cit.*, p 61.

³⁸⁵ Voir à ce sujet les travaux de : Petitat A., « La profession infirmière. Un siècle de mutations », in Aïach P., Fassin D., (Dir.) 1994, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, p. 227-259 ; Sénotier, D., « Cent ans d'évolution de la profession », in Kergoat D., Imbert F., Le Doaré H., Sénotier D., 1992, *Les infirmières et leur coordination. 1988-1989*, Paris, Lemarre ; Knibiehler Y., (Dir.), 1984, *Cornette et blouses blanches. Les infirmières dans la société française*, Paris, Hachette ; Acker F., *art. cit.* 1991.

³⁸⁶ Paillet A., 2007, *op. cit.*, p. 188.

³⁸⁷ Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L. 372 relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.

³⁸⁸ Décret de compétence n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

³⁸⁹ Article 57 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

³⁹⁰ Article 4301-1 relatif à l'exercice en pratique avancée. Article créé par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

L'identification des causes potentielles de la douleur représente même une ressource pour faire valoir leur expertise puisqu'elle s'inscrit dans un raisonnement clinique valorisé au sein de la spécialité. Il arrive alors que les soignants négocient les choix thérapeutiques, convoquant pour ce faire leur expertise paraclinique. Et « c'est alors non seulement en accomplissant leur travail de soins que les infirmières ont à traduire leur mission d'humanisation, mais aussi en exerçant un certain regard, voire un certain contrôle, sur le travail des médecins »³⁹¹.

Cette perspective « humaniste » s'observe plus clairement dans le rapport qu'ils entretiennent aux familles. Car, si la position des équipes médicales est davantage marquée par une « préférence pour la mise à l'écart des parents »³⁹², celle des soignants se caractérise en particulier par leur proximité avec les familles. En écho à leur revendication d'expertise relationnelle en milieu technique, cette préférence se manifeste par l'« attention déclarative »³⁹³ qu'ils portent aux familles comme le précise Aurélie, infirmière :

« Tu vois, je pense qu'on s'occupe presque autant des patients que des familles. Bon, à part quand on a énormément de travail. Mais dans l'ensemble, je dirais qu'on s'occupe presque autant des patients que des familles. On passe vraiment beaucoup de temps avec les familles et ça, moi je dis que c'est aussi dans mon travail quoi. Quand j'ai eu trop de boulot et que j'ai pas eu le temps d'aller dire un petit mot pour les familles, que j'ai pas eu le temps de les rassurer, et bah c'est frustrant. J'ai pas l'impression d'avoir été au bout de ma journée de travail. Je trouve qu'un petit mot ou quoi c'est rassurant pour elles. Et de voir l'infirmière qui s'occupe des patients et qui va pas avoir le temps d'aller leur dire un mot tu te dis qu'est-ce qu'ils peuvent penser quoi ! Et donc ce côté-là, des fois c'est frustrant de pas aller au bout, de ne pas pouvoir dire un mot aux familles » (Aurélie, 40 ans, infirmière).

Le versant relationnel des soins se dessine même sous les traits d'un travail de socialisation des familles à la réanimation : parler à voix basse, sortir durant la toilette, limiter ses déplacements dans les unités, etc. Les interactions entre les soignants et les familles révèlent cependant que le degré de socialisation est tributaire de la durée de « séjour » des malades, de la fréquence de leurs « visites » ou de la trajectoire de la maladie³⁹⁴ :

³⁹¹ Paillet A., 2007, *op. cit.*, p. 194.

³⁹² *Ibid.* p. 245.

³⁹³ Voir le chapitre 5.

³⁹⁴ Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., 1985, *art.cit.*

« On a une relation par l'état de santé, mais aussi dans la vie de tous les jours. On commence à les connaître à un moment. Ils connaissent le service, ils ramènent leurs livres, leurs mots fléchés. Ils nous disent "vous finissez à quelle heure aujourd'hui ?", "Quand est-ce qu'il revient travailler Untel ?". Ils nous demandent nos prénoms, ils nous apportent des petits goûters, des croissants des fois le matin, quand c'est le week-end. Et nous, on leur dit de pas hésiter à revenir faire un petit coucou quand ils en ont l'occasion³⁹⁵ » (Cyril, 34 ans, infirmier).

L'accompagnement des familles est mis en évidence par les soignants pour revendiquer un « monopole des relations affectives »³⁹⁶ dans un contexte marqué, *a priori*, par l'absence d'affectivité. Il s'observe particulièrement dans le cas du travail de reformulation que les soignants pratiquent à l'endroit d'un vocabulaire médical qui tient les familles à distance :

« Souvent, on essaie d'assister à l'entretien médical. On sait ce que les médecins ont dit, parce qu'on n'a pas le droit de dire les choses, mais on a le droit de les répéter. Tu n'as pas le droit de dire les choses [...], mais tu as le droit de les reformuler et de revoir avec les familles ce qu'elles n'ont pas compris. Bon, c'est souvent quand même. Et puis les familles n'osent pas demander au médecin et ça arrive qu'elles n'osent pas nous demander à nous non plus. Du coup, elles se tournent vers l'aide-soignante. Donc, le fait d'assister aux entretiens médicaux, tu sais ce qui a été dit, et puis tu vois aussi le comportement des gens. Tu vois aussi le comportement des familles et, du coup, moi je trouve ça beaucoup plus facile de reprendre les choses derrière. Déjà, parce que tu les connais mieux, parce que dans les entretiens ils arrivent à dire des choses et tout ça, et parce que du coup c'est beaucoup plus facile de reformuler et de redire les choses » (Aurélie, 40 ans, infirmière).

La reformulation de la parole médicale en parole profane constitue alors une autre forme de ressource pour la valorisation de leur position dans la division du travail médical. La maîtrise d'un double registre clinique et paraclinique leur permet ainsi de faire valoir le contrôle relatif de savoirs techniques méconnus dans les « services traditionnels » tout en rappelant leur ascendance soignante, marquée par la proximité avec les malades et les familles.

³⁹⁵ Cette situation est moins vraie dans le cas d'un décès survenu dans le service.

³⁹⁶ Arborio A.-M., 2012 (2001), *op. cit.*, p. 110.

En somme, bien qu'ils ne constituent pas une spécialité en tant que telle³⁹⁷, les soignants de réanimation présentent néanmoins les contours d'un segment professionnel : définition et défense des intérêts collectifs, organisation des pratiques et contrôle à l'entrée, position intermédiaire au sein de la division du travail médical. Situé au carrefour des « professions dormantes »³⁹⁸ et des professions établies, la réanimation constitue un espace que ses acteurs s'emploient à valoriser par l'articulation de savoirs et de savoir-faire hybrides situés au cœur de la définition du métier :

« La “réa”, c'est formateur parce que tu as des situations d'urgence qui te motivent vraiment. Et puis, tu as une vraie prise en charge globale de ton patient. Il va rester dans le service, donc c'est toi qui vas le prendre en charge dans sa totalité. Et c'est toi qui coordonnes aussi un peu. Tu es au milieu, entre le médecin, le manip radio, le kiné, la diététicienne et la famille. Enfin, tu es vraiment au plus proche du patient » (Cyril, 34 ans, infirmier).

³⁹⁷ La spécialisation des soignants de réanimation, souvent confondus avec le groupe des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE), reste aujourd'hui encore une question ouverte. À cet égard, les travaux de Lailia Aissani indiquent que la reconnaissance de la spécialité semble souhaitée au sein de la communauté, sans pour autant faire l'objet d'un réel processus de professionnalisation : Aissani L., « Infirmière en réanimation : Une spécialisation ? », *Recherche en soins infirmiers*, 4/2006, n° 87, p. 140-149.

³⁹⁸ Divay S., « La professionnalisation dormante de la médiation sociale », *Informations sociales*, 2/2012, n° 170, p. 102-108.

Section 2. Trajectoires d'entrée et carrières soignantes en réanimation

S'ils empruntent des trajectoires d'entrée hétérogènes, les soignants s'accordent néanmoins sur un fait : « tout le monde peut pas travailler en réa... ». L'implication, l'engagement et la maîtrise de soi constituent autant de conditions préalables à l'entrée dans les services. Se pose ici la question des événements qui conduisent les soignants en réanimation, mais aussi celle des conditions sur lesquelles reposent leur adhésion et leur maintien dans les services. L'analyse des « carrières »³⁹⁹ soignantes permet de relever quelques-unes des dispositions qui contribuent à la préservation d'une identité professionnelle fragilisée⁴⁰⁰. L'approche par l'analyse biographique met au jour une certaine homogénéité dans leur parcours de vie, invitant à considérer leur entrée en réanimation comme « une force et une direction initiales propres à un mobile avec les champs de forces et d'inter-action »⁴⁰¹. Cette direction se confirme alors avec l'initiation des nouveaux entrants aux normes du groupe, avant de s'achever par la « conversion doctrinale »⁴⁰² des recrutés, formés à la préservation des dynamiques professionnelles.

1. Des orientations biographiques à l'engagement

Les voies d'entrée en réanimation se révèlent parfois différentes si ce n'est littéralement opposé. Pourtant, l'analyse des trajectoires⁴⁰³ d'entrée dans les services révèle que les orientations biographiques précèdent l'adhésion à une médecine de combat. Elles mettent en évidence que l'orientation des soignants se cristallise autour d'une suite d'actions cohérentes constituées de « paris adjacents »⁴⁰⁴ : préférence pour l'urgence et l'incertitude,

³⁹⁹ Everett Hughes précise que : « subjectivement, une carrière est une perspective en évolution au cours de laquelle une personne voit sa vie comme un ensemble et interprète ses attributs, ses actions et les choses qui lui arrivent » : Hughes E.C., 1981 [1958], *Men and their work*, Westport, Greenwood Press Reprint, p. 63. Cité dans Paugam S. (Dir.), 2010, *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. « Que sais-je ? ».

⁴⁰⁰ Comme on le verra dans le chapitre 3.

⁴⁰¹ Passeron J.C., « Biographies, flux, trajectoires », *Enquête* [En ligne], 5 | 1989, p. 14.

⁴⁰² Davis F., 1968, *op. cit.*

⁴⁰³ La notion de trajectoire renvoie ici, non pas à l'acception d'Anselm Strauss convoquée dans l'analyse de la maladie, mais à celle de Claude Dubar, envisagée « objectivement comme une “suite de positions” dans un ou plusieurs champs de la pratique sociale, subjectivement comme une “histoire personnelle” dont le récit actualise des visions du monde et de soi » : Dubar C., 1998, *art. cit.*, p. 73.

⁴⁰⁴ Dans son article sur l'engagement (*commitment*), Howard Becker définit les paris adjacents comme une série de décisions engageant l'acteur dans une action, une organisation, ou une trajectoire particulière. Il précise que « De par ses actions précédant la phase de négociation, il a misé sur quelque chose représentant de la valeur à

intérêt pour la démarche clinique, considération de la relation de soin... Si ces éléments se retrouvent dans les dispositions biographiques précédant l'entrée en réanimation, ils s'accompagnent d'une autre dimension, également déterminante : la possibilité, pour les soignants, d'une mobilité ascendante, verticale et horizontale, assurée par le prestige relatif à la spécialité.

1.1. Trajectoires soignantes en réanimation

Qu'ils soient issus de formations scientifiques ou peu diplômés, qu'ils aient exercé en milieu technique ou dans des services « traditionnels », les soignants des services de réanimation ont en commun de s'être dirigés, au cours de leur carrière, vers une discipline technique marquée par l'incertitude. Leur orientation dans les services résulte d'une suite de décisions qui n'est pas sans rappeler certaines des configurations à l'œuvre dans le choix des étudiant-e-s de médecine⁴⁰⁵. Elle en appelle à des motivations spécifiques qui relèvent, en dernier lieu, d'un *ethos* de la réanimation autour duquel se cristallise le sentiment d'appartenance au segment.

1.1.1. L'urgence et la technique comme prédispositions infirmières

Parmi les personnels infirmiers rencontrés au cours de l'enquête, nombreux sont ceux qui proviennent de filières techniques ou scientifiques⁴⁰⁶. Qu'ils aient suivi une formation professionnelle ou générale, presque tous montrent une propension aux domaines techniques et scientifiques. Bien qu'ils associent leur orientation en réanimation à un moment plus tardif de leur carrière, généralement aux stages réalisés durant leur formation infirmière, ils ont en commun de présenter une aptitude au travail en milieu technique dès leur orientation scolaire :

« Moi, j'aimais bien tout ce qui était maths, physique, chimie et tout ce qui était technique et construction. J'aimais bien voir dans le détail, des petites choses, mais qui

ses yeux, quelque chose n'étant pas relié originellement à la présente action : il a misé sur la cohérence de son comportement. Les conséquences de l'incohérence seraient si coûteuses que celle-ci ne représente plus une alternative envisageable dans la négociation » : Becker H., 1960, *art. cit.*, p. 5.

⁴⁰⁵ Hardy-Dubernet A.-C., Faure Y., « Le choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue de l'examen classant national en 2005 », *Document de travail*, Série Études, 2006/12, n° 66, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

⁴⁰⁶ Voir l'échantillonnage des enquêtés interviewés en annexes.

peuvent changer beaucoup au final. Après, je savais pas trop quoi faire, on m'a parlé d'infirmier, je me suis dit "pourquoi pas ?" J'ai passé le concours et ça l'a fait. Et puis, j'ai commencé les stages, et alors là ! Tu vois, la psychiatrie ou la gériatrie c'était vraiment pas mon truc. Bon, les maisons de retraite, pour en avoir fait quelques-unes, c'est quand même des mouiroirs [...]. Du coup, quand j'ai fait mon stage de réa ça l'a fait tout de suite ou presque » (Antoine, 38 ans, infirmier, Bac STI).

Cet attrait pour les domaines scientifiques et techniques se précise davantage chez certains soignants ayant entrepris ou songé à faire des études de médecine. Et s'ils ont renoncé à ces études, faute de temps, de réussite ou de moyens, ils ne s'en sont pas moins redirigés vers une carrière « acceptable » caractérisée par un attrait pour les disciplines scientifiques comme l'indiquent Clarisse et Cyril :

« Mais moi, j'ai toujours voulu travailler à l'hôpital. Après le bac, je me suis inscrite à la fac en médecine. J'ai fait deux ans de médecine, enfin deux premières années qui se sont soldées par un échec (rires) ! Ça me plaisait bien, on avait la bio, l'anato, la physiologie, mais bon, c'était trop de contraintes à la fois. L'argent et puis l'ambiance et tout ça... Mais du coup, après, j'ai fait l'école d'infirmière. Je regrette vraiment pas » (Clarisse, 27 ans, infirmière, Bac S).

« Je voulais faire médecine au début. J'aimais bien la bio au lycée et je voulais approfondir un peu... Mais bon, j'y suis pas allé parce que médecine c'est long et c'est cher. Du coup, je m'étais renseigné pour infirmier. Ça me convenait pour les études et le travail, ce qui m'a été confirmé après d'ailleurs. Du coup, j'ai fait le concours, comme ça, pour voir. J'ai passé le concours en terminale, j'avais pas bossé l'écrit, mais bon, je l'ai fait et je l'ai eu quand même [...]. Bref, ça s'est fait comme ça en fait » (Cyril, 34 ans, infirmier, Bac S).

Dans la suite de leurs « actions cohérentes », motivées par leur intérêt pour le domaine des sciences médicales, ils se sont dirigés plus ou moins tardivement vers un institut de formation en soins infirmiers, affinant leur trajectoire d'entrée dans le monde hospitalier. Celle-ci se précise davantage lors des stages pratiques effectués au cours de la formation, donnant une indication plus claire de leur affinité pour le monde de la technique. Lorsqu'ils évoquent les différents stages réalisés au cours de leur cursus, les soignants insistent non seulement sur l'aspect technique et matériel du travail, mais également sur le caractère formateur de la réanimation :

« Au début, quand je suis entré à l'école je me voyais dans un service traditionnel. Au fur et à mesure de mes études, je me suis rendu compte que j'aimais bien quand il y avait de l'action et quand ça changeait du quart de travail avec les quinze patients où il faut passer donner les médicaments et faire des pansements. Bon, je voulais un peu plus de matériel, de choses techniques, et quand j'ai fait mon stage en réanimation j'ai vraiment eu un déclic. Je me suis dit que la réanimation et l'anesthésie c'était un monde à part, un monde un peu fermé qui demande peut-être plus de connaissances que dans la formation de base. Et comme j'avais envie d'apprendre un peu plus, je me suis dit "allez, la réanimation je verrais des choses nouvelles, ça permettra d'apprendre plus" » (Alexandre, 27 ans, infirmier, Bac SMS).

Plus qu'un apprentissage, les stages réalisés en réanimation constituent un défi pour certains. Vécue comme une expérience éprouvante, déstabilisante ou enrichissante pour d'autres, l'expérience de la réanimation représente un tournant dans la formation des soignants, une forme de confirmation de l'orientation en milieu technique :

« Pendant la formation initiale, tu es obligé de passer en salle de réveil, au bloc opératoire et en réa. Tu rencontres un peu ces gens-là à ce moment. Donc déjà, ça me titillait un peu. Je me disais, peut-être qu'un jour je me lancerais là-dedans. Et ensuite quand j'ai fait les soins intensifs, quand je me suis retrouvée face à l'urgence, j'ai pas su réagir comme il fallait. C'était ma première, tu vois. Et du coup, je me suis dit "bah non, il faut que je m'entraîne, il faut que je sache". C'est pour ça que je me suis retrouvée en réa, pour savoir réagir après » (Léa, 27 ans, infirmière, Bac S).

Si les stages effectués en milieu technique donnent une indication des « paris adjacents » associés à l'engagement des soignants en réanimation, leurs expériences professionnelles antérieures révèlent quant à elles une autre forme de propension à l'entrée. En effet, les trajectoires des personnels ayant commencé leur carrière en dehors de la réanimation, mettent en lumière une certaine affinité pour le monde de la technique et de l'urgence. La plupart d'entre eux ont exercé en service de chirurgie digestive, en soins intensifs, en cardiologie, ou en salle de surveillance post-opératoire. Ces services, étant l'objet de critiques plus ou moins vives par les soignants qui y ont exercé, permettent d'identifier de nouveaux critères d'orientation en réanimation, comme le précise Mélanie à propos de son expérience en service de soins intensifs de cardiologie :

« C'était chiant parce que c'est de l'accueil de jour. Ce sont des patients qui viennent passer des coronarographies, qui viennent pour des examens, qui ont... On fait que de la paperasse : admissions, perfusions, dé-perfuser, refaire les pansements, appeler l'ambulance et hop, ils sortent ! » (Mélanie, 28 ans, infirmière).

Les critiques émises à l'encontre de l'organisation, du travail ou des relations interprofessionnelles permettent de mieux cerner les motivations de soignants. En effet, ce n'est pas seulement la nature de l'activité qui entre en compte dans l'orientation en réanimation. Ce sont aussi les conditions de réalisation du travail, répondant aux attentes des soignants, comme le laissent entendre Angélique et Cyril, infirmiers.

« Quand je suis revenue [à l'hôpital], il y avait eu un remaniement et on m'a placée en neurochirurgie. Ça a vraiment été une catastrophe pour moi. C'est là que j'ai vu que j'étais pas faite pour le bloc. Niveau relation avec les chirurgiens ça a été très, très dur. Un jour, j'ai dit "faut pas qu'on m'emmerde aujourd'hui". Ce jour-là, il y en a un qui m'a pris la tête, bah j'ai fait un abandon de poste. J'avais demandé deux fois à partir en réa où je suis maintenant et eux ils ne voulaient pas me lâcher. Bon bah voilà, un jour ça suffit... » (Angélique, 39 ans, infirmière).

« Moi je voulais faire IADE à la base, c'était mon projet. Du coup, j'étais content d'être au bloc des urgences parce que quand tu arrives, tu ne choisis pas où tu vas [...]. Après, je suis allé en neurochirurgie. Ils sortaient de réanimation avec la trachéotomie, des troubles neurologiques, des grosses séquelles, des neurovégétatifs, des paraplégiques, des tétraplégiques. J'ai fait ça pendant deux ans. Ça va, j'étais bien encadré avant qu'ils baissent tous les effectifs. On était trois le matin, puis c'est passé à deux et après, ils étaient plus qu'une. Du coup, j'ai fait ça pendant deux ans, mais ça le faisait plus avec les sous-effectifs. J'ai demandé à muter et puis là, ça fait dix ans que je suis en réanimation » (Cyril, 34 ans, infirmier).

Sous-effectifs, relations conflictuelles, remaniement des équipes, routinisation de l'activité, faible reconnaissance par les pairs... Autant d'indicateurs qui permettent de saisir la teneur des « paris adjacents » conduisant à l'orientation en réanimation. Car, « c'est seulement lorsque certains événements changent la situation, de manière à mettre en danger ces paris adjacents, que la personne comprend ce qu'elle va perdre si elle modifie sa trajectoire d'activité »⁴⁰⁷.

⁴⁰⁷ Becker H., 1960, *art. cit.*, p. 8.

Une autre prédisposition à l'orientation s'observe dans le désir de formation et d'approfondissement des connaissances. Elle s'exprime particulièrement à travers les expériences professionnelles réalisées dans les « services traditionnels », presque toujours présentées comme des expériences routinières. Nombre de soignants qui ont exercé en « service traditionnel » précisent volontiers que la réanimation constitue une activité stimulante, un espace d'apprentissage dans lequel « on apprend toujours un truc » :

« Moi, je voulais pas rester en médecine pour entendre des gens se plaindre de trucs mineurs et faire toujours les mêmes trucs. Si tu veux, en réanimation tu vas relativiser, et tu vas voir beaucoup, beaucoup, de pathologies différentes. On voit des choses qui sont graves, mais qui sont à l'origine très stupides, et tout ça, ça fait réfléchir. Ça fait réfléchir pour soi, ça fait réfléchir pour les autres » (Florence, 30 ans, infirmière).

De cet attrait pour l'approfondissement clinique, auquel s'ajoute une conscientisation du caractère précieux de la vie, se dégage un dernier enjeu : la possibilité pour les soignants de faire valoir ce double apprentissage à travers l'expérience de la mobilité sociale. Pour certains, ceux dont les parents ont exercé en tant qu'infirmiers, l'entrée en réanimation se traduit par une forme de mobilité ascendante horizontale : les soins des réanimations ne sont pas « ordinaires », ils sont liés à une activité prestigieuse et valorisante au regard des « services traditionnels ». Pour d'autres, dont les parents ont exercé en tant qu'employés, ouvriers ou inactifs, l'entrée en réanimation représente un gage de mobilité sociale verticale : il s'agit non seulement d'un accès au service public, mais aussi de l'affiliation à un service « de pointe ». Dans un cas comme dans l'autre, l'entrée en réanimation se traduit essentiellement par le fait d'exercer dans des services prestigieux au sein desquels « tout le monde peut pas travailler ».

Dans une perspective analogue à celle développée par Anne-Chantal Hardy au sujet de l'internat de médecine, l'entrée en réanimation constitue pour les personnels infirmiers une combinaison « formation/sélection »⁴⁰⁸. Engagée au cours de leur formation, bien que précédée d'une certaine disposition à l'urgence, leur orientation prend en effet la forme d'un apprentissage en même temps qu'elle se traduit par une forme de sélection, les services impliquant pour les élèves infirmiers qu'ils soient « performants » aux plans cliniques et paracliniques. L'entrée en réanimation constitue en quelque sorte une consécration pour ces

⁴⁰⁸ Hardy A.-C., « La formation de l'objet du travail médical », *Travail et Emploi* [En ligne], 141 | Janvier-mars 2015, mis en ligne le 1er janvier 2017, p. 12.

personnels infirmiers puisqu'elle leur offre, au-delà d'une forme de mobilité sociale, la possibilité de se spécialiser davantage par l'accès facilité aux études d'infirmiers anesthésistes.

1.1.2. Des « services traditionnels » à la réanimation : trajectoires aides-soignantes

Si les trajectoires d'entrée infirmières présentent une certaine cohérence, celles des aides-soignantes semblent plus atypiques. Pour la plupart d'entre elles, elles se consistent en une rupture de leur parcours professionnel. Leur entrée en réanimation répond à un « tournant » (« *turning point* »⁴⁰⁹) de leur carrière, caractérisé par le passage de « services traditionnels » à une médecine intensive fondée sur une éthique de l'audace. Pour comprendre leurs trajectoires, il faut donc se pencher sur leurs paris adjacents primaires, ceux qui les ont conduites à se diriger vers des « services traditionnels » avant de s'engager dans la rupture.

Organisée en six modules d'apprentissage théorique et pratique⁴¹⁰, la formation conduisant à l'obtention du Diplôme d'État d'Aide-Soignante (DEAS) peut s'appréhender selon trois grands axes théoriques : le premier concerne l'accompagnement, la relation et la communication⁴¹¹ ; le deuxième est réservé à l'approche clinique du patient et à l'hygiène des locaux hospitaliers⁴¹² ; le troisième se centre sur l'organisation du travail⁴¹³. On peut retenir de ces trois axes théoriques qu'ils se concentrent en grande partie sur les aspects relationnel et communicationnel (210 heures) du travail aide-soignant, notamment au regard de l'approche clinique (115 heures) et de l'organisation du travail (140 heures).

⁴⁰⁹ Hughes E. C., 1950, « Cycles, Turning Points, and Careers », communication présentée à la 8e conférence annuelle de Theology in Action, South Byfield, Massachusetts, septembre 1950 (et reprise dans l'ouvrage *Sociological Eye*, 1971, New Brunswick, Transaction Books). Traduit sous le titre « Carrières, cycles et tournants de l'existence », in Everett C. Hughes, 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 165-173.

⁴¹⁰ Comportant 1 435 heures d'enseignement théorique et clinique, en institut et en stage, la formation d'aide-soignant est constituée de huit modules : Module 1 : accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne, 4 semaines (140 heures). Module 2 : l'état clinique d'une personne, 2 semaines (70 heures). Module 3 : les soins, 5 semaines (175 heures). Module 4 : ergonomie, 1 semaine (35 heures). Module 5 : relation-communication, 2 semaines (70 heures). Module 6 : hygiène des locaux hospitaliers, 1 semaine (35 heures). Module 7 : transmission des informations, 1 semaine (35 heures). Module 8 : organisation du travail, 1 semaine (35 heures) : Annexe I. « Référentiel de formation du diplôme professionnel d'aide-soignant ». Modifié par l'Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant.

⁴¹¹ Cet axe comprend essentiellement les modules « accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne », « relation-communication », ainsi qu'une partie du module 2 sur la réalisation des soins.

⁴¹² L'approche clinique renvoie aux modules 2 « état clinique d'une personne » et 6 « hygiène des locaux hospitaliers », ainsi que certains enseignements relatifs à la réalisation des soins.

⁴¹³ Ce dernier axe comprend les modules 4 « ergonomie », 7 « transmission des informations » et 8 « organisation du travail ».

Cette approche succincte du contenu de la formation aide-soignante met en lumière la disqualification des services hospitaliers techniques marqués par la faible visibilité, voire l'absence de communication avec les patients. C'est le cas des services de réanimation, souvent relégués au titre de deuxième ou de troisième choix lors des stages de formation aide-soignante comme l'indique Lisa, élève aide-soignante au moment de l'enquête :

« Avant de venir, j'étais pas trop sûre de moi. Je suis quasiment une des seules à avoir voulu voir la réanimation. Les autres trouvent que c'était un service "mouroir". Après, ce que j'appréhende le plus ici c'est les "réas". Parce qu'il faut que tu saches plein de trucs sur le matériel, sur ce qu'il faut que tu fasses si on te le demande [...]. Enfin, voilà, il faut que t'arrives à gérer le matériel et puis les familles aussi, mais ça, c'est pas facile non plus » (Lisa, 18 ans, élève aide-soignante).

En outre, les élèves aides-soignantes expriment une certaine appréhension vis-à-vis des connaissances techniques en réanimation. Qui plus est, elles manifestent de vives inquiétudes à l'idée d'être confrontées à la mort et à l'incertitude. Observables dans les choix des stages, leurs préférences se portent donc vers des services plus « humains ». Ces choix concordent alors avec la formation professionnelle. Ils se poursuivent d'ailleurs au cours de la carrière professionnelle, à l'instar de Fabrice qui a débuté dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :

« J'ai commencé à travailler comme aide-soignant dans une maison de retraite. Je suis resté sept ans là-bas. Ça me plaisait bien, j'aimais bien les petits vieux, parler avec eux, qu'ils me racontent des trucs et tout ça... Mais à la fin, j'en avais ras le bol, parce qu'ils sont gentils, mais ils sont épuisants ! En tout, j'ai fait trois ans de jour et quatre ans de nuit. Et là, c'était plus compliqué parce qu'on était un aide-soignant et un infirmier pour soixante personnes. On avait des tours de chambre interminables, et bon, j'en ai eu marre » (Fabrice, 39 ans, aide-soignant).

La trajectoire de Fabrice est d'abord empreinte d'orientations « humanistes ». Ayant exercé dans des services caractérisés par le versant « relationnel » du soin, accordant le primat à la communication et à l'accompagnement des patients, il s'est pourtant redirigé vers un service technique « déshumanisé ». Bien qu'elle s'apparente à une rupture dans la carrière, cette réorientation consiste plutôt en un « tournant », défini par Andrew Abbott à la suite d'Everett Hughes, comme :

« des changements courts, ayant des conséquences, qui réorientent un processus. Le concept est inévitablement narratif, puisqu'un tournant ne peut être conçu sans que l'on puisse établir une nouvelle réalité ou direction, ce qui implique au moins deux observations séparées dans le temps. Tous les changements soudains ne sont pas des tournants, seulement ceux qui débouchent sur une période caractérisée par un nouveau régime »⁴¹⁴.

La réorientation des personnels aides-soignants vers les services de réanimation constitue donc une « bifurcation » dans la carrière, un « nouveau régime » caractérisé par l'apparition de nouvelles perspectives d'avenir professionnel. Dans les cas de Carine, Julie ou Fabrice, ce tournant est en partie déterminé par l'évolution du cadre du travail dans lequel ils exerçaient jusqu'alors. Leur orientation vers la réanimation semble motivée par la recherche d'un cadre de travail « sécurisé ». Ce dernier s'appréhende dans les entretiens par le travail en binôme, la réalisation de gestes techniques souvent inédits, l'esprit d'équipe ou, pour le dire autrement, la possibilité de se réaliser en tant qu' « aide » « soignant » :

« J'ai accroché aussitôt. Quand je suis arrivé dans le service, j'étais dans les premiers de la nouvelle équipe parce qu'avant c'était que des anciennes, des filles qui avaient vingt ou trente ans de réanimation. [...] C'est vrai qu'au début j'ai été encadré par des anciennes aides-soignantes qui avaient l'expérience et tout ça. Mais bon, il y avait quand même déjà des jeunes infirmières. Mais j'ai été bien accepté surtout parce que j'étais un garçon. Tu sais, ça change aussi un peu l'ambiance de l'équipe que d'avoir un garçon. Et puis le boulot m'a plu tout de suite. Le fait d'être avec ton binôme infirmier, le fait de faire des trucs intéressants, de faire des pansements, de faire les soins avec eux et tout ça. Ça m'a fait drôle au début, parce que je suis passé de changer des couches à faire des pansements, à m'occuper des sondes d'alimentation et tout ça » (Fabrice, 39 ans, aide-soignant).

Si les trajectoires de Fabrice, de Carine ou de Julie sont marquées par une entrée tardive en réanimation, celle de Leïla, 27 ans, est également instructive en matière d'identification des motivations d'entrée. Après avoir obtenu un baccalauréat littéraire, puis un DEUG d'histoire à l'université, Leïla se dirige vers les métiers de la santé, en raison d'un contexte familial « compliqué » :

⁴¹⁴ Abbott A., 2001, *Time matters. On theory and method*, Chicago, The University of Chicago Press, p. 258. Traduit par Michel Grossetti : Grossetti M., « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1/2006, n° 120, p. 13.

« Mes parents voulaient que je fasse de longues études et que j'aie une bonne situation. Mais j'ai rencontré mon conjoint et ils m'ont un peu renié. Du coup, je me suis retrouvée un peu seule. J'ai arrêté la fac en fin d'année et j'ai commencé à chercher du travail. Un jour, on m'a dit d'aller voir dans des boîtes comme à l'ADMR⁴¹⁵. Je me suis dit bon bah ok, et après l'entretien j'ai travaillé comme auxiliaire de vie auprès des personnes handicapées » (Leïla, 27 ans, aide-soignante).

Fille de parents immigrés travaillant comme ouvriers non qualifiés en usine, dotée d'un diplôme d'études supérieures, Leïla exerce quelques mois comme auxiliaire de vie à domicile. Elle entre ensuite en formation d'aide-soignante « pour [se] faire de l'expérience ». Une fois diplômée, elle travaille une année en clinique comme « volante » sur le « pool »⁴¹⁶ avant de postuler à l' « hôpital du plateau ». Comme elle le précise : « à la clinique, c'était pas stable ». Lors de son entretien d'entrée à l' « hôpital du plateau ». Elle demande à être affectée en néonatalogie, en réanimation ainsi que dans l'une des équipes de remplacement dédiées au service de médecine. Elle est finalement recrutée dans le service de réanimation et accepte le poste malgré quelques appréhensions : « j'avais plein d'idées reçues au début, je trouvais ça morbide. C'était le côté un peu, heu, c'était pas vraiment mon truc ». Mais la suite de son récit donne une toute autre vision de l'activité :

« Franchement, j'ai été très surprise par l'équipe. Ce qui m'a beaucoup étonné c'est l'équipe. La cadre m'avait présentée à l'équipe, ce que je n'avais pas eu en clinique, et donc voilà, rien que ça, c'était surprenant. La cadre m'a fait comprendre que j'aurai des responsabilités et que je pouvais compter sur elle. En fait, ça m'a fait beaucoup de bien. Ça m'a rassurée quelque part. Et ensuite, les équipes, elles étaient super sympas. Moi, j'ai été encadrée quatre ou cinq jours. Surtout, il y avait des anciennes et elles m'ont beaucoup expliqué. J'ai eu énormément de connaissances en peu de mois en fait » (Leïla, 27 ans, aide-soignante).

L'appréhension, si ce n'est l'aversion anticipée à l'égard de l'activité, s'atténue quelques jours après son entrée dans le service. Ce revirement plutôt surprenant s'explique au regard de son projet professionnel. En effet, Leïla envisage d'exercer par la suite en tant qu'infirmière.

⁴¹⁵ Aide à domicile en milieu rural.

⁴¹⁶ Les « pools » sont des équipes, parfois appelées « services » au sein des établissements, dédiées au remplacement des absences. Ces équipes regroupent, en partie, des personnels en attente de poste, des « précaires du care », dont l'intégration au sein de services en poste « fixe » constitue une réelle forme de mobilité horizontale ascendante : Divay S., « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l' "absentéisme" dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, 2010/1, n° 77, p. 87-109.

Pour elle, la réanimation constitue alors un temps de formation qui concorde avec la trajectoire qu'elle entreprend de suivre. Dans cette perspective, son entrée en réanimation constitue autant une forme de mobilité horizontale au regard de son expérience antérieure en « service traditionnel », qu'une forme de mobilité ascendante verticale, vis-à-vis de son milieu social d'origine.

À l'image de Leïla, d'autres aides-soignantes font l'expérience d'une double mobilité sociale. Leur affiliation à la réanimation représente alors, soit une passerelle vers la formation infirmière et une évolution certaine de leur position sociale, soit une mobilité horizontale caractérisée par le prestige relatif à la nature des tâches en réanimation. Mais c'est surtout au regard de leur origine sociale que l'entrée dans les services constitue un enjeu de mobilité ascendante. Issues pour la plupart d'entre elles de classes populaires⁴¹⁷, les aides-soignantes bénéficient non seulement d'un statut de fonctionnaire qu'elles estiment équivalent ou supérieur à la position sociale occupée par leurs parents souvent ouvriers, techniciens ou aides-soignants, mais aussi de la valeur sociale accordée aux services dans lesquels elles travaillent⁴¹⁸. Au même titre que certains brancardiers, il n'est d'ailleurs pas rare que les aides-soignantes se présentent d'abord par leur affiliation aux services de réanimation, plutôt que par leur fonction d'aide-soignante, profitant du prestige associé à la discipline.

L'analyse des trajectoires aides-soignantes donne à voir des carrières évolutives, façonnées en premier lieu par leur attachement au versant relationnel du soin. Leur orientation vers la réanimation, en partie motivée par la transformation des cadres de travail de leurs anciens services. Elle souligne cependant la teneur des paris adjacents qu'elles réalisent, notamment au regard d'un projet de mobilité ascendante. À l'instar des infirmières, elles bénéficient d'une forme de mobilité horizontale ascendante, soulignant la difficulté qu'elles auraient de « retourner » dans un « service traditionnel ». En exprimant le sentiment de s'accomplir au plan professionnel — principal gain de leurs paris adjacents —, elles n'envisagent de quitter la réanimation qu'à la condition de perdre les avantages qu'elles ont acquis à travers leur engagement dans les services.

⁴¹⁷ Arborio A.-M., 2012 (2001), *op. cit.*, p. 94-98.

⁴¹⁸ Voir l'échantillonnage des enquêtés interviewés en annexes.

1.2. L'engagement comme tournant dans la « carrière »

Conduit par une suite d'événements biographiques cohérents, l'engagement en réanimation répond à un moment précis de la carrière des soignants. Entendue selon l'acception d'Everett Hughes⁴¹⁹, cette dernière est conditionnée par l'« âge biologique »⁴²⁰, mais aussi par l'« âge social »⁴²¹, défini en fonction des rôles et des attentes socialement déterminées par le groupe ou l'institution. Comme l'écrit Hughes :

« En matière de carrière, la dimension première est l'âge biologique : le fait que l'âge change en permanence et qu'aucun moment ne se répète jamais est indissociable de l'idée de carrière. Pour chacun d'entre nous, tout moment de notre âge coïncide également avec un événement dans le cours de l'histoire, avec une étape dans la carrière des institutions et des systèmes sociaux dans lesquels nous travaillons, dans la technologie et le marché du travail, ainsi qu'une étape dans la carrière des groupes sociaux [...] auxquels nous appartenons »⁴²².

Appréhendé à l'aune de l'âge biologique, l'engagement des soignants en réanimation permet d'identifier deux types d'orientation d'entrée renvoyant aux catégorisations opérées par les soignants : celle des « jeunes », pour la plupart des infirmières, arrivées en réanimation peu après leur formation, et celle des aides-soignantes entrées plus tardivement ayant d'abord exercé dans des « services traditionnels ». S'appuyant sur les représentations indigènes, cette catégorisation offre donc une grille de lecture instructive puisqu'elle permet d'identifier les prédispositions de l'âge biologique à l'entrée : une entrée « anticipée » en ce qui concerne les infirmières ; une entrée « tardive » pour les aides-soignantes. Renvoyant aux paris adjacents de chacune de ces catégories d'acteurs, l'orientation se précise davantage au prisme de l'« âge social » : au-delà des prédispositions individuelles se dessinent les contours d'une orientation collective façonnée au regard d'attentes socialement sanctionnées. Pour les infirmiers, ces attentes sont tournées vers une attitude dynamique. Elles impliquent pour les nouveaux entrants qu'ils fassent preuve d'implication, qu'ils expriment un désir d'apprentissage tout en manifestant une attitude de retenue dans les situations d'urgence.

⁴¹⁹ Hughes E. C., 1981 [1958], *op. cit.*

⁴²⁰ Hughes E. C., 1996, *op. cit.*, p. 177.

⁴²¹ *Ibid.*

⁴²² *Ibid.*

Ainsi, comme le laisse entendre Cyril à propos de l'encadrement des stagiaires, candidats potentiels à l'entrée en réanimation :

« La première chose que j'explique aux élèves, c'est pas les médicaments et tout ça. C'est la prise de box, c'est-à-dire les vérifications à l'examen de ton malade. On regarde toutes les seringues et on vérifie si c'est en corrélation avec les prescriptions. On regarde si le malade est pas cyanosé, plein de sang, et tout ça, si le respirateur est bien branché, si tout fonctionne correctement. Il faut qu'ils aient intégré ça les premiers jours. C'est intensif, mais une fois que c'est intégré, on n'y revient pas. Ils apprennent tout ça, c'est leurs réflexes de sécurité. Ils le notent et ça devient mécanique. Ensuite, on peut attaquer les préparations de seringue, les pansements, les soins techniques. Le truc prioritaire après c'est le calcul de dose. Ils font des calculs de dose sur quarante-huit heures et tout ça. Ils apprennent à gérer les pousse-seringues. Ils stressent pour ça, mais après, je leur dis que c'est normal, qu'il faut savoir se concentrer et savoir ce qu'on fait » (Cyril, 34 ans, infirmier).

Ces attentes socialement sanctionnées par le collectif concordent avec les trajectoires individuelles des infirmières rencontrées dans les services enquêtés. Elles répondent à l'« âge social » d'entrée en réanimation définie par le groupe : entrées à l'issue de leur formation ou peu de temps après⁴²³, les infirmières bénéficient d'une dynamique de formation et d'apprentissage ; elles sont le plus souvent célibataires ou en couple sans enfants au moment de l'entrée et s'impliquent dans leur travail, tant au plan temporel qu'émotionnel dans la gestion du rapport à la maladie et à la mort ; ayant entrepris des études scientifiques pour la plupart d'entre elles, elles envisagent de poursuivre leur carrière en milieu technique et manifestent à ce titre un intérêt pour les domaines techniques et scientifiques. En somme, elles présentent un profil professionnel idéal typique qui répond aux attentes définies par le groupe, ou, pour le dire autrement, un « âge social » infirmier d'entrée en réanimation.

Pour les aides-soignantes, cet « âge social » repose sur des caractéristiques sensiblement différentes : exerçant dans des « services traditionnels »⁴²⁴ au début de leur carrière, elles se tournent vers la réanimation plusieurs années après leur entrée dans la carrière, profitant d'une expérience professionnelle centrée sur le versant relationnel du soin.

⁴²³ La plupart d'entre elles ont d'ailleurs exercé comme stagiaires ou en début de carrière dans des services techniques : voir l'échantillonnage en annexes.

⁴²⁴ Notamment en médecine interne, en gériatrie, en maison de retraite, en tant qu'auxiliaire de vie. Voir également l'échantillonnage en annexe.

Plus âgées que les infirmières au moment de l'entrée en réanimation⁴²⁵, elles présentent une situation familiale différente de ces dernières. Pour la plupart d'entre elles, elles sont propriétaires de leur logement, vivent en couple et sont mères d'un ou de plusieurs enfants. Or, ces caractéristiques sont également présentées par le segment comme des conditions préalables d'entrée en réanimation : l'expérience professionnelle, l'aptitude relationnelle, l'assurance de l'engagement et de la responsabilité qui leur sont associées sont consécutives de l' « âge social » des attentes « aides-soignantes » définies par le groupe au moment de l'entrée en réanimation.

Définie au regard d'une suite cohérente d'événements biographiques, rendue possible par la concordance de leur « âge biologique » et des caractéristiques attendues compte tenu de leur « âge social », l'entrée en réanimation constitue par conséquent un tournant dans leur carrière, un nouveau chemin dans leurs trajectoires sociales et professionnelles.

2. Devenir soignant en « réa » : socialisation, conversion, revendication

L'entrée dans les services n'est donc que la première étape du dispositif objectif de socialisation en réanimation. L'affiliation, puis l'adhésion et enfin l'appartenance au segment n'advient qu'à la suite d'une formation au segment assurée par ses membres. Durant leurs débuts dans les services, les nouveaux entrants font l'expérience d'une initiation, définie en premier lieu par le « passage à travers le miroir »⁴²⁶. Elle se poursuit par une acculturation aux normes indigènes avant de s'achever par une « conversion doctrinale »⁴²⁷ consacrant leur adhésion aux principes et valeurs du groupe. Elle s'achève alors par l'incorporation des mécanismes de transmission du « genre professionnel »⁴²⁸ qui œuvre au maintien du segment.

⁴²⁵ L'âge biologique d'entrée des infirmières rencontrées sur site se situe, en moyenne, entre 21 et 30 ans. Celui des aides-soignantes, en moyenne entre 31 et 45 ans.

⁴²⁶ Hughes précise à ce propos que : « the medical role consists of a separation, almost an alienation from the lay medical world; a passing through the mirror so that one looks out on the world from behind it and sees things as in mirror writing » : Hughes E. C., 1958, *op. cit.*, p. 119.

⁴²⁷ Davis F., 1968, *op. cit.*

⁴²⁸ Aubry F., « Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes : une comparaison France-Québec », Formation emploi [En ligne], 119 | Juillet-septembre 2012, mis en ligne le 26 octobre 2012.

2.1. Formation à l'identité : initiation et conversion au modèle professionnel

Entendue comme un changement identitaire⁴²⁹, la socialisation professionnelle⁴³⁰ constitue un apprentissage au long cours. Dans la perspective interactionniste conceptualisée par Everett Hughes, elle se traduit par un processus d'intériorisation en trois temps : 1) la découverte d'un « monde inversé »⁴³¹ et d'une culture professionnelle qui contrastent avec les représentations profanes de l'activité ; 2) l'« installation dans la dualité »⁴³², entre une vision idéalisée de l'activité liée à la « dignité de la profession »⁴³³, et les tâches moins prestigieuses ayant trait à la réalité de la pratique ; 3) un « ajustement de la conception de Soi »⁴³⁴ par lequel l'individu prend position au regard de son activité et de ses représentations. La socialisation apparaît donc comme une initiation, du fait de l'expérience du « dépaysement » et de la confrontation avec la culture professionnelle mettant en cause des représentations profanes, mais aussi comme une conversion, dans la mesure où l'individu est tenu de renouveler son rapport à l'activité et, plus largement, son rapport au monde.

Cette perspective qui se retrouve dans la socialisation professionnelle des nouveaux entrants en réanimation se précise davantage avec le modèle analytique proposé par Fred Davis au sujet de la socialisation infirmière⁴³⁵. La socialisation des soignants de réanimation s'apparente en effet à une « conversion doctrinale », caractérisée par une transformation identitaire et la revendication de cette identité. Cette conversion débute avec le « passage à travers le miroir », marqué par un sentiment d'« appréhension » avant l'entrée dans le service. Dans ce moment que Davis nomme l'« innocence initiale »⁴³⁶, les nouveaux entrants portent un ensemble de représentations à l'égard de la nature du travail de soins. L'activité consiste en une discipline exclusivement technique où le volet relationnel est presque inexistant du fait de l'état pathologique des patients sédatisés. Ils découvrent progressivement l'étendue du travail, faisant l'expérience du contraste entre leurs représentations profanes et la culture professionnelle. Comme ils l'indiquent généralement au moment de leur entrée en réanimation : « quand tu arrives en réa, tu réapprends tout ce que tu sais ».

⁴²⁹ Dubar C., 2010 (1991), *op. cit.*

⁴³⁰ *Ibid.*

⁴³¹ *Ibid.* p. 135.

⁴³² *Ibid.*

⁴³³ *Ibid.*

⁴³⁴ *Ibid.* p. 136.

⁴³⁵ Davis F., 1968, *op. cit.*

⁴³⁶ Comme le rappelle Dubar à ce propos : « l'innocence initiale : c'est le règne sans partage des stéréotypes professionnels de l'infirmière dévouée, altruiste, disponible... » ; Dubar C., 2010 (1991), *op. cit.*, p. 137.

Ce sentiment de « désorientation » se précise lors de leurs premiers jours dans le service. En période de « doublage »⁴³⁷ (de deux à trois jours), les nouveaux entrants remettent en cause certains des stéréotypes qu'ils associent jusqu'alors à la réanimation :

« J'étais complètement perdue au début. J'ai été diplômée dans un service [O.R.L.] où je savais ce que je devais faire, quand je devais le faire, et voilà. J'avais des médecins qui me faisaient confiance et tout ça. Et puis, je suis arrivée en réa, je savais plus rien du tout. Tu remets tout en question. J'avais l'impression de repasser mon diplôme... J'avais l'impression de pas être infirmière » (Mélanie, 28 ans, infirmière).

« Moi, quand je suis arrivée, au début j'avais peur de pas avoir de contact avec les familles. Mais en fait, tu passes beaucoup de temps avec elles. T'essaies de les rassurer, de dire un petit mot et tout [...]. Et puis les patients, tu as des contacts avec eux. Même s'ils ne parlent pas, tu vas leur dire ce que tu vas faire et tout ça. Au début, c'est un peu bizarre, mais en fait c'est aussi comme ça que tu communique » (Adèle, 32 ans, aide-soignante).

En prenant conscience que leurs représentations profanes contrastent avec la réalité du travail, les nouveaux entrants s'engagent dans la « conscience d'incongruité »⁴³⁸. De nouveaux questionnements se font jour quant au travail, à sa réalisation ainsi qu'aux significations qui lui sont associées. La conscience de l'incongruité constitue un temps fort dans le choix d'aspiration ou de renoncement à l'activité. Elle implique en effet pour les nouveaux entrants qu'ils se positionnent vis-à-vis de ces questionnements. On observe alors différentes attitudes d'abandon, de retenue ou d'implication « surjouée » au cours des premiers jours de travail, dans les tâches administratives, relationnelles et physiques, aussi bien dans les « réas », que lors des toilettes mortuaires ou la réfection des chariots de consommables médicaux :

⁴³⁷ Période durant laquelle les nouveaux entrants sont accompagnés d'un binôme infirmier ou aide-soignant.

⁴³⁸ Le concept de « conscience d'incongruité » développé par Davis constitue « le trouble, la crise consécutive à la prise de conscience que la profession n'est pas exactement "ce qu'on attendait" et que les catégories stéréotypées (dévouement, altruisme...) par lesquelles les apprenties infirmières la représentaient sont "incongrues", étrangères au "monde" alors entrevu. L'auteur parle de "choc de la réalité" (*reality shock*) » : Dubar C., 2010 (1991), *op. cit.*, p. 137.

« Je crois que [la réanimation] c'est pas fait pour moi. Je voulais voir comment c'était parce que ma référente m'en avait parlé. Mais là, tu es avec des gens... des malades qui ne parlent pas (...). Et quand on m'a demandé de faire la toilette du patient décédé, bon... J'ai vraiment du mal avec ça » (Sarah, 17 ans, élève aide-soignante).

« Quand tu es dans l'action, tu te poses pas la question. Le plus compliqué c'est qu'en fait tu as toujours un truc à faire. C'est moins "speed" que dans les autres services, mais en fait dès qu'il se passe un truc, tu es obligé de courir dans tous les sens pour aller chercher le "respi", le défibrillateur... En fait, tu t'investis deux fois plus qu'ailleurs je trouve. C'est pas le même travail. Moi, j'essaie de toujours regarder s'il y a un truc qui va pas parce que tu sais jamais comment ça va se passer » (Mathieu, 21 ans, élève infirmier).

La diversité des attitudes adoptées, liée aux dispositions préalables des nouveaux entrants⁴³⁹, permet d'appréhender le deuxième temps de leur socialisation professionnelle : ayant franchi le seuil de la culture professionnelle — le « passage à travers le miroir » — ils se dirigent progressivement vers le chemin de la conversion. Ils sont alors partagés entre le « modèle idéal »⁴⁴⁰ de l'activité, caractérisé par sa « valorisation symbolique »⁴⁴¹, et le « modèle pratique »⁴⁴² associé aux tâches les moins prestigieuses. Leur positionnement dans cette dualité se précise à mesure qu'ils se réfèrent aux normes, aux valeurs et attitudes attendues par le groupe. Le « dé clic » (« *psyching out* »⁴⁴³), c'est-à-dire la découverte des différentes facettes de l'activité, les amène à composer avec ce qu'ils distinguent plus clairement comme un « groupe de référence » : les personnels soignants de réanimation. Ils ont l'intuition d'identifier les attentes du groupe vis-à-vis d'eux-mêmes, les conduisant à l'adoption d'une attitude « inauthentique, [à] l'acceptation du gouffre qui sépare le rôle à jouer des stéréotypes antérieurs, c'est la mise en œuvre du "dé clic" malgré ce qu'il implique »⁴⁴⁴.

⁴³⁹ Sarah, pour qui la réanimation est vécue difficilement compte tenu de la proximité de la mort, me précisera quelque temps après avoir choisi de se diriger vers la pédiatrie, suivant les conseils de sa mère assistante-maternelle. Mathieu, dont le père est sapeur-pompier, précisera quant à lui s'intéresser davantage à la réanimation. Il envisage également de poursuivre vers la voie de l'anesthésie.

⁴⁴⁰ *Ibid.*

⁴⁴¹ *Ibid.*

⁴⁴² *Ibid.*

⁴⁴³ Davis F., 1968, *op. cit.*

⁴⁴⁴ Dubar C, 2010 (1991), *op. cit.*, p. 137.

Cette « simulation du rôle »⁴⁴⁵, premier pas vers l' « intériorisation anticipée »⁴⁴⁶ des attentes et des normes indigènes, se réalise à mesure que se développent les interactions avec les différents membres du groupe. Lors des premiers jours — plus particulièrement lors de la période de « doublage » —, les soignants s'emploient à former les nouveaux entrants aux principes, aux normes et aux valeurs du groupe au moyen d'un travail de contrôle et d'évaluation de leur incorporation. Si le contrôle de l'incorporation des normes relève du cadre formel pour les stagiaires comme on l'a vu plus avant, il constitue en revanche un mécanisme implicite en ce qui concerne les personnels nouvellement embauchés. Le contrôle et l'évaluation informelle de cette incorporation s'observent à l'occasion des réunions d'unité, à travers le travail en binôme, lorsque les « anciennes » conseillent les nouveaux entrants sur la mobilisation des patients, l'utilisation du matériel, les interactions avec les familles ou l'organisation du travail :

« Au début, tu es un peu perdue, tu cherches les choses un peu partout, tu regardes les protocoles de services pour pas te planter. Mais heureusement que tu es doublée. Même si ça dure que deux jours. Après tu sais que tu as toujours ton binôme qui va te dire comment faire si tu sais pas. T'apprends sur le tas. Des fois, on te dit les choses... Bon, tout le monde ne dit pas les choses de la même façon, ça dépend des gens » (Ludivine, 33 ans, aide-soignante).

L'incorporation des normes indigènes passe ainsi par une formation aux techniques corporelles, relationnelles, temporelles et organisationnelles adoptées par le groupe. Les « ficelles du métier » transmises par les soignants relèvent d'un dispositif objectif dont l'enjeu consiste, pour le segment, à se maintenir autour de pratiques communes. La transmission du genre professionnel par les pairs aboutie, pour les nouveaux entrants, à l' « ajustement de la conception de soi »⁴⁴⁷. Abandonnant leurs représentations profanes de l'activité, ils en viennent à revendiquer le modèle pratique⁴⁴⁸ soutenu par les membres du segment : d'une représentation essentiellement fondée sur la réalisation des soins techniques, ils revendiquent alors une image de la réanimation marquée par les soins relationnels réalisés auprès de patients « techniques ».

⁴⁴⁵ Davis F., 1968, *op. cit.*

⁴⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁴⁷ Hughes E. C., 1958, *op. cit.*, p. 127.

⁴⁴⁸ Dubar C. 2010 (1991), *op. cit.*, p 137.

2.2. « Nous, la “réa”... » : l’affirmation du sentiment d’appartenance

Le « passage à travers le miroir » et l’acculturation aux normes du groupe, l’initiation et la conversion opérées lors de la socialisation conduisent à l’adoption d’une identité professionnelle, entendue ici au sens de Dubar :

« J’appelle “identités professionnelles”, les formes identitaires [...] telles qu’on peut les repérer dans le champ des activités de travail rémunérées. Cette notion se rapproche de celle que Sainsaulieu appelle identités au travail et qui désigne, chez lui, des “modèles culturels” ou des “logiques d’acteurs en organisation”. Mais elle s’en distingue par un aspect important : les formes visées ne sont pas seulement relationnelles (identités d’acteurs dans un système d’action), elles sont aussi biographiques (types de trajectoire au cours de la vie de travail). Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s’identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l’emploi »⁴⁴⁹.

Dans cette acception, l’identité professionnelle ne se limite à l’adoption d’un « modèle culturel » ni à une « logique d’acteurs en organisation »⁴⁵⁰. Elle se traduit plus largement par un sentiment d’appartenance collective, éprouvé au regard des trajectoires des membres qui composent du segment. Ce sentiment est d’autant plus fort qu’il relève d’une initiation, vécue comme un tournant dans la carrière des soignants. Ces derniers distinguent alors un « avant » et un « après » l’entrée, s’identifiant dans la vie sociale comme dans la vie professionnelle au regard de leur affiliation à l’activité. Leur appartenance à la réanimation constitue donc une « forme identitaire » entendue comme la :

« conjonction d’un espace d’identification typique et d’une temporalité biographique significative. Il ne s’agit pas seulement d’identités au travail, mais d’identités professionnelles au sens large (“*occupational identity*”) impliquant une projection de l’avenir probable (en matière de statut d’emploi et non seulement de position sociale) et un investissement subjectif (“*commitment*”) dans un champ relationnel structuré⁴⁵¹. Il ne s’agit pas d’identités spécifiques liées à des branches d’activité, à des savoirs

⁴⁴⁹ Dubar C., 2010 (1991), *op. cit.*, p. 95.

⁴⁵⁰ Sainsaulieu R., 1977, *L’identité au travail. Les effets culturels de l’organisation*. Paris, Presses de la Fondation nationale des Sciences politiques.

⁴⁵¹ Hughes E.-C., 1958, *op. cit.* ; Becker H.-S., Strauss A., 1970, « Careers, Personality and Adult Socialization », *Sociological Words, Methods and Substance*, Allen Lane, Penguin Press, p. 245-260.

disciplinaires ou à des champs sociaux particuliers mais de formes générales résultant d'identifications à des espaces significatifs et d'incorporations de trajectoires typiques. Ces formes sociales sont inséparables des modes de codification et de reconnaissance des catégories dans le champ socioprofessionnel⁴⁵². Elles sont liées à la fois à des formes typiques de mobilité et à des segments distincts du marché du travail⁴⁵³ »⁴⁵⁴.

Parce qu'ils s'inscrivent dans l' « espace d'identification typique » de la réanimation et dans la « temporalité biographique significative » des trajectoires d'entrée, les soignants de « réa » contribuent à la production de leur forme identitaire. L'identité n'est donc pas seulement professionnelle. Elle se transpose également dans les activités les plus ordinaires de la vie quotidienne. Comme ils l'indiquent dans les entretiens, leur attitude reste toujours associée à leur posture professionnelle, notamment en matière de pratiques préventives⁴⁵⁵ :

« Non, je parle pas vraiment du boulot à la maison [...]. Bon, après je parle des pathologies à mon mari parce qu'il est motard. Quand il y a un motard dans le service, je lui dis pour qu'il fasse attention. Ou alors, l'autre jour on a eu un monsieur qui a plongé dans un lac, il y avait quarante centimètres d'eau, mais il savait pas. Il est tétraplégique. Bah ça je le dis, enfin je mets les formes, mais je le dis à ma fille. Je lui dis de faire attention quoi, de pas faire n'importe quoi » (Aurélie, 40 ans, infirmière).

« Quand tu vois ce qu'il se passe en réa, après tu réfléchis. À la maison quand on sort en vélo, c'est toujours avec le casque, tu fais toujours attention à tout. Dès que tu as des vertiges ou quoi, tu te poses un peu des questions. Bon, on devient un peu parano, c'est peut-être débile. Après, c'est quand même mieux de prévenir » (Cyril, 34 ans, infirmier).

La forme identitaire qui soutient leur sentiment d'appartenance à l'activité se confirme à travers leur « projection de l'avenir probable ». Leurs perspectives professionnelles ne sont en effet jamais tout à fait éloignées des paris adjacents qui les ont conduits en réanimation.

⁴⁵² Desrosières A., Thévenot L., 1988, *Les catégories socioprofessionnelles*, Paris, La Découverte.

⁴⁵³ Stinchcomb A.-L., 1979, « Social Mobility in Industrial Labor Markets », *Acta Sociologica*, XXII n° 3, pp. 217- 245.

⁴⁵⁴ Dubar C., Engrand S., « Formation continue et dynamique des identités professionnelles », *Formation Emploi*, n° 34, 1991, p. 87-88.

⁴⁵⁵ La question de l'identité professionnelle hors travail n'a pas posée explicitement lors des entretiens ethnographiques. Pour autant, elle est évoquée dans la plupart des entretiens, concernant leurs pratiques hors travail.

Elles expriment cependant une certaine ambiguïté : soit, se diriger vers une formation d'infirmière anesthésiste (IADE) ou de cadres de santé (IFCS) pour les infirmières, ou en institut de formation infirmière (IFSI) pour les aides-soignantes ; soit, s'installer en tant qu'infirmière libérale, voire quitter le monde hospitalier et opter pour une reconversion. Si ces orientations semblent contradictoires en apparence (se spécialiser ou quitter le milieu de soins), elles trouvent pourtant leur justification dans une même ambition de préserver les « gains » que les soignants ont acquis par leur investissement dans le « champ relationnel structuré »⁴⁵⁶ de la réanimation. Aussi les services de « *réa* » sont-ils à la fois des espaces organisationnels particuliers et des temps du devenir social en latence : des perspectives de mobilité que les spécificités de ces services matérialisent.

⁴⁵⁶ Dubar C., Engrand S., *art. cit.*, 1991, p. 87.

Conclusion du chapitre 2.

La structure d'action des soignants de réanimation repose sur une certaine ambivalence : d'une part, elle s'appuie sur le portage d'un modèle médical auquel ils sont pourtant subordonnés ; d'autre part, elle prend forme sur les prédispositions biographiques des membres du segment. S'ils ne constituent pas un groupe professionnel à part entière, à l'image des infirmiers anesthésistes ou des infirmiers de bloc opératoire dont les frontières semblent bien établies, les soignants de « réa » n'en présentent pas moins certaines caractéristiques. D'abord, parce qu'ils profitent des configurations organisationnelles des services qu'ils emploient dans la fermeture du marché du travail de soin. Ensuite, parce qu'ils revendiquent leur adhésion à une médecine de combat, qu'ils convoquent dans la définition d'une expertise soignante du travail d'« entre-deux ». Enfin, parce qu'ils procèdent à la transmission de leur genre professionnel fondé sur l'articulation de savoirs et de savoir-faire hybrides.

La spécificité des soignants de réanimation repose donc sur l'hybridation du segment professionnel et la formation de l'objet du travail soignant qui, à l'instar de l'objet médical, « entrent parfois en opposition sans pour autant strictement se contredire, et constituent les supports dialectiques d'une pensée commune parfois paradoxale : formation/sélection ; théorie/pratique ; général/spécialisé »⁴⁵⁷. Ainsi ce segment, au même titre que l'objet du travail qu'il s'emploie à définir, présente-t-il une configuration atypique au regard des personnels paramédicaux des « services traditionnels ». En cela, il semble plutôt « outillé » face à l'évolution des reconfigurations du travail soignant. À la frontière du travail médical, il repose sur une éthique de l'audace qui s'appuie sur une ligne d'autorité « de nature charismatique et l'une des caractéristiques du charisme est de braver les règles administratives »⁴⁵⁸. Les soignants de réanimation manifestent alors leur professionnalisme à la fois au regard des conduites et des représentations médicales « guerrières » attribuées aux équipes médicales des services, mais aussi, dans le même temps par l'expression d'une posture « pacificatrice ». L'imbrication du *cure* et du *care* est donc au cœur du segment, le premier étant indissociable du second.

⁴⁵⁷ Hardy A.-C., 2015, *art. cit.*, p. 12.

⁴⁵⁸ Carricaburu D., Ménoret M., 2004, *op. cit.*, p. 28.

Conclusion de la partie I

La préservation des frontières et la distribution des tâches constituent le premier impératif professionnel des soignants qui y travaillent. L'approche de ce segment par l'analyse sociohistorique de leur cadre de travail nous apprend deux choses à leur égard. Premièrement, bien qu'ils soient absents de l'histoire « héroïque »⁴⁵⁹ de la réanimation telle qu'elle apparaît dans les ouvrages spécialisés⁴⁶⁰, ils se réclament de sa filiation. Ils se présentent comme les légataires indirects d'une éthique de l'audace qu'ils mobilisent à des fins professionnelles. Leur rhétorique d'adhésion à cette éthique constitue alors une ressource dans la fermeture de leur marché de travail, mais aussi dans leur positionnement au sein de la division du travail hospitalier : « tout le monde peut pas travailler en réa ». Deuxièmement, ils empruntent certains des mécanismes de professionnalisation admis à l'endroit des professions établies, notamment celle des médecins anesthésistes-réanimateurs. Car, bien qu'ils ne soient pas en mesure de formaliser leurs savoirs hybrides ni de faire valoir un droit d'accès à leur segment, les soignants conservent un droit de regard informel sur l'affectation des nouveaux entrants. Pour ce faire, ils s'appuient sur un double processus de sélection et de socialisation professionnelle. Le premier consiste en une évaluation informelle des candidats à la réanimation. L'évaluation porte sur la capacité des nouveaux entrants à s'inscrire dans l'héritage des « pionniers ». Elle s'appuie sur des dispositifs objectifs, tels que les évaluations de fin de stage, qui permettent aux soignants de faire valoir des dispositions subjectives d'entrée dans le segment. Le second relève de la formation endogène des nouveaux entrants. Une fois passées les portes de la réanimation par la voie formelle des entretiens auprès des cadres d'unité, les nouveaux entrants sont alors socialisés aux normes informelles du segment. Sous le contrôle de leurs pairs, ils apprennent les « ficelles du métier » de sorte qu'ils opèrent une transformation de leur identité professionnelle permettant le renouvellement du segment. En somme, la conversion professionnelle des nouveaux entrants repose sur une éthique de l'audace transmise en héritage qui vient cristalliser des trajectoires individuelles au sein d'un collectif hybride : « nous, les réas ».

⁴⁵⁹ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*

⁴⁶⁰ Cousin M.-T., 2005, *L'anesthésie-réanimation en France des origines à 1965*. Tome I, Anesthésie ; Tome II Réanimation, les nouveaux professionnels, Paris, L'Harmattan ; Cazalaà J.-B., Chavagnac B., Cousin M.-T., Gay R., Louville Y. (*Dir.*), 2016, *op. cit.*.

Aussi l'examen des trajectoires et des carrières soignantes invite-t-il à saisir d'un peu plus près les reconfigurations à l'œuvre dans les services. Partant du constat que le segment des soignants de réanimation repose sur une dynamique professionnelle fermée sur elle-même, se pose alors la question des stratégies qu'ils mobilisent en vue de se maintenir dans la fabrique des soins, fragilisée par les reconfigurations extérieures portées à l'intérieur des services.

PARTIE II

DES PRATIQUES SOIGNANTES EN TENSION

Les soignants de réanimation apparaissent comme un segment relativement « préservé ». Ils profitent à la fois de frontières symboliques et matérielles délimitant leur juridiction professionnelle, mais aussi d'un imaginaire collectif fondé sur une éthique de l'audace. Reposant sur leur capacité à s'imposer dans la définition de l'objet du travail et à se positionner dans la division du travail de réanimation, leur structure d'action est pourtant l'objet d'une profonde reconfiguration depuis quelques années. En cause, l'ambition de modernisation de l'hôpital portée par les autorités publiques en vue d'en maîtriser les dépenses. Aussi les soignants sont-ils tenus d'ajuster leurs pratiques et leurs représentations en fonction des dispositifs introduits dans le cadre de la « nouvelle gouvernance hospitalière ».

Convoquées dans un même objectif d'amélioration continue de la qualité des soins, les transformations des cadres du travail hospitalier ne sont donc pas sans conséquence pour les soignants de réanimation. À l'instar des autres professions hospitalières traditionnelles examinées par les sciences sociales⁴⁶¹, elles supposent une redéfinition de leurs dynamiques professionnelles en matière d'autonomie et d'identification à l'activité. Les effets concrets des réformes sur les pratiques soignantes révèlent alors quelques ambiguïtés de la nouvelle gouvernance hospitalière : d'abord, au regard de la définition de l'activité hospitalière et de ses finalités ; ensuite, compte tenu des dispositifs à l'œuvre pour y parvenir ; enfin, du fait de la remise en cause de l'identité professionnelle de ses acteurs (chapitre 3). La nouvelle gouvernance suscite des réactions, quelque peu attendues dans des services marqués par des règles de transgression, de résistances et d'oppositions de la part des soignants qui voient leurs pratiques et leurs représentations mises en cause par l'introduction d'une philosophie gestionnaire. Pour autant, elle génère aussi des réactions pour le moins inattendues d'assentiment et d'adhésion à l'endroit de certains des effets induits par la modernisation de l'hôpital. L'examen des réactions soignantes à la rationalisation de leur travail permet d'appréhender plus concrètement les effets du portage médical au sein du segment : loin de se résoudre à l'application résignée ou à l'opposition catégorique aux injonctions professionnelles définies en dehors du segment, les soignants de réanimation s'emploient à leur ajustement en vue de se maintenir dans la définition du travail (chapitre 4).

⁴⁶¹ Bezès P., Demazière D., « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, 2011, vol. 53, n° 3, p. 294-305.

Chapitre 3

« La qualité et l'efficience... »

La modernisation de l'hôpital public suscite une certaine unanimité chez les soignants de réanimation. Tous s'accordent en effet sur l'idée que « pour [les réformateurs], il faut que l'hôpital fasse du chiffre ». Derrière cette objection émise à l'endroit de la nouvelle gouvernance hospitalière, se dessine aussi celle de la remise en cause du portage médical et de l'engagement dans le travail. Aussi les soignants manifestent-ils de vives inquiétudes quant à l'avenir de leur activité et plus encore, de celui de l'hôpital. Car c'est bien le modèle institutionnel hospitalier⁴⁶² qui est l'objet des réformes organisationnelles, visant à moderniser son fonctionnement jugé inflationniste par les autorités publiques.

Mise en œuvre dans le cadre *new public management*, la modernisation du système de santé se traduit en effet par l'introduction d'une logique organisationnelle qui emprunte ses outils au secteur privé : « stratégie », « pilotage », « management », « planification », « audits », « certification », etc. Elle se concrétise, entre autres, par « un ensemble hétérogène d'axiomes tirés de théories économiques, de prescriptions issues de savoirs de management, de descriptions de pratiques expérimentées dans des réformes [...] et de systématisations produites par des organismes comme l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) »⁴⁶³. L'introduction de ces dispositifs gestionnaires consacre ainsi l'avènement d'un « hôpital organisation »⁴⁶⁴ qui entraîne une transformation durable, bien que progressive, du contenu de l'activité et des dynamiques professionnelles de ses acteurs. Elle sous-tend en effet un vaste processus de redéfinition du travail paramédical, tourné non plus vers la réalisation des soins « à tout prix », mais vers la mesure de l'activité et l'efficience hospitalière (*section I*). L'application des nouvelles orientations sanitaires définies par les autorités publiques s'exerce au moyen d'outils visant à « professionnaliser » les personnels : recommandations de bonne pratique (RBP) ; formations professionnelles ; évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ; mesure de la qualité ; certification hospitalière, etc.

⁴⁶² Dubet F., 2002, *Le déclin de l'institution*, Paris, Éd. du Seuil, coll. « L'épreuve des faits ».

⁴⁶³ Bezès P., Demazière D., 2011, *art. cit.*, p. 295.

⁴⁶⁴ Herreros G., 2008, *art. cit.*

Ces dispositifs visent donc à l'amélioration des pratiques et, par conséquent, de la qualité des soins. Pourtant, leur application se révèle paradoxale si ce n'est contradictoire : incitant les soignants à s'impliquer dans la réalisation d'exigences programmées en dehors du segment, elle participe dans le même temps à leur disqualification. Loin de s'opposer à une réforme de l'hôpital public, ils se voient privés de leur capacité à s'imposer dans la définition de l'activité au profit d'acteurs « administratifs » extérieurs aux services. Cette perspective pose alors la question de la définition de l'objet du travail soignant en réanimation. Elle invite à reconsidérer les voies d'articulation entre la montée d'« injonctions au professionnalisme »⁴⁶⁵ et le maintien des normes professionnelles, mais aussi entre la prolifération normative et le respect de la « singularité » de la relation de soin (*section 2*).

Section 1. L'efficience au cœur de la modernisation

En empruntant au secteur privé sa logique de rendement et ses outils d'application, la modernisation du système de santé opère un renouvellement de la trame institutionnelle hospitalière⁴⁶⁶ au profit de l'implantation d'un modèle managérial⁴⁶⁷. Si elle se caractérise par le déploiement d'une organisation fondée sur la rationalisation du travail dans les services et les unités de soins, la modernisation de l'hôpital public semble également participer à l'enracinement des principes d'efficience au cœur de la division du travail hospitalier. Cette mise en gestion de l'activité, consacrée par « l'offre de soins », s'exprime à travers l'avènement du *management hospitalier* qui incite les personnels de santé à revoir leurs pratiques pour « contribuer à la régulation par la qualité et l'efficience »⁴⁶⁸.

1. La réanimation : entre institution et organisation hospitalière

La plupart des soignants de réanimation s'accordent sur l'impossible rationalisation gestionnaire de leur activité. Ils mettent en évidence les logiques contradictoires de la nouvelle gouvernance hospitalière, en matière d'organisation du travail, d'accueil des familles, de prise en charge des malades et de mesure de l'activité, au premier lieu desquelles

⁴⁶⁵ Boussard V., Demazière D., Milburn Ph., (Dir.) 2010, *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*, Presses Universitaires de Rennes, Coll. « Des Sociétés ».

⁴⁶⁶ Dubet F., 2002, *op. cit.*, p. 195–230.

⁴⁶⁷ Belorgey N., 2010, *op. cit.*

⁴⁶⁸ Bandeau d'annonce de la Haute Autorité de Santé.

se situe celle de la réalisation de leur mission de service public. Se dessinent alors les contours des problématiques qui traversent les services de réanimation, partagés entre l'accomplissement d'une mission de service public coûteuse et l'émergence de contraintes de rentabilité. Ces contradictions se manifestent par l'affirmation d'une rupture avec les orientations définies par les équipes de direction, l'intensification du travail et l'évolution de la relation de soins au prisme des référentiels, procédures et protocoles. Elles traduisent plus largement l'essoufflement d'une topique institutionnelle qui sous-tend la structure organisationnelle et professionnelle des soignants au profit d'un modèle organisationnel construit autour d'un double mouvement de bureaucratisation et de financiarisation de l'activité⁴⁶⁹.

1.1. « Notre boulot, c'est du service public » : l'ancrage du modèle institutionnel

L'appréhension des soignants de réanimation face à la modernisation de leurs pratiques repose sur la transformation du modèle institutionnel sur lequel ces dernières s'appuient. Les craintes et les critiques qu'ils formulent à l'égard de la nouvelle gouvernance hospitalière résident moins dans l'ambition de changement portée par les autorités publiques que dans la nature de ces changements. Un retour sur les origines de l'hôpital public français permet d'identifier quatre des assises institutionnelles sur lesquelles se reposent encore aujourd'hui les membres de la réanimation.

Premièrement, celle de l'accès aux soins à travers la définition d'une politique de « redistribution entre les individus et les groupes sociaux »⁴⁷⁰ instaurée par la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics⁴⁷¹ marquant la fin de l'hospice au profit de l'assistance aux malades. Véritable soubassement de l'hôpital public français d'après-guerre, la définition de la mission d'assistance aux malades est enracinée dans la culture des services de réanimation. Plus encore, elle est en partie constitutive des soins de réanimation, ces derniers étant « destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles

⁴⁶⁹ Denise T., « La modernisation de l'hôpital public en France : l'idéal technocratique de normalisation », in Grand I., Juan S., Vignet J., (dirs.), 2015, *La technocratie en France. Une nouvelle classe dirigeante ?*, Éd. Les Bords de l'Eau, Coll. « Documents ».

⁴⁷⁰ Duval J., « Une réforme symbolique de la sécurité sociale. Les médias et le "trou de la Sécu" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3/2002, n° 143, p. 53-67.

⁴⁷¹ Appliquée par le décret n° 43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance »⁴⁷². L'impératif d'accueil des malades repose également sur la création de la Sécurité sociale par l'ordonnance du 4 octobre 1945⁴⁷³. Il se cristallise en effet autour de la médicalisation de l'hôpital public par l'ouverture de droits « partiellement déconnectés du niveau de leur contribution financière »⁴⁷⁴ et de l'émergence d' « un malade d'un type nouveau, l'assuré social qui n'est ni l'indigent ni le payant direct »⁴⁷⁵, figure idéale typique du malade. Aussi les principes d'accueil et de prise en charge, quel qu'en soit le prix, sont-ils encore largement présents dans les services comme le précise Jean-Marc, médecin anesthésiste-réanimateur :

« Quand je vois qu'aujourd'hui on te facture tout et n'importe quoi... Mais la base de notre métier c'est d'accueillir les personnes, les malades et les familles sans se poser la question de "combien ça va nous coûter si on fait tels soins". Certes, la réanimation est un service qui coûte cher, parce qu'on a de grosses équipes et qu'il nous faut beaucoup de matériel, mais tout ça c'est secondaire quand tu regardes le travail qu'on accomplit pour les personnes » (Jean-Marc, 51 ans, médecin anesthésiste-réanimateur).

À ces principes d'accueil et de prise en charge s'ajoute le renouvellement de la place attribuée aux équipes médicales sur lequel reposent le portage médical et l'autonomie des pratiques soignantes. Portée par le décret d'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, l'instauration de la Commission Consultative Médicale — future Commission Médicale d'Établissement (CME) — offre alors une place de choix au corps médical dans la politique de l'établissement. Ce renouvellement n'est pas anodin dans l'attachement des soignants au modèle institutionnel de l'hôpital public. Il consacre en effet le monopole des orientations hospitalières par le corps médical, notamment au regard du statut de directeur d'établissement, dont le rôle se limite alors à l'exécution des directives prononcées par la commission administrative⁴⁷⁶. Comme le précisent les soignants de réanimation :

⁴⁷² Article R6123-33 du Code de la santé publique.

⁴⁷³ Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.

⁴⁷⁴ Duval J., *art. cit.*, p. 57.

⁴⁷⁵ Schweyer F.-X., 2006b, *art. cit.*

⁴⁷⁶ François-Xavier Schweyer précise à ce sujet que « le directeur ne fut d'abord qu'un secrétaire de la commission administrative, et sa fonction n'exista comme telle que dans la mesure où son entourage voulait bien la reconnaître. Car l'hôpital était présidé par le maire qui dirigeait l'établissement, fixait le budget et le prix de journée sur lequel le préfet exerçait toutefois un contrôle. Le directeur devait exécuter les décisions de la commission administrative qui nommait en son sein un ordonnateur pour signer les mandats » : Schweyer F.-

« C'est les chefs de service qui devraient gérer tout ça [au sujet des répartitions budgétaires hospitalières]. Mais là, ils sont bouffés par la direction. Je sais pas tout ce qu'il se passe là-haut [au service administratif], mais ils devraient descendre dans les services pour voir comment ça se passe vraiment. Parce que, quand ils t'annoncent qu'il faut diminuer les budgets pour les plateaux-repas, le linge et même les médicaments à la pharmacie, tu te dis qu'en fait ils n'y connaissent rien » (Florence, 30 ans, infirmière).

Cette distribution des lignes d'autorités médicales et administratives⁴⁷⁷ se précise un peu plus avec l'ordonnance du 30 décembre 1958 portant création des Centres Hospitaliers Universitaires⁴⁷⁸. Cette troisième innovation institutionnelle, sur laquelle reposent les pratiques et les représentations des soignants de réanimation, consiste en un double mécanisme. D'une part, elle consacre l'hôpital en tant qu'institution marquée par la prépondérance du corps médical et l'accueil des malades. D'autre part, elle définit une triple mission de soin, d'enseignement et de recherche, mais aussi, la création du statut de médecin hospitalo-universitaire à plein temps, point d'entrée à l'essor d'une médecine hospitalo-universitaire conduite par l'autorité médicale. Œuvrant à l'accueil des malades et la centralisation des activités médicales et de recherche, la création des CHU signe donc l'avènement du modèle institutionnel hospitalier français. Elle pose les bases d'une médecine « de pointe » ouverte à tous, constitutive des principes définis quelques années plus tôt par les pionniers de la réanimation française⁴⁷⁹.

Cette étape conduit au dernier élément significatif de l'attachement des soignants au modèle institutionnel, celui de la création du Service Public Hospitalier (SPH) par loi du 31 décembre 1970⁴⁸⁰. Celle-ci vient confirmer, trente après la fin de l'hospice, la mission d'accueil et de prise en charge des malades attribuée par l'État aux hôpitaux publics et à ses membres. Elle assigne à ces derniers la charge d' « assure[r] les examens de diagnostic, le traitement — notamment les soins d'urgence — des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel »⁴⁸¹. Compte tenu de l'ampleur du projet, la réforme instaure également la « carte sanitaire »,

X., 2006b, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XLIV-135 | 2006, mis en ligne le 13 octobre 2009.

⁴⁷⁷ Carricaburu D., Ménoret M., 2011 (2004), *op. cit.*, p. 28.

⁴⁷⁸ Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de Centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

⁴⁷⁹ Voir le chapitre 1.

⁴⁸⁰ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, parue au JORF du 3 janvier 1971, p. 67.

⁴⁸¹ Article 2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

dispositif créé pour procéder à la recension des biens mobiliers et immobiliers des hôpitaux publics, et des établissements privés qui souhaitent contribuer au SPH⁴⁸² afin de pourvoir, à l'échelle nationale, les établissements affiliés. Cette réforme confirme deux tendances significatives d'un modèle hospitalier en plein essor. D'une part, elle centralise l'offre de soins dans un même espace — les CHU — marqué par une médecine hospitalo-centriste au sommet de laquelle culmine la profession médicale. D'autre part, elle soutient une logique médicale inflationniste, à travers l'investissement en matériaux lourds et plateaux techniques nécessaire à la réalisation du SPH. C'est le cas notamment avec la création du Service d'aide médicale urgente (SAMU), du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et des services de réanimation, dont les personnels revendiquent encore aujourd'hui la nécessité d'un fonctionnement coûteux en matière d'effectifs et d'équipements.

1.2. Le déclin d'un modèle institutionnel ?

L'ancrage du modèle institutionnel est d'autant plus fort aujourd'hui dans les services qu'il est l'objet d'une profonde remise en cause. Aussi les soignants ne manquent pas de rappeler leur attachement au service public hospitalier qu'ils estiment menacé par la montée en gestion de l'activité hospitalière. Cette perspective pose alors la question du déclin institutionnel⁴⁸³, de son origine et de ses effets concrets sur la définition et sur l'organisation des soins de réanimation.

L'importation d'une logique économique au début des années 1970 permet d'avancer quelques éléments de réponse face au déclin du modèle qui sous-tend les pratiques et les représentations des soignants de réanimation. D'abord, au regard du renversement qui s'opère avec l'introduction d'une logique d'encadrement des dépenses, à la suite de la crise pétrolière de 1973 et au ralentissement économique qui en découle. Alors que le Produit intérieur brut (PIB) français chute de 8,1 % à 1,5 % entre 1960 et 1985⁴⁸⁴, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB augmente quant à elle de 3,4 % à 7,8 % au cours de la même période⁴⁸⁵. Dans ce contexte, l'État déploie une politique

⁴⁸² Article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁴⁸³ Dubet F., 2002, *op. cit.*

⁴⁸⁴ Bouvier G., Pilarski C., « Soixante ans d'économie française : des mutations structurelles profondes », INSEE « Première », n° 1201, juillet 2008.

⁴⁸⁵ Caussat L., Fenina A., Geffroy Y., « Quarante années de dépenses de santé : une rétopolation des comptes de la santé de 1960 à 2001 », Études et Résultats, n° 243 juin 2003, DREES.

d'encadrement des dépenses hospitalières, amorcée avec la loi du 4 janvier 1978⁴⁸⁶ instaurant le forfait global annuel, et la loi du 29 décembre 1979⁴⁸⁷, permettant la suppression de lits par autorité du ministre chargé de la santé. Caractéristiques d'une « période charnière entre la pénurie de l'hospice et l'essor de l'État régulateur »⁴⁸⁸, ces deux réformes ne représentent cependant qu'une esquisse du tournant à venir pour les hôpitaux français.

La mutation qui s'engage se précise avec l'adoption de la loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale⁴⁸⁹. La réforme est initiée par Jean de Kervasdoué⁴⁹⁰, alors directeur des hôpitaux au ministère de la Santé, et dont l'ambition consiste à moderniser le système de financement des soins tout en redéfinissant le rôle de l'État dans l'administration des établissements de santé⁴⁹¹. S'inspirant des modèles de régulation financière à l'œuvre aux États-Unis, la loi du 19 janvier 1983 instaure la dotation globale de financement (DGF) — ou « budget global » —, adoptant un mode de financement hospitalier calculé sur la base des dépenses réalisées *a priori* par les établissements. Comme le précise l'article 5 de la loi :

« Le budget des établissements d'hospitalisation publics est un acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses annuelles de ces établissements. Il détermine les moyens qui permettent à l'établissement de remplir les missions du service public prévues à l'article 2 de la loi susvisée du 31 décembre 1970, compte tenu de ses objectifs médicaux et de ses prévisions d'activités. Les autorisations des dépenses et les prévisions de recettes sont votées par le conseil d'administration sur proposition du directeur puis approuvées par l'autorité de tutelle avant le 1^{er} janvier de l'exercice auquel elles se rapportent ».

⁴⁸⁶ Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁴⁸⁷ Loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979 relative aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁴⁸⁸ Schweyer F.-X., 2006b, *art. cit.*

⁴⁸⁹ Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

⁴⁹⁰ Ingénieur agronome, Jean de Kervasdoué est également diplômé d'un Master of Business Administration (MBA) et docteur en philosophie. Après avoir été consultant à la direction des affaires scientifiques de l'OCDE (1972-1973) puis chargé de recherche à l'École Polytechnique (1973), il occupe un poste de Responsable des études économiques à l'assistance publique de Paris (1975-1979) avant d'être nommé Directeur des hôpitaux au ministère de la Santé (1981-1986). Depuis 1997, il est Professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM). Source : *Who's who in France*, Dictionnaire biographique, 2012, p. 1179.

⁴⁹¹ Voir à ce sujet : Pierru F., « L' "hôpital-entreprise". Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix.*, vol. 12, n° 46, 1999, p. 7-47.

Pour ce faire, le budget global s'appuie sur un nouveau dispositif de mesure de l'activité hospitalière : le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Ce dernier a pour objectif de définir l'activité des hôpitaux au moyen d'une production d'informations standardisées et quantifiées en vue de calculer l'allocation budgétaire attribuée à chaque établissement. La production des informations médicales s'appuie sur la mobilisation d'outils également importés des États-Unis par Jean de Kervasdoué et « fortement inspiré[s] par les *Diagnosis Related Groups* (DRG) [...]. On peut d'ailleurs remarquer que leur principal "inventeur" Robert Fetter (de l'université de Yale) a participé à un colloque organisé par Jean de Kervasdoué en 1979 »⁴⁹². Le mode de financement des hôpitaux se dégage progressivement d'une logique d'investissement jugée inflationniste pour se rapprocher des mondes de la gestion et de l'entreprise. La planification de l'activité hospitalière initiée autrefois au nom du service public hospitalier est désormais employée par les directions des établissements à des fins d'administration, d'encadrement et de régulation des dépenses hospitalières, chargeant le directeur de l'établissement d'une nouvelle responsabilité :

« Si le budget global a constitué une contrainte forte pour les directeurs d'hôpital, il les a aussi confortés dans leur fonction. En effet, les médecins avaient jusqu'alors la maîtrise d'une incertitude doublement pertinente pour l'hôpital : du recrutement des patients dépendait l'activité de l'établissement, mais aussi ses ressources financières. Or le budget global a scindé ces deux dimensions de l'incertitude. Les médecins maîtrisaient toujours le recrutement des patients, mais l'incertitude majeure était devenue financière et elle était du ressort des directeurs »⁴⁹³.

Outre l'affirmation du rôle gestionnaire du directeur d'hôpital, le déclin de l'autorité médicale passe également par l'introduction d'un nouveau type d'organisation issu du monde de l'entreprise avec la loi du 31 juillet 1991⁴⁹⁴ : le management hospitalier. Dans la dynamique de renforcement organisationnel opéré au détriment du modèle institutionnel, « les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action

⁴⁹² Hassenteufel P., « Les systèmes de santé entre conceptualisation économique et reconceptualisation politiques », *Socio-logos, Revue de l'Association Française de Sociologie* [En ligne], 9/2014, mis en ligne le 11 mars 2014.

⁴⁹³ F.-X. Schweyer, 2006b, *art. cit.*

⁴⁹⁴ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité »⁴⁹⁵. Concourant à la transformation des cadres de travail, le management introduit dès 1991 une politique d'évaluation et d'efficacité présageant l'affirmation des contraintes de planification mises en œuvre avec le Schéma Régional d'Offre de Santé (SROS). Autrement dit, « la loi du 31 juillet 1991 a donc fait, de ce qui était jusqu'ici une simple aspiration à la qualité des soins pouvant être prodigués par un établissement de santé quelconque, un droit légitime du consommateur de soins français, droit assorti, en sus, d'une obligation de contrôle objectif de cette qualité. La recherche de la qualité des soins passe désormais par la mise en œuvre d'actions d'évaluation systématiques des pratiques professionnelles médicales et soignantes »⁴⁹⁶.

L'évaluation et la mesure de l'activité hospitalière prennent forme en 1996, avec l'adoption de la réforme dite « Juppé » qui inscrit la procédure d'accréditation au cœur de l'amélioration des performances hospitalières. L'ordonnance du 24 avril 1996⁴⁹⁷ instaure à cet effet la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), chargées respectivement de l'orientation sanitaire à l'échelle régionale et du contrôle de leur application au plan national. Du point de vue organisationnel, les ARH constituent alors une nouvelle forme d'appareil au service de la planification et de l'optimisation de l'activité hospitalière, ayant pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et d'en définir les ressources. L'ANAES, quant à elle, est chargée « de favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles [et] de mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé »⁴⁹⁸. Ces agences sont conjointement tenues de planifier l'activité hospitalière pour en déterminer le coût d'une part, et d'inciter les établissements de santé à s'inscrire dans une démarche normative soumise à évaluation d'autre part.

⁴⁹⁵ Article 1^{er} de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁴⁹⁶ Douguet F., Munoz J., Leboul D., « Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur l'activité des personnels soignants », *Études et document de travail*, n° 48, DREES, 2005, p. 36-37.

⁴⁹⁷ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁴⁹⁸ Art. L. 791-1 de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996

En somme, les réformes adoptées entre 1978 et 1996 constituent une étape intermédiaire caractérisée par la régulation de l'offre de soins et l'émergence du management hospitalier, aspirant au renouvellement d'une organisation fondée sur la rationalisation de l'activité hospitalière. Pour autant, ce renouvellement se révèle particulièrement ambigu dans le cas des services de réanimation. Comme le précisent Daniel Benamouzig et Frédéric Pierru à ce sujet :

« Plus généralement, la succession des réformes au cours des années 1980 et 1990 a constitué, pour les anesthésistes réanimateurs, une opportunité pour dénoncer et tenter de remettre en cause les “féodalités hospitalières”. Certains de leurs porte-parole syndicaux se sont même approprié la rhétorique, un temps en vogue, de “l'hôpital-entreprise” promue par le directeur des hôpitaux de l'époque (Johanet et Ibarra, 1989 ; Pierru, 1999). Bref, la faible reconnaissance de leur spécialité les a incités à jouer le jeu de l'intégration. Néanmoins, il faut remarquer que, dans la séquence la plus récente, les représentants de ce segment professionnel ont progressivement abandonné les options réformatrices antérieures, se rangeant aux côtés des opposants à la réforme “HPST”, votée à l'été 2009, laquelle accentue, on l'a vu, l'intégration hiérarchique de l'organisation hospitalière »⁴⁹⁹.

1.3. La nouvelle gouvernance hospitalière : un « rouleau compresseur »

Cette ambiguïté se dissipe cependant, quelque temps plus tard, au regard du positionnement des membres de la spécialité face à la « nouvelle gouvernance hospitalière ». Ils vont en effet se positionner contre l'introduction d'une logique fondée sur le monopole des sciences de gestion⁵⁰⁰, le développement de l'économie de la santé⁵⁰¹ et l'essor d'un management hospitalier dans les services⁵⁰².

Convoquée pour réformer des hôpitaux dont le fonctionnement est jugé obsolète, la modernisation de l'hôpital public prend forme au début des 2000 avec le Plan Hôpital 2007⁵⁰³. Ce programme de « modernisation » est présenté le 20 novembre 2002

⁴⁹⁹ Benamouzig D., Pierru F., « Le professionnel et le “système” : l'intégration institutionnelle du monde médical », in, Bezès P., *et al.*, 2011, art. cit., p. 333.

⁵⁰⁰ Schweyer F.-X., « L'hôpital, une transformation sous contrainte. Hôpital et hospitaliers dans la revue », *Revue française des affaires sociales*, 4/2006a, p. 203-223.

⁵⁰¹ Pierru F., *art. cit.* 2012.

⁵⁰² Belorgey N., 2010, *op. cit.*

⁵⁰³ Appelé à l'origine « Pacte de modernité pour l'hospitalisation ».

à l'Assemblée nationale par Jean-François Matteï⁵⁰⁴. Il est alors découpé en trois volets : 1) la relance de l'investissement dans le parc immobilier hospitalier, au moyen de partenariats publics-privés (« PPP ») consacrés par la création du bail emphytéotique hospitalier⁵⁰⁵ ; 2) le renouvellement du mode de financement hospitalier par l'instauration d'une tarification à l'activité incitative visant à dynamiser les structures publiques de soins⁵⁰⁶ ; 3) la rénovation de l'organisation interne hospitalière par la création des « pôles d'activité » destinés à responsabiliser les acteurs, mais aussi par le renforcement du rôle du directeur d'établissement et l'accentuation des missions stratégiques de contrôle attribuées au conseil d'administration⁵⁰⁷. L'ambition principale du Plan hôpital 2007 est donc de restructurer le système hospitalier par l'individualisation des modes de contrôle de l'activité d'une part, et de la dynamisation de la production des soins par l'incitation économique d'autre part. Cette volonté est clairement affichée lors de la présentation du Plan hôpital 2007 par Jean-François Matteï :

« Les médecins hospitaliers et l'ensemble des personnels soignants et non soignants sont désenchantés. Traditionnellement animés par la noblesse de leur mission, ils sont moins nombreux à croire aujourd'hui à la vocation d'excellence de l'hôpital, dans sa fonction d'accueil et de soin. [...].

Je souhaite changer cela et redonner ambition et espoir à l'hôpital, à travers la mise en œuvre de principes simples : la confiance et la responsabilité partagée. Cela nécessite un dispositif d'accompagnement spécifique notamment en matière d'investissement et d'incitation à la recomposition du paysage sanitaire. Enfin, cela suppose de moderniser complètement les modalités du fonctionnement interne de l'hôpital : alléger les contraintes de toute nature, redonner de la souplesse, de l'ouverture, de la capacité d'innovation et d'adaptation à des structures qui peuvent être aujourd'hui tentées par le repli sur soi. [...] Moderniser l'hôpital c'est également instaurer une culture du résultat et de la qualité, cela impose préalablement une clarification des rôles et des responsabilités »⁵⁰⁸.

⁵⁰⁴ Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées de 2002 à 2004.

⁵⁰⁵ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

⁵⁰⁶ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

⁵⁰⁷ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

⁵⁰⁸ Extrait du discours de présentation du Plan hôpital 2007 de Jean-François Matteï, prononcé le 20 novembre 2002 à l'Assemblée Nationale.

Première innovation du plan de « modernisation » des hôpitaux, la « Tarification à l'activité »⁵⁰⁹ (T2A) engage un changement majeur caractérisé par l'incitation à l'activité. Mesure phare du Plan Hôpital 2007, ce mode de financement introduit une nouvelle logique d'exercice puisqu'il repose sur une culture de résultats au détriment des moyens alloués aux services. Le financement est calculé non plus à partir de la reconduction du nombre de journées réalisées sur la base de l'année précédente, mais en fonction d'une mesure de l'activité réalisée, conduisant à une estimation de recettes *a fortiori*.

L'estimation des recettes qui s'appuie sur les données du PMSI est ainsi calculée en fonction de tarifs des « classes » de séjour, définis selon le type de pathologie pris en charge — les « groupes homogènes de malades » (GHM) —, et de la durée de séjour — les « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS). Il s'agit donc d'appliquer à l'hôpital une politique de rendement inspirée de la logique d'entreprise⁵¹⁰, politique qui consacre « le tournant néolibéral de la politique hospitalière »⁵¹¹, en partie critiqué par les membres de la réanimation à l'instar de Jean-Marc, médecin anesthésiste-réanimateur :

« On se bat, on a le droit de dire non aussi. Mais c'est un tel rouleau compresseur que c'est difficile. C'est difficile, par exemple, pour cette injonction de faire payer les petits déjeuners aux patients. Mais c'est pareil, par exemple, à côté, on a l'hôtel "Hôpit'hotel" où ça doit être plus de quarante euros la nuit pour les proches. Bon, dans le service on a un lit, un clic-clac qu'on a aménagé exprès pour que les gens puissent dormir. Et on en a parlé avec l'équipe et avec les cadres. Moi je leur ai dit "il est hors de question que je leur fasse payer ça". Si on leur fait payer ça, moi je détruis le clic-clac et je quitte l'équipe. Bon. Donc on continue à accueillir, on continue à servir un café, mais maintenant en toute illégalité ! C'est assez étonnant quand tu sais qu'on est dans un service public. Quand les gens arrivent en réanimation, ils sont dans un désarroi total. Qu'ils viennent voir, les administratifs, ce que c'est que la réanimation. On n'est pas des gestionnaires de boîtes de conserve. On nous demande d'être humains, il y a des injonctions paradoxales en fait. Il faut qu'on soit humains et d'un autre côté on va leur demander de payer ça... » (Jean-Marc, 51 ans, médecin anesthésiste-réanimateur).

⁵⁰⁹ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, parue au JORF n° 239 du 19 décembre 2003, texte n° 1.

⁵¹⁰ Grimaldi A., « Les hôpitaux en quête de rentabilité : à quel prix ? », *Revue du MAUSS*, n° 41, 2013.

⁵¹¹ Frédéric Pierru précise à ce propos que la T2A résulte d'une « petite équipe de spécialistes en économie industrielle et de "qualiticiens" de l'université de Yale dirigée par Robert Fetter, convaincue qu'il y aurait beaucoup de bénéfices à tirer de l'importation à l'hôpital des technologies gestionnaires appliquées dans l'industrie » : Pierru F., *art. cit.*, 2012, p. 35.

En outre, la programmation de nouveaux impératifs d'efficacité économique par le volet « Financement » du Plan Hôpital 2007 ouvre la voie à « la disqualification des expertises jusqu'alors considérées comme légitimes, celles des “professions” historiques de l'État social, au profit d'expertises concurrentes et privées — comme celle des cabinets de conseil — dans la conduite de l'action publique »⁵¹². Cette disqualification de l'expertise médicale s'accélère avec l'Ordonnance du 2 mai 2005 instaurant le volet « Gouvernance » du Plan Hôpital 2007. Visant à la « clarification des rôles et des responsabilités » annoncée par Jean-François Matteï, la nouvelle gouvernance hospitalière procède à la coordination des pouvoirs entre le directeur, le conseil d'administration et la commission médicale d'établissement (CME). Pour ce faire, l'ordonnance du 2 mai 2005 recentre les missions du conseil d'administration sur les stratégies d'évaluation et de contrôle de l'activité et instaure un conseil exécutif (CE) composé de médecins et de personnels administratifs. Valorisant la place de l'expertise administrative dans la définition des orientations de l'établissement, ces mesures accentuent un peu plus le sentiment d'une rupture entre les acteurs du soin et la direction des établissements :

« Ils [la direction] nous prennent comme si on travaillait dans une usine, comme si on travaillait sur une chaîne. Mais en fin de compte, on ne travaille pas sur une chaîne, on est à l'hôpital et tu as des patients, ce sont des humains et tu peux pas réagir comme sur une voiture où on doit monter des roues, t'as un moteur. C'est pas comme ça que ça se passe dans un hôpital. Mais bon, la direction, pour moi ils ne sont pas sur le terrain »
(Antoine, 38 ans, infirmier).

Ce sentiment se renforce avec la création des « pôles d'activités », synonyme pour les soignants de coupures budgétaires et de réductions d'effectifs. Soumis à un contrat d'objectifs et dirigés par un médecin « chef de pôle », d'un cadre supérieure de santé et d'un responsable administratif, les pôles d'activités participent au renouvellement des lignes d'autorité, accordant le primat au domaine administratif qui laissant entrevoir, par ailleurs, une disqualification des personnels soignants situés au bout de la chaîne hiérarchique.

⁵¹² Domin J.-P., « Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu », *Revue du MAUSS*, 2013/1, n° 41, p. 33.

Mais la mise en gestion de l'activité hospitalière s'opère finalement avec le « Plan Hôpital 2012 » et l'adoption de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST)⁵¹³ en 2009. Cette dernière instaure la création des Agences Régionales de Santé (ARS) — anciennement les ARH — désormais chargées de la sécurité sanitaire, de l'organisation de l'offre de soins, de la gestion du risque et de la qualité des établissements, du pilotage de l'amélioration des pratiques professionnelles, ou encore, de la répartition territoriale des personnels de santé. Ces agences de planification, soumises à l'autorité du ministère de la Santé, constituent un niveau intermédiaire de gouvernance, assurant la diffusion des grandes orientations sanitaires définies en amont par les autorités publiques. Dans le cadre des actions menées conjointement avec la Haute Autorité de Santé créée par la loi du 13 août 2004⁵¹⁴ pour s'assurer de l'évaluation et de l'accréditation en santé, les ARS participent à la planification des programmes hospitaliers en lien avec les orientations nationales.

Aussi les soignants sont-ils tenus de répondre « aux ordres des petits chefs de l'ARS » comme ils l'indiquent avec une certaine acrimonie. La mise sous tutelle des hôpitaux par les agences sanitaires créées entre 2004 et 2009 se traduit alors par l'essoufflement de l'autorité médicale au profit d'une ligne d'autorité gestionnaire comme en témoigne aussi la suppression des Conseils d'Administration reformés en Commissions de Surveillance (CS)⁵¹⁵ :

« La coordination et le renforcement progressif des tutelles ont induit un changement de pratiques des chefferies d'établissement, qui se sont progressivement acculturées aux techniques de gestion (Pierru, 1999 ; Schweyer, 2006) tandis que, parallèlement, leur autonomie stratégique était plus strictement encadrée. Ces évolutions se sont accompagnées d'une redéfinition des pouvoirs, là encore paradoxale : comme pour les agences à l'échelle nationale, le principe de contractualisation prôné par le NPM semble servir de levier à l'intégration verticale du secteur »⁵¹⁶.

⁵¹³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵¹⁴ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

⁵¹⁵ L'article 9 de la loi HPST précise à ce sujet que « le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le *contrôle permanent* de la gestion de l'établissement ».

⁵¹⁶ Benamouzig D, Pierru F., « Le professionnel et le "système" : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, 2011, vol. 53, n° 3, p. 330.

Le patronage des établissements de santé s'intensifie avec l'adoption de la loi de modernisation du système de santé⁵¹⁷ et le décret du 27 avril 2016 relatif à la création des groupements hospitaliers de territoire⁵¹⁸ (GHT) visant à rassembler les personnels et établissements de santé autour d'une stratégie médicale partagée. Pilotés par cinq instances communes de gouvernances⁵¹⁹, ces groupements sont mis en œuvre afin de concilier « la nécessaire autonomie des établissements et le développement de synergies territoriales »⁵²⁰. Ils visent donc à rassembler les acteurs autour d'une « stratégie de groupe » définie par les membres du groupement afin de répondre aux impératifs d'égalité d'accès aux soins. S'il offre la possibilité aux groupements de définir leur stratégie médicale et de conserver une autonomie relative, le dispositif n'en demeure pas moins piloté par les autorités publiques. Il renforce alors l'autorité des appareils de gestion tout en laissant aux membres des GHT les moyens de répondre aux injonctions ministérielles.

Caractérisée par la programmation des contraintes⁵²¹ et la primauté de l'expertise gestionnaire, la modernisation du système hospitalier se traduit pour les soignants, moins par une transformation des cadres de travail, que par la reformulation de l'activité elle-même. Il s'agit désormais de répondre à la nécessité de « faire tourner les lits » tout en s'assurant du maintien des normes portées à l'intérieur du segment. Comme dans le cas des dispositifs de financement, les soignants des services de réanimation — médecins et personnels paramédicaux — se retrouvent alors dans une position ambiguë comme le rappellent Daniel Benamouzig et Frédéric Pierru :

« Les anesthésistes-réanimateurs se retrouvent ainsi en porte-à-faux entre des “mandarins” jugés “archaïques” et “dépassés” et des schémas organisationnels qui déstabilisent leurs conditions de travail et leur influence, en tant que médecins, sur les décisions stratégiques des établissements »⁵²².

⁵¹⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁵¹⁸ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

⁵¹⁹ Celles-ci sont composées : d'un comité stratégique présidé par le directeur de l'établissement support ; d'un collège médical déterminé en fonction de la convention constitutive du GHT ; d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de groupement dont le président est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support ; d'un comité des usagers composé de représentants d'usagers issus d'associations agréées ; d'un comité territorial des élus, chargé d'évaluer et de contrôler les actions mises en œuvre par le groupement et composé des représentants des collectivités territoriales.

⁵²⁰ Source : « Groupement hospitalier de territoire – 15 points clés », Vade-mecum, Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

⁵²¹ Juan S., « Une interprétation sociologique de l'action technocratique », *Les Temps Modernes*, n° 483, 1986.

⁵²² Benamouzig D., Pierru F., 2011, *art. cit.*, p. 333.

2. Suivre les directives

Visible à l'échelle des services, l'ambiguïté inhérente à la modernisation de l'hôpital public l'est également au niveau des orientations sanitaires nationales. Bien qu'elles soient destinées à l'amélioration de l'offre de soin dans le paysage hospitalier français, ces orientations s'appuient en effet sur l'introduction de principes concurrentiels qui visent à la performance des établissements. En outre, elles concrétisent une pensée gestionnaire dont les effets se font sentir jusque dans les unités de soins, à travers la prolifération normative qui en découle.

2.1. Des orientations stratégiques « descendantes »

Par définition, la définition d'orientations stratégiques dans le milieu de la santé pose quelques questions. Comment, en effet, planifier ce qui ne peut l'être *a priori* ? Quels indicateurs sont définis pour mesurer et anticiper les évolutions de santé à venir ? Et plus largement, quel est le contenu concret des orientations stratégiques définies par les autorités publiques ? Une partie de la réponse se trouve déjà dans l'adoption de la loi du 19 janvier 1983, instaurant le « budget global » et le taux directeur calculé *a priori*. Mais c'est avec l'introduction du Schéma Régional d'Offre de Santé (SROS) en 1991 que la planification d'objectifs économique-sanitaires prend forme dans les établissements. Ce programme national de définition des objectifs sanitaires consacre un double mouvement d'autonomisation et de responsabilisation des hôpitaux désormais tenus d'établir un projet d'établissement répondant aux attentes du SROS. Libres de définir le contenu de leur projet d'établissement, les hôpitaux restent cependant sous la tutelle de l'État, devant articuler leurs initiatives avec les objectifs définis par le SROS. La mise en gestion qui découle de ce dispositif se renforce avec l'ordonnance du 24 avril 1996⁵²³ instaurant les « contrats d'objectifs et de moyens », négociés avec les Agences Régionales de l'Hospitalisation, en fonction de la conformité du projet d'établissement aux objectifs définis par le SROS. Ces contrats d'objectifs rendent désormais obligatoire la programmation d'orientations stratégiques, elle-même déterminée par le SROS comme l'indique l'article 8 de la réforme :

⁵²³ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

« Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés aux articles L. 715-6 et L. 715-13 déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé »⁵²⁴.

Comme on l'a vu plus haut, l'évolution des orientations sanitaires se précise avec la loi du 18 décembre 2003 instaurant la Tarification à l'Activité d'une part, et l'Ordonnance du 2 mai 2005 instaurant la nouvelle gouvernance hospitalière d'autre part. Ces réformes qui accentuent la planification hospitalière procèdent au renforcement du contrôle de l'État sur l'activité hospitalière, écartant partiellement les personnels hospitaliers de sa définition. Ainsi les personnels médicaux ont-ils montré, dès 2005, quelques réticences vis-à-vis de ces dispositifs :

« Par ailleurs, le rapprochement de ces données partielles avec la comptabilité analytique d'une année a sans doute été réalisé avec des extrapolations hasardeuses. Il paraît donc important :

- d'obtenir des pouvoirs publics une certaine transparence sur ce sujet ;
- d'évaluer si les tarifs nous permettent de préserver la qualité des soins en ayant comme référence le décret sur la réanimation (normes en personnel non médical) et les autres réglementations qui s'appliquent à l'exercice de notre spécialité ;
- de faire avec nos collègues anesthésistes-réanimateurs des propositions pour que la tarification ne devienne pas aléatoire et inadaptée aux besoins des patients »⁵²⁵.

La loi « HPST » adoptée en 2009 confirme cette tendance avec la création du Schéma Régional d'Organisation des Soins inscrit dans le Projet Régional de Santé (SROS-PRS). Remplaçant le SROS initial, ce nouveau dispositif introduit deux innovations au service de la planification sanitaire. D'abord, en tant qu' « outil opérationnel de mise en œuvre du plan

⁵²⁴ Art. L. 710-16-1. Du Code de la santé publique. Abrogé par Ordonnance 2000-548 2000-06-15 art. 4, JORF 22 juin 2000.

⁵²⁵ Gastinne H., Bollaert P.E., « La tarification à l'activité en réanimation (T2A) », *Réanimation*, 2005, n° 14, p. 458.

stratégique régional de santé »⁵²⁶, le SROS-PRS « positionne et dimensionne en conséquence l'offre de soins hospitalière au regard des besoins de santé territoriaux, compte tenu du diagnostic régional établi, avec les évolutions qu'il convient de conduire »⁵²⁷. Ensuite, par son extension à l'offre de soins ambulatoire, le SROS-PRS étend le périmètre du contrôle étatique à l'activité extrahospitalière, faisant des soins ambulatoires une priorité pour les orientations à venir. Ainsi, « dans un contexte de resserrement continu de la contrainte financière, contrainte qui va s'appliquer à l'ensemble des secteurs de l'offre de soins »⁵²⁸, le SROS-PRS ouvre la voie à une reconfiguration des orientations sanitaires au prisme des contraintes budgétaires, tout en inscrivant les soignants dans une démarche pilotée en amont par les agences sanitaires. Dans le cas des services de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue, le « guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS » élaboré par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) préconise de :

« Structurer une organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins par territoire de santé (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), dans le cadre d'un travail en réseau formalisé par convention en lien notamment avec le SAMU et les structures des urgences.

[...]

Adapter les moyens en personnels, développer la formation et le soutien psychologique des soignants notamment dans la prise en charge de la douleur, des soins de fin de vie et de l'accès aux soins palliatifs. Organiser la lutte contre les infections nosocomiales par la formation des personnels et l'utilisation de protocoles en hygiène, par le renforcement de la surveillance des infections nosocomiales et leur traitement, par une amélioration de l'organisation architecturale et des locaux.

[...]

Poursuivre l'effort de recomposition territoriale des unités de réanimation adulte et pédiatrique afin de répondre au mieux aux conditions techniques de fonctionnement, en tenant compte d'une analyse régionale sur les dispersions en matière d'activité et de fonctionnement [...]. Optimiser la gestion des ressources médicales et paramédicales par le regroupement physique sur chaque site des activités de réanimation et de surveillance continue, et notamment par la fusion d'unités de réanimation de petite taille existant dans un même établissement, afin d'optimiser l'organisation de la permanence médicale.

[...]

⁵²⁶ Source : DGOS, *Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS – Version 2*, Direction générale de l'offre de soins, Ministère de la Santé et des Sports, 2016.

⁵²⁷ *Ibid.*

⁵²⁸ *Ibid.*

Réduire les durées moyennes de séjour par un renforcement des coopérations relais avec les services de médecine et de chirurgie concernés et les structures SSR »⁵²⁹.

Caractérisées par la primauté de la territorialisation de l'offre de soins, l'optimisation des « ressources médicales et paramédicales » et la flexibilité des services, ces orientations nationales invitent les équipes à emprunter les « voies de la qualité »⁵³⁰. Les soignants sont ainsi tenus de s'appuyer sur les « indicateurs de suivi » mesurant le taux d'occupation et le recours aux services, la durée moyenne de séjour par établissement, ou encore, la part des séjours avec indice de gravité simplifié⁵³¹. En somme, l'action des orientations sous-tend une politique de rationalisation qui se déploie dans les unités au travers de dispositifs tels que le « circuit du médicament »⁵³² ou le « suivi du taux d'occupation des lits »⁵³³. Dépréciée par les soignants, la politique d'optimisation des soins est présentée par les autorités publiques comme un ensemble d'actions entreprises au service de l'amélioration de la qualité. Elle se précise avec la création de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), instaurée par la loi HPST. Cette nouvelle agence est alors chargée :

« d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. À cette fin, dans le cadre de son programme de travail, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux »⁵³⁴.

Ces dispositifs tournés vers l'amélioration du service rendu aux usagers ne sont cependant pas sans susciter quelques réactions de méfiance, voire d'opposition, de la part des soignants. Quand ils ne sont pas considérés comme « de la paperasse », les outils de « l'amélioration de la qualité des soins » sont critiqués compte tenu de leur complexité ou de leur inefficacité présumée, faute de temps ou de concordance avec les activités du service.

⁵²⁹ *Ibid.* p. 60-61.

⁵³⁰ Herreros G., Milly B., 2011, *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, Paris, L'Harmattan.

⁵³¹ *Ibid.* p. 61.

⁵³² Présent dans le service de réanimation chirurgicale de l'« hôpital du plateau », ce dispositif est une fiche sur laquelle doit être inscrit l'ensemble des thérapeutiques utilisées ou non consommées en vue d'en calculer le coût. Elle se révèle quelque peu problématique compte tenu de la diversité des thérapeutiques mobilisées dans la prise en charge des malades.

⁵³³ Mis en place dans le service de réanimation médicale de l'« hôpital du pont-sud », le suivi du taux d'occupation des lits vise plus précisément à « mesurer le rendement » du service.

⁵³⁴ Article L. 6113-10 du Code de la santé publique.

Pourtant, les réformateurs en ont une tout autre opinion, comme en témoigne la plaquette de présentation de l'ANAP qui propose une recension des enjeux soulevés par ces outils : appui et accompagnement dans la réorganisation interne, le redressement et la gestion immobilière ; évaluation, audit et expertise des projets hospitaliers ; pilotage et conduite d'audits de performance ; soutien dans la mission de pilotage réalisée par les ARS ; appui de l'administration centrale dans sa mission de pilotage stratégique de l'offre de soins et médico-sociale⁵³⁵. La mission de l'ANAP ne consiste donc pas seulement en un appui à la performance par l'évaluation. Elle vise aussi à la formulation de recommandations fondées sur les résultats d'audits et de *benchmarks*⁵³⁶. Ces nouveaux outils de mesure de l'activité se présentent alors comme autant de « leviers », supposant à l'instar des travaux de Luc Boltanski et Ève Chiapello⁵³⁷, un renouvellement des formes de contrôle de l'activité. Ou, pour le dire comme Valérie Boussard : « les principes hiérarchiques et planificateurs propres aux organisations bureaucratiques sont remplacés par des principes de flexibilité, de changement, d'innovation. C'est le règne de l'organisation "en réseau" [...] nourrie des capacités d'auto-organisation d'équipes autonomes, décentralisées et compétentes »⁵³⁸.

2.2. « Manager les équipes »

Dans les services, la définition d'orientations stratégiques « descendantes » s'applique au moyen de chantiers managériaux. Il s'agit, par exemple, de réduire le temps d'attente aux urgences⁵³⁹, d'améliorer la prise en charge des personnes « en âge avancé » dans les services de médecine⁵⁴⁰ ou de veiller au développement de la démarche palliative⁵⁴¹. Dans le cas de la réanimation, il est notamment question de « manager les risques » ou de « manager l'incertitude », principales problématiques rencontrées par les équipes d'encadrement dans l'application des orientations stratégiques.

⁵³⁵ « La performance à mon service. Plaquette de présentation de l'ANAP ». Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2012.

⁵³⁶ À l'image du rapport de benchmark en réanimation : ANAP, 2011, « Réanimation : rapport de benchmark pilote », Agence Nationale d'Appui à la Performance.

⁵³⁷ Boltanski L., Chiapello E., 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, coll. « Essais ».

⁵³⁸ Boussard V., (Dir.), 2005, *op. cit.* p. 12.

⁵³⁹ Belorgey N., 2010, *op. cit.*

⁵⁴⁰ Defebvre M., Cerf E., Fournier P., Puisieux F., Loens I., « Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour "Médecine" de la région Nord-Pas-de-Calais », *Santé Publique*, 2007, vol. 19, (2), p. 133-146.

⁵⁴¹ Mino J., Frattini M., « Les soins palliatifs en France : "mettre en pratiques" une politique de santé », *Revue française des affaires sociales*, 2007, n° 2, p. 137-156 ; Castra M., 2003, *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, Presses Universitaires de France.

C'est donc en empruntant au secteur privé son vocabulaire et ses outils que le management hospitalier sous-tend une reconfiguration de l'organisation des soins, proposant pour chaque situation, une réponse managériale typique : management de projet, de la qualité, des relations, des équipes, de l'innovation, de proximité, etc. Celles-ci renvoient aux principes historiques du management « classique », tels qu'ils ont été énoncés par les théories de l'administration, conçue initialement par Fayol⁵⁴², et par le mouvement des sciences de la gestion initié par Taylor⁵⁴³ en vue d'optimiser les processus de production : spécialisation des tâches, programmation de l'activité, normalisation des procédures, organisation des ressources humaines, centralisation des décisions, etc. Mais le management hospitalier s'inscrit plus particulièrement dans le courant théorique développé par Henry Mintzberg⁵⁴⁴, pour lequel le management constitue un outil stratégique de gouvernance, impliquant pour le manager qu'il s'emploie à l'amélioration continue de la production, tout en contrôlant l'intérêt que les travailleurs portent à l'égard de leur activité. Aussi les chantiers managériaux consistent-ils en une articulation de règles et de procédures, des acteurs et des dispositifs techniques qui « permettent à la fois de définir ce qui doit être fait ou considéré comme important, de mettre en relation les différents protagonistes, de cadrer leurs interventions comme de les tracer et les vérifier »⁵⁴⁵. Comme le précise madame R., cadre de santé du service de réanimation médicale de l'« hôpital pont-sud » :

« Moi je suis là pour aider les équipes à voir ce qu'elles ne veulent pas voir. Je dois dire que je suis très *management participatif*. On a un projet en cours sur la gestion des risques d'entrée et j'essaie de mobiliser les équipes. Ça demande un vrai travail de fond parce qu'elles ont leurs habitudes de service et elles ne veulent pas toujours voir qu'elles mettent parfois les patients en danger (...). On a un expert qui doit intervenir sur la sensibilisation aux risques, c'est aussi un moyen pour elles de s'en rendre compte » (madame R., cadre de santé).

L'implication des soignants dans les projets, le recours à des « experts » extérieurs au service ou le cadrage des soins sous-tendu par les chantiers managériaux consacrent l'introduction d'une « logique bureaucratique » (*managerialism*) entendue par Eliot Freidson comme :

⁵⁴² Fayol H., 1916, *Administration industrielle et générale*, Paris, Dunod.

⁵⁴³ Taylor F. W., 1965 (1911), *The Principle of Scientific Management*. Traduit en français sous le titre *La direction scientifique des entreprises*, Paris, Dunod.

⁵⁴⁴ Mintzberg H., 1973, *The Nature of Managerial Work*, New York, Harper & Row.

⁵⁴⁵ Boussard V., (*Dir.*), 2005, *op. cit.* p. 12.

« la production et la distribution des biens et services [...] planifiées et contrôlées par l'administration des grandes organisations. Chaque organisation, qu'elle soit privée ou publique, est régie par un ensemble élaboré de règles qui établissent les qualifications de ceux qui doivent être employés dans les différentes fonctions et définissent leurs devoirs. La planification et la supervision efficace de plusieurs fonctions spécialisées standardisent la production de façon à assurer aux consommateurs des produits de qualités à un coût raisonnable. Dans ce monde, les cadres et les managers contrôlent ceux qui produisent les biens et les services, visant principalement à la prévision et l'efficience »⁵⁴⁶.

Et c'est bien ce qui semble s'être opéré, dès 1995, avec la création du diplôme de cadre de santé⁵⁴⁷, délivré à l'issue d'une formation spécifique centrée sur les fonctions d'encadrement, de management et de communication⁵⁴⁸. Consacrant l'entrée d'une pensée gestionnaire dans le quotidien des personnels hospitaliers, la création du statut de cadres de santé, fait suite à une évolution de la fonction engagée au cours des années 1970, dans le contexte de maîtrise des dépenses hospitalières :

« Les fonctions d'encadrement évoluent de la coordination des soins vers le management du personnel, avec la création en 1975, du poste d'infirmière générale, cadre A de la fonction publique. Une ligne hiérarchique est clairement établie et s'échelonne sur trois grades : surveillante d'unités de soins, surveillante-chef et infirmière générale que la loi de réforme hospitalière de 1991 désigne comme membre à part entière de l'équipe de direction hospitalière. Ces titres vont progressivement être modifiés, et vers 1985, l'appellation de "surveillante" est remplacée par celle de "cadre infirmier" pour devenir "cadre de santé" en 1995 »⁵⁴⁹.

La conversion des « surveillantes » en « cadres de santé » met en évidence l'évolution des fonctions d'encadrement en fonctions de management, acquises au cours de leur formation : « nous, on est là pour manager les équipes » (Sandra, 37 ans, cadre de santé, diplômée en 2014). L'annexe 1 relative au diplôme de cadre de santé précise à ce propos que la formation vise à « préparer les étudiants conjointement à l'exercice des fonctions

⁵⁴⁶ Freidson E., 2001, *Professionalism, The third Logic*, Cambridge, Polity Press ; cité par Boussard V., (Dir.), 2005, *op. cit.*, p. 13.

⁵⁴⁷ Décret no 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

⁵⁴⁸ Annexe 1 de l'Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

⁵⁴⁹ Divay S., Gadéa C., 2008, *art. cit.*, p. 682.

d'animation et de gestion d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part, dévolues aux cadres de santé »⁵⁵⁰. Cette formation comprend six modules centrés sur : 1) l'initiation à la fonction de cadre (90 heures) ; 2) la santé publique (90 heures) ; 3) l'analyse des pratiques et l'initiation à la recherche (90 heures) ; 4) l'encadrement et le management (150 ou 180 heures) ; 5) la formation (150 ou 180 heures) ; 6) l'approfondissement des fonctions d'encadrement ou de formation — selon l'orientation pédagogique définie par l'institut de formation — (150 heures). S'il aborde l'évolution des politiques de santé et propose une initiation à la recherche et à l'analyse des pratiques professionnelles, le programme de formation des cadres de santé accorde une place prépondérante aux fonctions d'encadrement et de management hospitalier, cumulant plus de 270 heures, contre 180 heures pour la formation, et 90 heures pour la recherche et la santé publique.

L'association de ces fonctions au statut de cadre s'éclaire au regard du contexte de rationalisation dans lequel elle a émergé au cours des années 1990⁵⁵¹, plaçant les managers et les dispositifs de gestion au cœur de la redéfinition du travail. Dans les unités de soins, les cadres de santé constituent ainsi les acteurs privilégiés de la nouvelle gouvernance hospitalière, étant tenus de « mobiliser différentes catégories de personnels afin de les inciter à prendre part à l'élaboration de projets ponctuels ou à s'investir au sein d'instances permanentes ou de groupes de travail temporaires. Il leur revient non seulement de mobiliser et fédérer des salariés, mais également de leur transmettre les principes et une vision du monde hospitalier qui sous-tendent la rationalisation de l'hôpital public »⁵⁵².

C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils sont parfois critiqués par les soignants de réanimation, leur reprochant de ne pas être « à l'écoute » des « vrais problèmes ». Chargés d'œuvrer à la régulation et au contrôle de l'activité, ils représentent les promoteurs d'un management hospitalier, travaillant tant bien que mal, compte tenu des réticences des soignants à reconnaître la légitimité de leurs fonctions, à la diffusion des objectifs de la nouvelle gouvernance.

⁵⁵⁰ Annexe 1 de l'Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

⁵⁵¹ Gadéa C., 2003, *Les cadres en France. Une énigme sociologique*, Paris, Éd. Belin.

⁵⁵² Divay S., Gadéa C., *art. cit.*, p. 381.

Pour le dire autrement : « les nouvelles règles du jeu les portent en avant, faisant d'eux la cheville ouvrière du changement, mais c'est parfois à leur corps défendant [...] qu'ils le conduisent »⁵⁵³. Bien qu'elle se diffuse dans les unités au moyen d'un travail de terrain assuré par les cadres de santé, la planification hospitalière reste cependant pilotée par les autorités publiques, exhortant les personnels hospitaliers à prendre part aux chantiers managériaux de la régulation. Reste à préciser comment s'opère concrètement la rationalisation du travail hospitalier, au prisme d'une normalisation des pratiques convoquée au nom du « professionnalisme ».

Section 2. Les soins à l'aune de la normalisation

Les réformes engagées depuis les années 1990 sanctionnent une transformation du « programme institutionnel »⁵⁵⁴ en programme organisationnel conduit par des projets gestionnaires. Elles mettent en évidence la fragilisation du portage médical et le maintien du segment des soignants de réanimation s'appuyant sur une topique fragilisée. Dans les services, cette évolution se concrétise par la prolifération des dispositifs techniques — recommandations, procédures, protocoles et fiches techniques —, en outils de normalisation des pratiques. L'évolution de la fabrique des soins de réanimation se réalise donc, en second lieu, à travers la définition de prescriptions et de conduites élaborées selon une méthodologie experte disqualifiant l'expertise soignante et, *a fortiori*, leur professionnalisme. La transformation exogène du travail s'impose aux soignants par l'application de dispositifs de contrôle de l'activité et d'autoévaluation mettant au jour l'essor d'une injonction au professionnalisme⁵⁵⁵.

⁵⁵³ *Ibid.* p 387.

⁵⁵⁴ François Dubet définit le programme institutionnel comme « le processus social qui transforme des valeurs et des principes en action et en subjectivité par le biais d'un travail professionnel spécifique et organisé » Dubet F., 2000, *op. cit.*, p. 24.

⁵⁵⁵ Boussard V., Demazière D., Milburn Ph., (dirs.) 2010, *op. cit.*

1. Les recommandations pour la pratique : entre normes professionnelles et normes techniques

Présentées par les autorités publiques comme des « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »⁵⁵⁶, les recommandations soulèvent un certain paradoxe : alors qu'ils en sont les destinataires, les soignants ne participent pas à leur élaboration. Plus encore, elles relèvent d'un registre propositionnel, mais sont pourtant constitutives d'un processus de normalisation mis en œuvre dans le cadre de l'« amélioration de la qualité des soins ». Dans ces conditions se pose la question de leur impact sur la définition et la réalisation des soins de réanimation partagés entre deux formes d'expertise soignante et managériale.

1.1. « Suivez le guide » : l'élaboration experte des recommandations

L'expertise soignante du travail repose sur l'initiative de pionnières telles que Florence Nightingale, Anna Hamilton ou Léonie Chaptal, acquises à la formalisation des savoirs infirmiers. Elle trouve ses origines au début du XIXe siècle, se développant « à mesure que s'ouvrent des écoles de cadres et d'enseignantes, que la formation fait l'objet de réglementations légales, que des associations et des revues offrent des lieux réguliers de débats, d'élaboration et de modification d'un corps de savoirs sujets à de perpétuels changements »⁵⁵⁷. Le décret du 15 mars 1993 relatif aux actes infirmiers⁵⁵⁸ consacre un certain tournant dans l'histoire des soins infirmiers en ce qu'il instaure les notions de « diagnostic infirmier » et « d'élaboration des protocoles de soins infirmiers ». Il indique à cet égard que l'infirmier « peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers ». Parce qu'elles sont dotées d'un diagnostic infirmier centré sur la réalisation des tâches relevant de leur rôle propre⁵⁵⁹, les infirmières peuvent désormais faire

⁵⁵⁶ Field M. J., Lohr K. N., 1990, *Clinical practice guidelines. Directions of a new program*. Institute of Medicine Washington, National Academy Press.

⁵⁵⁷ Petitat A., *art. cit.*, 1994.

⁵⁵⁸ Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

⁵⁵⁹ Rappelons ici que, relèvent du « rôle propre », les « différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement » : article L473 de la loi 78-615 31 mai 1978.

valoir leurs savoirs. Dans ces conditions, la « protocolarisation » contribue bel et bien à la définition de la profession comme le font entendre certains de ses membres⁵⁶⁰.

Cependant, les mêmes protocoles de soins qui permettent aux infirmières de faire valoir leurs savoirs relèvent quant à eux de recommandations, dont la procédure d'élaboration se complexifie dans le cadre de la modernisation des hôpitaux, écartant les soignants de leur élaboration. D'outils potentiels pour la professionnalisation, les protocoles se transforment progressivement en dispositifs normatifs délimitant le cadre de la formalisation des savoirs et par conséquent, l'autonomie des personnels. Si cette ambiguïté n'est pas nouvelle⁵⁶¹, elle se renforce avec l'accréditation hospitalière et l'introduction de la démarche qualité instaurées par l'ordonnance du 24 avril 1996⁵⁶². Pilotée par l'ANAES, l'accréditation hospitalière implique des établissements qu'ils s'inscrivent dans la démarche qualité en souscrivant et en mettant en œuvre les recommandations et protocoles, eux-mêmes définis par l'ANAES. Dans cette perspective, la formalisation des savoirs en protocoles dérive du groupe pour lequel elle constitue un outil de professionnalisation vers un système normatif commandé par les autorités publiques.

L'évolution du guide d'élaboration des recommandations publié par l'ANAES⁵⁶³ permet d'en saisir les contours, mettant en lumière la disqualification des non-initiés dans l'écriture du travail. Elle précise en effet que les protocoles sont élaborés selon des recommandations, également approuvées par l'ANAES, et réalisées en amont selon une méthodologie experte. Menée par trois groupes, d'organisation, de travail et de lecture, la procédure comprend une phase de recherche documentaire, une phase de rédaction et une phase d'évaluation avant publication. Par ailleurs, elle sous-tend un changement de nature de la formalisation des savoirs, reposant dorénavant sur une légitimité rationnelle légale⁵⁶⁴. Celle-ci s'applique également dans le cas des protocoles, s'appuyant sur la méthodologie dite

⁵⁶⁰ Voir, par exemple, les travaux de Monique Formarier et Ljiljana Jovic ou le travail de Marie-Pierre Bizet publiés dans la revue *Recherche en soins infirmiers* : Formarier M, Jovic L. « Approche scientifique des protocoles de soins infirmiers », *Recherche Soins Infirmiers*, n° 32, 1993/03, p. 75-83 ; Bizet M.-P., « Vous avez dit "protocoles" ? Les protocoles dans la pratique infirmière », *Recherche en soins infirmiers*, n° 32, 1993/03, p. 61-74.

⁵⁶¹ Comme le précisent les auteurs à l'égard des diagnostics infirmiers : « énoncer un problème de santé en termes de diagnostic infirmier n'est pas différent de ce qui se faisait depuis des années ; ce qui change, c'est la façon dont les énoncés sont définis, expliqués, classifiés, évalués et l'utilisation qui peut en être faite dans un système d'information » : Billier-Reckel M., Dumont C., Fima O., « Diagnostic infirmier où en sommes-nous ? », *Recherche en Soins Infirmiers*, n° 36, mars 1994, p. 11.

⁵⁶² Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁵⁶³ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), 1999, *Les recommandations pour la pratique clinique — Base méthodologique pour leur réalisation en France*, Paris : ANAES.

⁵⁶⁴ Weber M., [1921] 1995a, *op. cit.*

des « recommandations pour la pratique clinique ». Selon cette méthodologie, l'élaboration des protocoles passe désormais par l'identification et l'analyse d'un objet spécifique, complétées « par une étude bibliographique, l'avis d'experts et l'observation des pratiques. Puis les objectifs du protocole sont à poser, suivis de la définition de la population à qui s'adresse ce protocole, de l'étude des ressources et contraintes humaines, matérielles, financières et temporelles. Enfin, la rédaction, la validation et la diffusion du protocole seront les dernières étapes d'élaboration »⁵⁶⁵.

L'élaboration des normes écrites se complexifie davantage en 2007 avec la création de la HAS, chargée de produire et de diffuser les « recommandations de bonne pratique » (RBP). Outre le changement sémantique, cette évolution démultiplie les étapes conduisant à la formalisation des pratiques soignantes. Le « guide méthodologique d'élaboration des recommandations de bonne pratique »⁵⁶⁶ publié par la HAS en 2010 précise les contours de la méthodologie définie quelques années avant par l'ANAES. Il spécifie que la norme est validée après analyse : « de la littérature ; des avis de méthodologistes et de professionnels de santé extérieurs à la HAS ; des écarts observés entre la méthode publiée en 1999 et sa mise en œuvre après enquête auprès des chefs de projet de la HAS »⁵⁶⁷. Il détermine aussi plus précisément la composition des groupes de travail et de lecture dont les membres, « sous réserve de leur accord, sont désignés par la HAS »⁵⁶⁸. Désormais tenus de communiquer leur déclaration d'intérêt au préalable, ces derniers proviennent de milieux divers : professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, épidémiologistes, chercheurs, médecins de santé publique, méthodologistes, membres d'associations, juristes, économistes, éthiciens, sociologues, psychologues, ou encore, représentants d'agences publiques⁵⁶⁹. Bien qu'elle ouvre l'élaboration des RBP aux différents auditoires du système de santé — commanditaires, producteurs et bénéficiaires —, la procédure reste néanmoins très largement associée aux personnels médicaux⁵⁷⁰, eux-mêmes contrôlés, en dernier lieu, par les experts de la HAS. Pour le dire autrement :

⁵⁶⁵ Jovic L., Compagnon A., Fabre F., « Les outils de bonnes pratiques et d'aide pour l'action de soins », *Recherche en soins infirmiers*, n° 69, juin 2002, p. 36.

⁵⁶⁶ Haute Autorité de Santé, « Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode "Recommandations pour la pratique clinique", *Guide méthodologique*, décembre 2010, HAS.

⁵⁶⁷ *Ibid.* p. 4.

⁵⁶⁸ *Ibid.*

⁵⁶⁹ *Ibid.* p. 9.

⁵⁷⁰ La consultation des 151 RBP publiées à ce jour révèle la place prépondérante des personnels médicaux (professeurs d'université-praticiens hospitaliers, médecins généralistes, etc.), et des sociétés savantes dans l'élaboration des RBP. Elle souligne par ailleurs la faible proportion des personnels paramédicaux inscrits dans cette démarche.

« Les RBP relèveraient ainsi de cette catégorie d'instruments que Lascoumes et Le Galès identifient comme “reposant sur une légitimité mixte qui combine une rationalité scientifique [la référence à l'EBM] et technique contribuant à en neutraliser la signification politique avec une rationalité démocratique basée sur leur élaboration négociée et les démarches coopératives qu'ils induisent (2005, p. 363)” »⁵⁷¹.

Les groupes d'élaboration des recommandations sont en effet dirigés par un « président de groupe », un chef de projet de la HAS et un ou plusieurs chargé(s) de projet responsables d'un « groupe de travail » de 15 à 20 personnes, et d'un « groupe de lecture » de 30 à 50 personnes. Ils sont soumis à une méthodologie organisée en quatre temps. Le premier temps est destiné à la revue systématique de la littérature, à la rédaction d'un argumentaire scientifique ainsi qu'à la formulation préliminaire de la norme par les chargés de projet. Le deuxième temps est consacré à la discussion de l'argumentaire scientifique et la rédaction de la version initiale par le groupe de travail. Ensuite, la norme est évaluée par questionnaire (sur une échelle graduée de 1 à 9). Les résultats sont traités et consignés dans un rapport d'analyse qui comprend l'ensemble des citations et des commentaires recueillis. Enfin, le groupe de travail procède à la rédaction de la version finale de la recommandation sous forme détaillée et synthétisée avant d'être soumise à la Commission recommandations de bonne pratique et le Collège de la HAS. Elle est alors diffusée par voie électronique, comprenant l'argumentaire scientifique et les fiches de synthèse⁵⁷².

Si la complexité de la procédure décourage la plupart des soignants, leur disponibilité et l'intérêt qu'ils portent aux recommandations constituent deux autres éléments significatifs de leur renoncement à l'élaboration. Comme l'indique Léa, infirmière, au sujet d'un protocole « de mesure de glycérine » :

« Nous, on a un protocole glycérine, tu le fais au patient, et selon le résultat, soit tu débutes l'insuline, soit tu le refais plus tard, soit tu le fais tant de fois par jour. Et comme ça, t'as pas besoin de demander au médecin pour le débiter.

— *Et c'est un protocole infirmier ?*

Non, c'est un protocole fait par les médecins et nous on applique. Mais après, nous, on n'a pas vraiment de protocoles infirmiers. Enfin, clairement, nous on fait pas de

⁵⁷¹ Rolland C., Sicot F., « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », *Gouvernement et action publique*, 2012/3, n° 3, p. 72.

⁵⁷² Haute Autorité de Santé, « Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode “Recommandations pour la pratique clinique” », *Guide méthodologique*, décembre 2010, HAS, p. 10-14.

protocoles infirmiers. Ça pourrait être bien de faire des protocoles pour uniformiser les soins, pour que tout le monde fasse la même chose dans le service. Mais c'est une galère et puis, bon, clairement, on ne peut pas parce qu'on n'a pas le temps de faire la paperasse » (Léa, 29 ans, infirmière).

Bien qu'elles soient définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »⁵⁷³, les recommandations placent les soignants dans une situation paradoxale : d'une part, elles répondent à leurs attentes de formalisation des savoirs, d'autre part, elles s'inscrivent dans une démarche bureaucratique à laquelle les soignants ne sont pas initiés. Aussi l'ambivalence des protocoles laisse-t-elle entrevoir les contours d'un processus de normalisation qui fragilise la fabrique des soins telle qu'elle est portée par ses acteurs.

1.2. Des recommandations professionnelles aux « normes techniques »

Les recommandations de bonne pratique diffusées par la Haute Autorité de Santé relèvent en effet d'un plus vaste mouvement de normalisation, apparu à l'origine dans les secteurs de l'industrie et de l'ingénierie⁵⁷⁴. Entendues comme des dispositifs élaborés méthodologiquement pour aider à déterminer les conduites en vue d'améliorer l'offre de soin, elles ne sont pas sans rappeler la définition des « normes techniques » adoptée par l'Agence Française de Normalisation (AFNOR) et l'*International Organization for Standardization* (ISO) :

« [Une norme est] une spécification technique, ou un autre document accessible au public, établie avec la coopération et le consensus ou l'approbation générale de toutes les parties intéressées, fondée sur les résultats conjugués de la science, de la technologie et de l'expérience, visant à l'avantage optimal de la communauté dans son ensemble et approuvée par un organisme qualifié sur le plan national, régional ou international »⁵⁷⁵.

⁵⁷³ Field M. J., Lohr K. N., 1990, *op. cit.*

⁵⁷⁴ Eicher L. D., Kuert W., Maréchal R., Grey V., Frontard R., Sturen O., Thor A., Barchietto R., Latimer J., 1997, *L'histoire d'une amitié partagée. Souvenirs à propos des cinquante premières années de l'ISO*, Genève, ISO.

⁵⁷⁵ Agence Française de Normalisation, 1987, *Vocabulaire de la documentation*, 2^e édition, AFNOR.

Cette acception permet d'apporter quelques éclairages sur le paradoxe auquel sont confrontés les soignants dans l'utilisation des recommandations, procédures, protocoles et fiches techniques. En tant que « spécifications techniques accessibles au public », les RBP participent d'abord au décloisonnement des savoirs, « impliquant une hiérarchisation des fonctions et une coupure entre fonctions essentielles (sacrées) et fonctions secondaires (profanes) »⁵⁷⁶. L'accès aux recommandations par de nouvelles catégories d'acteurs extérieurs du monde hospitalier, notamment des méthodologistes, associations, juristes, économistes, ou représentants d'agences publiques, bouleverse ainsi la configuration classique de la formalisation des savoirs, comme le souligne Florence, infirmière :

« [Les formateurs] te font des fiches pour te dire ce qui est bien ou pas, alors que tu sais quand même ce qu'il faut faire ! [...] Quand on a des formations, on parle des protocoles et on voit ce qu'il faut faire ou pas avec des schémas et tout ça. Mais quand ils te disent un truc, tu vois, moi je dis rien, mais je pense autre chose. De toute façon, ils travaillent pas à ma place, ils savent pas vraiment comment ça se passe » (Florence, 30 ans, infirmière).

Si l'écriture du travail semble opérer un renouvellement des expertises entre les consultants et les personnels soignants, c'est peut-être parce que les normes techniques « établies avec la coopération et le consensus ou l'approbation générale de toutes les parties intéressées » relèvent d'une division sociale du travail d'organisation⁵⁷⁷ centrée sur l'écriture des tâches au profit du travail réel. Autrement dit, à mesure qu'ils se rapprochent des commissions d'élaboration des RBP, les acteurs de la prescription s'éloignent un peu plus des professionnels « légitimés à prendre sur eux de garder secret le savoir concerné »⁵⁷⁸. En ce sens, la prescription du travail hospitalier « devient en effet le domaine d'experts recrutés hors du domaine médical — statisticiens, économistes et gestionnaires — qui organisent rationnellement l'activité et la planifient »⁵⁷⁹. La divergence d'appréciation des recommandations coïncide plus particulièrement avec la place occupée par les différents acteurs dans la division du travail hospitalier, les premiers exerçant au plus près de l'objet de travail, les seconds opérant une traduction de cet objet à travers l'utilisation des dispositifs techniques.

⁵⁷⁶ Dubar C. 2010 (1991), *op. cit.*, p. 142.

⁵⁷⁷ Dujarier M.-A., 2006, *L'idéal au travail*, Paris, PUF, Coll. « Partage du savoir », p. 107.

⁵⁷⁸ Dubar C., 2010 (1991), *op. cit.*, p. 143.

⁵⁷⁹ Hibou B., 2012, *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*, Paris, Éd. La Découverte, p. 55.

L'ambiguïté exprimée par Léa et le sentiment de disqualification émis par Florence s'éclairent donc un peu plus au regard de la redistribution du travail de formalisation des recommandations : convoquée par les soignants en vue de faire reconnaître leurs savoir-faire, elle devient progressivement le monopole d'experts situés en marge du segment. Les tensions entre les exigences d'optimisation de l'activité hospitalière préconisées à travers les RBP et l'affirmation de savoirs professionnels détenus par les soignants relèvent donc bien d'une concurrence dans l'approbation par « toutes les parties intéressées » :

« Après, c'est toujours pareil. Quand tu vois que tu dois réécrire le protocole alors qu'il a déjà été corrigé, c'est fatigant. Moi, ça me rappelle l'école. T'as des devoirs et après t'es notée. Si t'as une bonne note, c'est bien, sinon tu dois tout recommencer. Mais du coup, moi ça m'intéresse pas de faire des choses qui vont être complètement changées au final » (Florence, 30 ans, infirmière).

L'évaluation des compétences d'écriture et la marginalisation des soignants qui en découle résident donc aussi dans la complexité de la démarche telle qu'elle est formalisée par la HAS. Aussi peut-on préciser, à l'instar de Bernard Haudeville et Dominique Wolff, que :

« Par définition, il apparaît que toutes les parties prenantes sont appelées à participer directement ou indirectement à l'élaboration des textes normatifs. En réalité, il semble que la lourdeur des rounds de négociation, l'internationalisation des débats et le mode opératoire [...] ne permettent pas à l'ensemble des entreprises [et des acteurs] de s'impliquer dans le processus de normalisation »⁵⁸⁰.

C'est également parce qu'elle s'appuie sur les « résultats conjugués de la science, de la technologie et de l'expérience », que l'élaboration des recommandations contribue à la disqualification des soignants. Car s'ils possèdent l'expérience, ces derniers ne sont pas, ou peu familiers des méthodologies de recherches — le plus souvent statistiques, à l'image de l'*evidence based medicine* (EBM)⁵⁸¹ — employées dans l'analyse et la formalisation des

⁵⁸⁰ Haudeville B., Wolff D., « Enjeux & déterminants de l'implication des entreprises dans le processus de normalisation », *Revue d'économie industrielle*, vol. 108, 4^e trimestre 2004, p. 22.

⁵⁸¹ David Sackett, William Rosenberg, Muir Gray, Brian Haynes et Scott Richardson définissent l'*evidence-based medicine* comme : « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves pour prendre des décisions pour la prise en charge des patients » : Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson S., « EBM : what it is and what it is not », *BMJ*, 1996, n° 312, p. 71-2, cité par Bergeron H., Castel P., Hauray B., 2015, « Evidence based medicine », *Dictionnaire critique de l'expertise : Santé, travail, environnement*, Paris, Presses de Sciences Po (PFNSP), p. 140.

recommandations, alors réservées aux seuls initiés. Ainsi, « le maniement et la possession de savoirs médicaux — oraux ou écrits — semblent avant tout l'occasion pour les infirmières de partager une culture dont elles ne sont que partiellement dépositaires »⁵⁸². Enfin, bien qu'elles « visent à l'avantage optimal de la communauté dans son ensemble », les recommandations portent des enjeux sensiblement différents pour les acteurs chargés de leur élaboration et ceux chargés de leur application. En tant qu'outils de professionnalisation pour les personnels médicaux, dont la quasi-totalité des actes s'appuie sur l'EBM, et qu'intérêt gestionnaire permettant d'assurer une traçabilité et une régulation de l'offre de soins pour les équipes d'encadrement, les RBP prennent un tout autre sens pour les personnels paramédicaux. Bénéficiant d'une formalisation de leurs savoirs qui garantit l'autonomie de leur pratique, ils sont confrontés à la difficulté de faire aboutir les protocoles auxquels ils participent. Il s'agit moins ici d'une « mauvaise volonté »⁵⁸³ de leur part que d'un sentiment d'inaboutissement comme le souligne Cyril, infirmier :

« Les groupes de travail ça pourrait être bien, mais souvent ça aboutit pas. C'est souvent des nouveaux cadres de santé qui arrivent et qui mettent ça en place. Des fois, c'est fait et ça n'aboutit pas parce que la direction ne peut pas ou ne veut pas le mettre en place. Après, si c'est des trucs pratiques, pour les rangements, le matériel, les protocoles c'est pas mal pour faire ça bien comme il faut. Mais il faut que ce soit vu avec un médecin, et puis après, il faut que ça repasse par la direction pour qu'ils vérifient et tout ça. Des fois, c'est fait, mais bon... Tu vois, on a fait un groupe de travail sur l'accueil des élèves, où on n'a pas mal bossé en dehors des heures de travail, et bah ça fait plus d'un an que c'est dans les placards » (Cyril, 34 ans, infirmier).

L'intérêt des soignants pour les recommandations se heurte donc aux difficultés qu'ils rencontrent dans l'aboutissement de leur projet. Celles-ci relèvent de la disqualification de leurs discours par leur maîtrise relative des normes réglementaires d'une part, et à la nature de leur finalité qui ne trouve pas toujours d'écho auprès de la direction d'autre part. Ainsi l'élaboration des recommandations met-elle en lumière certaines des tensions engendrées par un plus vaste système normatif, où la définition du travail est partagée entre des prescripteurs experts et des soignants en marge du système bureaucratique.

⁵⁸² Véga A., 2000, *op. cit.*, p. 79.

⁵⁸³ L'expression est empruntée à madame R., cadre de santé dans le service de réanimation médicale de l'« hôpital pont-sud ».

Elle témoigne en quelque sorte d'une progression des processus de rationalisation et de « bureaucratisation du monde »⁵⁸⁴ qui tend à disqualifier les acteurs chargés de leur application. Autrement dit :

« Il serait sans doute exagéré de nier qu'il y ait une forme de rationalité à l'œuvre dans l'élaboration des normes, donc dans une certaine mesure une démarche positive, mais cette rationalité ne s'exerce pas avec une visée neutre. Derrière chaque norme se cache un dessein, celui de ses producteurs effectifs. Il semblerait de même difficile qu'une société puisse fonctionner sans aucune norme, sans qu'un consensus, serait-il minimal et provisoire, ne règle son fonctionnement. Mais ce consensus n'a de valeur que pour autant qu'il est le fruit d'une pratique réellement démocratique. Le pouvoir même de la norme appelle d'autres normes du pouvoir que celles de la domination d'une quelconque caste »⁵⁸⁵.

2. Rendre des comptes : l'injonction de professionnalisme

L'évolution de la formalisation des savoirs en normes techniques recouvre une normalisation des pratiques soignantes qui soutient leur disqualification. Ce faisant, elle invite à repenser l'évolution des cadres du travail au prisme de la comédie humaine du travail⁵⁸⁶ : au nom de la qualité et de l'efficacité, les recommandations de « bonne pratique » tendent à s'imposer dans la structure d'action des soignants de réanimation, mettant en cause leur propre appréciation du travail et de la qualité. Derrière l'obligation de rendre des comptes, se dessinent alors les contours d'une injonction bureaucratique de professionnalisme qui interroge l'expertise soignante du travail en réanimation.

2.1. De la formation à l'évaluation des pratiques professionnelles

L'essor des systèmes de recommandation s'accompagne d'un vaste processus de socialisation aux normes gestionnaires. Convoqués en vue de « l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé »⁵⁸⁷,

⁵⁸⁴ Rizzi B., [1939] 1976, *cité par* Hibou B., 2012, *op. cit.*, p. 22.

⁵⁸⁵ Méot T., « Derrière chaque norme se cache un dessein », *Écologie & politique*, 2007/1, n° 34, p. 128.

⁵⁸⁶ Linhart D., 2015, *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*, Paris, Erès, coll. « Sociologie clinique ».

⁵⁸⁷ Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

les dispositifs de normalisation soutiennent une forme de gouvernementalité⁵⁸⁸ des professionnels. La conversion des programmes de formation en outils d'évaluation des pratiques professionnelles fragilise la capacité des soignants à s'imposer dans la définition de leur objet de travail et, *a fortiori*, leur maintien au sein du segment.

2.1.1. Des droits à la formation...

L'ambivalence de la redéfinition des pratiques soignantes trouve son origine dans la formation professionnelle continue, définie dans le cadre de l'« éducation permanente ». La loi du 16 juillet 1971⁵⁸⁹ précise que la formation professionnelle a pour objet de « permettre l'adaptation des travailleurs au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur promotion sociale par l'accès aux différents niveaux de la culture et de la qualification professionnelle et leur contribution au développement culturel, économique et social. L'État, les collectivités locales, les établissements publics, les établissements d'enseignement publics et privés, les associations, les organisations professionnelles, syndicales et familiales, ainsi que les entreprises, concourent à l'assurer »⁵⁹⁰.

Partant de ces principes de développement personnel, de promotion sociale et de cohésion dans le monde du travail, la formation professionnelle continue repose donc sur une pédagogie par les compétences⁵⁹¹, dont on retrouve l'héritage encore aujourd'hui dans les textes réglementaires encadrant les fonctions des personnels infirmiers et aides-soignants⁵⁹². C'est également dans cette perspective qu'est instauré le principe de « formation professionnelle tout au long de la vie » avec la loi du 4 mai 2004⁵⁹³. Celui-ci a pour vocation de « permettre le maintien [des travailleurs] dans l'emploi, de favoriser le développement de leurs compétences et l'accès aux différents niveaux de la qualification professionnelle,

⁵⁸⁸ Foucault M., 1994 (1978), « La gouvernementalité », *Dits et écrits*, tome III, Paris, Gallimard, p. 635-657.

⁵⁸⁹ Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente.

⁵⁹⁰ Article L900-1 du Code du Travail.

⁵⁹¹ Tanguy L., « De l'éducation à la formation : quelles réformes ? », *Éducation et sociétés*, 2/2005, n° 16.

⁵⁹² Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique définit le « domaine de compétence » des personnels infirmiers. Bien qu'elles ne bénéficient pas d'un décret de compétence spécifique, les aides-soignantes voient leur domaine de compétences défini conjointement par l'arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et le décret n° 96-729 du 12 août 1996 modifiant le décret n° 94-626 du 22 juillet 1994 relatif à la formation des aides-soignants.

⁵⁹³ Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

de contribuer au développement économique et culturel et à leur promotion sociale»⁵⁹⁴. La loi du 4 mai 2004 place les compétences au cœur de la formation professionnelle continue. Ce faisant, elle ouvre la voie au droit à la formation individuelle, impulsant une dynamique centrée sur la volonté des travailleurs de s'inscrire dans une démarche de professionnalisation au cours de leur carrière. Ce dispositif incitatif est complété l'année suivante par l'introduction de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). L'ambivalence de la formation professionnelle des soignants se fait jour avec ce nouveau dispositif instauré par le décret du 14 avril 2005⁵⁹⁵. Ce dernier précise que :

« L'évaluation des pratiques professionnelles [...] a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.

Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

L'évaluation des pratiques professionnelles, rendue obligatoire dès 2005 pour les personnels médicaux, constitue jusqu'alors une démarche facultative pour les soignants. Elle vise à déterminer l'état de leurs connaissances et de leurs savoir-faire en fonction des recommandations validées par la HAS, permettant l'accès à certaines formations, valorisées par les soignants :

« [La formation continue] c'était pour t'aider à évoluer dans ton travail. Après, moi je me rappelle avoir fait des formations sur l'accueil des patients. C'était nouveau à l'époque et on avait fait ça avec les "anciennes". Maintenant, c'est plus pareil. Tu es obligé de faire les formations. Bon, moi je m'en fiche, je pars bientôt à la retraite. C'est plutôt pour les nouvelles que ça va poser problème » (Marie-Pierre, 58 ans, aide-soignante).

⁵⁹⁴ Article 2 de la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

⁵⁹⁵ Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

2.1.2. ... aux devoirs d'évaluation

Ainsi voit-on poindre le caractère obligatoire de la formation avec la création du « Développement professionnel continu » (DPC) instauré par la loi HPST⁵⁹⁶. Articulant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles, ce nouveau dispositif « a pour objectifs [...] le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé »⁵⁹⁷. À l'instar de l'EPP, il est d'abord rendu obligatoire, en 2009, pour les personnels médicaux, avant de s'étendre aux personnels paramédicaux avec le décret d'application du 30 décembre 2011⁵⁹⁸ :

« Le développement professionnel continu comporte [...] l'analyse, par les auxiliaires médicaux, les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente.

[...] Les auxiliaires médicaux, les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture satisfont à leur obligation annuelle de développement professionnel continu dès lors qu'ils participent à un programme de développement professionnel continu collectif annuel ou pluriannuel »⁵⁹⁹.

S'il vise à l'amélioration des pratiques professionnelles, le développement professionnel continu représente cependant une nouvelle étape dans la redéfinition du professionnalisme indigène en un professionnalisme bureaucratique défini depuis l'extérieur du groupe concerné. En cela, il constitue une nouvelle contrainte comme l'a rappelé Marie-Pierre au sujet des « nouvelles » aides-soignantes. La place centrale occupée par les autorités publiques au sein du dispositif permet d'éclairer d'un peu plus près ce sentiment : découpé en trois modalités, le développement professionnel continu se cristallise en effet autour des orientations stratégiques définies par les autorités publiques.

⁵⁹⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵⁹⁷ Article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵⁹⁸ Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux.

⁵⁹⁹ Article 2 du décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux.

Il est d'abord proposé par un « Organisme DPC »⁶⁰⁰ enregistré préalablement auprès de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC). Ensuite, il doit répondre à des méthodes de formation, d'évaluation et de gestion des risques validées par la HAS. Enfin, il a pour obligation de s'inscrire dans les orientations nationales définies par arrêté ministériel. L'ensemble du dispositif est donc piloté par les agences sanitaires et contrôlé par les autorités publiques.

Le rôle joué par l'État et les organismes de formation publics et privés⁶⁰¹ n'est donc pas anodin : il engage une redéfinition verticale des pratiques, assurée au moyen de dispositifs techniques relayés jusque dans les services hospitaliers. Ainsi les organismes référencés et enregistrés auprès de l'ANDPC sont-ils tenus de mettre en œuvre les actions de développement professionnel continu en adéquation avec les méthodes de formation et d'évaluation des pratiques validées par la HAS, après consultation de l'une des cinq Commissions Scientifiques Indépendantes⁶⁰² (CSI). À l'instar des guides d'élaboration des bonnes pratiques, ces méthodes découpées en trois catégories (évaluation des pratiques, gestion des risques, formation) soutiennent une certaine disqualification des soignants en ce qu'elles reposent sur une méthodologie experte. On retrouve parmi ces méthodes, les « audits cliniques », l'« accréditation des laboratoires », les « bilans de compétences », les « groupes d'analyse de pratiques », les « protocoles de coopération », etc., soit, autant de procédures, formalisées et diffusées en vue de répondre aux orientations nationales définies par l'arrêté du 26 février 2013⁶⁰³ actualisé par l'arrêté du 8 décembre 2015⁶⁰⁴. La position des soignants vis-à-vis du processus d'évaluation de leurs pratiques est même paradoxalement incorporée par la plupart d'entre eux, exprimant un certain désintérêt à son égard :

« Quand je fais l'évaluation, je vais pas mentir. Je dis que je suis qu'à moitié intéressée par l'institution. Mais je pense que je m'intéresse, heu, je prends pas toutes les données,

⁶⁰⁰ Les organismes de DPC sont des organismes de formation, publics ou privés, enregistrés à l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (DPC) pour dispenser des formations de DPC aux professionnels de santé

⁶⁰¹ Notamment, des organismes de formation privés en lien avec des groupes promoteurs d'appareils et de produits à destination des professionnels de santé comme, par exemple, les moniteurs de surveillance des paramètres vitaux, les sondes d'aspirations trachéales ou les appareils d'hémodialyse.

⁶⁰² Commission Scientifique Indépendante des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des professions paramédicales.

⁶⁰³ Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013.

⁶⁰⁴ Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.

c'est pas possible. Je m'informe, mais je ne me sens pas très impliquée, ça change pas ma pratique en fait » (Angélique, 39 ans, infirmière).

Ce désintérêt relatif pour le développement professionnel continu réside en partie dans l'écart observé entre les orientations stratégiques⁶⁰⁵ définies par les autorités publiques et leurs propres attentes, centrées sur des problématiques locales :

« Tout ça, c'est de la politique aussi. Ils [les personnels d'encadrement] ne se rendent pas compte de ce qu'on fait ici. Tu vois, ils ont leurs problèmes à eux, nous, on a les nôtres » (Marion, 27 ans, infirmière).

En ce qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'orientations nationales appliquées selon un ensemble de méthodes validées par la HAS, la formation et l'évaluation des pratiques professionnelles sont *a priori* concurrentes de celles des soignants. La conversion des dispositifs de professionnalisation en outils de contrôle laisse même entrevoir une forme d'essoufflement des attentes portées par les personnels soignants. Elle suppose alors une redéfinition du professionnalisme qui : « n'est plus seulement la traduction d'une éthique professionnelle défendue par des travailleurs maîtrisant une expertise [mais qui] est aussi l'expression de normes organisationnelles applicables, potentiellement, à tout travailleur »⁶⁰⁶.

2.2. Labelliser, accréditer, certifier...

Les rhétoriques soignantes et managériales observables dans la définition concurrentielle du professionnalisme se cristallisent autour d'un plus vaste processus de certification hospitalière instaurée au cours des 1990. Dans un contexte de « labélisation » du travail⁶⁰⁷, la certification est convoquée en vue d'encadrer les dépenses hospitalières tout en s'assurant de l'amélioration de la qualité des soins. Elle prend forme en 1996, avec la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)⁶⁰⁸.

⁶⁰⁵ Notamment, les actions de prévention de la santé, d'amélioration des parcours de soins, d'innovation des formations professionnelles, d'usage médicamenteux et de sécurité des soins.

⁶⁰⁶ Boussard V., Demazière D., Milburn Ph., 2010, *op. cit.*, p. 13.

⁶⁰⁷ Boltanski L., Chiapello E., 1999, *op. cit.* Dans le cadre de la santé, voir également : Bergeron H., « Les politiques de santé publique », dans Borraz O., Guiraudon V. (dir.), 2010, *Politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 79-111.

⁶⁰⁸ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

En juin 1999, l'ANAES diffuse le premier « manuel d'accréditation » portant sur la gestion des établissements. Centrée sur l'évaluation des processus de gestion administrative plutôt que sur l'activité médicale, l'accréditation hospitalière est revue en 2004 avant d'être opérationnalisée en 2005 sous la responsabilité de la Haute Autorité de Santé. Publié à cette occasion, le deuxième manuel d'accréditation (« V2 »)⁶⁰⁹ introduit quatre innovations majeures : 1) l'évaluation de la qualité des soins, en référence aux modèles américains de la « *clinical governance* »⁶¹⁰ ; 2) l'introduction de références d'accréditation médicale ; 3) l'évaluation ciblée par type de prise en charge médicale⁶¹¹ ; 4) la mise en place d'« évaluations de pratiques professionnelles », non obligatoires pour les soignants, bien que fortement conseillées.

Renommée en 2007, la « certification » évolue avec l'actualisation et la diffusion par la HAS du manuel « V2007 »⁶¹² visant à simplifier la procédure par l'allègement du nombre de références. Celles-ci passent de 53 à 44, et le nombre de critères d'évaluation de 215 à 138. Ce changement se traduit aussi par l'obligation, pour les soignants, de se soumettre à l'évaluation des pratiques professionnelles qui était alors facultative. Révisée en 2010, cette deuxième édition du manuel donne lieu au troisième cycle de certification, avec la publication, en juin 2009, du manuel « V2010 ». Ce dernier intensifie davantage l'évaluation des pratiques médicales en prescrivant des « pratiques exigibles prioritaires » faisant l'objet d'une évaluation systématique de la part des experts visiteurs formés et mandatés par la HAS. On retrouve dans les « pratiques exigibles prioritaires » révisées en 2014 et en 2016 par la HAS, les grandes orientations sanitaires définies par les autorités publiques : développement du management hospitalier et mise en œuvre d'une politique d'évaluation et d'analyse des pratiques professionnelles ; amélioration de la gestion des risques infectieux et des événements indésirables ; renforcement des droits des patients, notamment en termes de prise en charge et d'accessibilité au dossier du patient ; gestion des ressources financières et des systèmes d'information. Soit, autant d'orientations nationales qui sont quelque peu problématiques dans le cadre de la réanimation, comme on le verra par la suite.

⁶⁰⁹ ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation*, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, septembre 2004.

⁶¹⁰ Laplace L., Kamendje B., Nizard J., Coz J.M., Chaperon J., « Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90 », *Santé Publique*, 1/2002, vol. 14, p. 47-56

⁶¹¹ Notamment, les soins de courte durée de médecine, chirurgie et obstétrique, la psychiatrie et les soins en santé mentale, les soins de longue durée, les soins de suite et de réadaptation ainsi que l'hospitalisation à domicile.

⁶¹² HAS, *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*, Direction de l'Accréditation, Haute Autorité de Santé, édition 2007.

En somme, ces innovations participent à la redéfinition durable, bien qu'implicite, de la « qualité hospitalière »⁶¹³. Celle-ci est désormais définie en fonction des critères de la certification, sensiblement différents de ceux portés par les soignants. Pour ces derniers, la qualité s'exprime en effet, moins au regard des mécanismes d'évaluation et de régulation de l'offre de soins, qu'en fonction de la singularité de la relation de soins⁶¹⁴. Ainsi les soignants partagent-ils le sentiment que la certification hospitalière constitue une « mise en scène » pour « faire plaisir au patron » plus qu'elle ne les aide à améliorer concrètement la qualité des soins :

« Ils viennent pour classer des hôpitaux, tout ça, je trouve ça un peu... [...]. Je trouve que c'est dommage d'avoir cette certification juste pour des résultats. Ça change pas les choses. Nous on fait ce qu'on nous dit de faire le jour où ils passent et après... C'est une pièce de théâtre pour moi. Ça dure deux ou trois jours et voilà [...]. La réalité c'est que t'as pas le temps, t'as pas les moyens, c'est du montage [...] il est où, l'intérêt ? L'exercice professionnel infirmier c'est tous les jours. Nous, on a autre chose à faire que de s'occuper des grilles à remplir et tout ça. Nous, on a les patients » (Alexandre, 27 ans, infirmier).

Qui plus est, ce sentiment se double d'une certaine appréhension, du fait de l'obligation de souscrire aux objectifs de la certification. L'attitude des soignants à l'endroit de la certification met au jour l'ambivalence du processus de normalisation dont ils sont les témoins :

« La certification c'est un sketch ! La certification c'est... c'est du théâtre. D'ailleurs, c'est ça aussi, le "patient-traceur". On nous a dit qu'ils allaient prendre un dossier au hasard et ils interrogeront un patient pour l'interroger sur la qualité des soins. Ils vont lui demander comment il a vécu son hospitalisation, s'il a été transfusé, comment ça s'est passé, tout ça. En parallèle, ils vont interroger l'équipe paramédicale. Donc n'importe qui d'entre nous peut se retrouver pendant trois heures à être interrogé par la certification. Et là, surtout, on n'a pas intérêt à raconter des conneries ! » (Florence, 30 ans, infirmière).

⁶¹³ Herreros G., Milly B., 2011, *op. cit.*

⁶¹⁴ Fraisse S., Robelet M., Vinot D., « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, n° 146, 2003/5.

La programmation d'orientations et la formulation de références et de critères de certification invitent donc à reconsidérer la notion de « qualité des soins »⁶¹⁵ telle qu'elle apparaît dans le marché concurrentiel de la fabrique des soins de réanimation. D'un côté, elle est appréhendée selon des incantations managériales⁶¹⁶ qui viennent légitimer la place et le rôle nouvellement attribués aux personnels d'encadrement. De l'autre, elle est définie au regard de l'expérience soignante, toujours singulière, sur laquelle reposent le maintien et la préservation du segment. Somme toute, elle permet d'éclairer deux visions concurrentes, bien que non exclusives l'une de l'autre, des mécanismes qui soutiennent la fabrique des soins de réanimation.

⁶¹⁵ Herreros G., Milly B., 2011, *op. cit.*.

⁶¹⁶ Fraisse S., Robelet M., Vinot D., 2005, *art. cit.*

Conclusion du chapitre 3

L'essoufflement d'une topique hospitalière héritée de la double filiation religieuse et médicale au profit de l'implantation du *new public management* oblige les soignants à faire face aux exigences définies par les autorités publiques. Loin de s'opposer à une transformation en profondeur d'un hôpital qu'ils estiment en péril, ils émettent cependant de vives inquiétudes face à l'introduction d'une philosophie gestionnaire. La confrontation des normes portées par le segment avec des normes bureaucratiques définies depuis l'extérieur du groupe met en évidence un professionnalisme duel qui interroge la capacité des soignants à définir leur objet de travail. La remise en cause du portage médical et d'une éthique de l'audace par l'émergence de dispositifs empruntés au secteur public souligne alors l'ambivalence de la modernisation de l'hôpital public : tenus de souscrire aux impératifs gestionnaires convoqués dans l'optimisation et l'amélioration de la qualité des soins, les soignants font l'expérience d'une disqualification, non seulement dans l'élaboration des pratiques mises en œuvre pour répondre à ces impératifs, mais aussi dans la définition elle-même de la notion de « qualité ».

La transformation de l'hôpital public se passe donc comme si les soignants n'avaient plus voix au chapitre alors que le néomanagement et les groupes de travail sont valorisés, laissant aux réformateurs le soin de s'en occuper. Le sentiment de rupture et les formes de violences qui résultent de leur disqualification⁶¹⁷ se traduisent par une mise à l'épreuve du professionnalisme. Dans la mesure où la modernisation du système hospitalier revient à de nouveaux acteurs, légitimés à réformer une institution jugée coûteuse et vieillissante, l'enjeu consiste pour les soignants à se prémunir contre une injonction de professionnalisme redéfinissant les contours de leur activité. Se pose alors la question de leurs réactions face à l'introduction d'outils et de dispositifs avec lesquels ils sont tenus de composer : dans le contexte de normalisation de leurs pratiques « en tension », comment s'adaptent-ils aux injonctions définies par les autorités publiques en vue de contribuer, à leur manière, à la « régulation par l'efficacité et la qualité »⁶¹⁸ ?

⁶¹⁷ Herreros G., 2012, *La violence ordinaire dans les organisations. Plaidoyer pour des organisations réflexives*, Toulouse, Erès.

⁶¹⁸ Haute Autorité de Santé : < <http://www.has-sante.fr/portail/> >.

Chapitre 4

Des écarts à la norme

La multiplication des prescriptions et des dispositifs de contrôle suscite certaines inquiétudes chez les soignants de réanimation. Ces derniers y voient en effet une menace pour leur activité, se traduisant par une standardisation de leurs pratiques et par une redéfinition de leur professionnalisme. Dans ce contexte de rationalisation des soins, la prolifération de nouvelles exigences professionnelles fait pourtant l'objet d'une forte « circulation des règles »⁶¹⁹. Elle est marquée, tantôt par l'affirmation des prescriptions dans l'activité, et tantôt par des « écarts à la norme ». Appréhendé par l'encadrement comme autant de résistances au changement, l'ajustement des règles constitue plutôt une stratégie d'adaptation face à des injonctions parfois contradictoires auxquelles les soignants ne peuvent se soustraire. Ils mobilisent alors les ressources locales afin d'articuler des exigences normatives — de traçabilité, de comptabilité, d'évaluation des pratiques, etc. — définies depuis l'extérieur de leur groupe, et des normes professionnelles définies à l'intérieur du segment (*section 1*). Bien qu'elle porte des enjeux organisationnels, la circulation des prescriptions répond également à un autre type d'obligation, d'ordre moral⁶²⁰, caractérisé par un « esprit de soin »⁶²¹ qui dépasse le cadre des intérêts individuels. Elle est d'autant plus forte qu'elle s'opère au nom de malades qui, dans un contexte d'uniformisation des pratiques, se voient attribuer l'image d' « usagers du système de santé » si ce n'est de consommateurs de soins. Pour cette raison, les soignants font « corps contre l'encadrement ». Ils réaffirment ce qui, pour eux, constitue le cœur de leur activité : la singularité de la relation de soin. Derrière les « habitudes de service », ce sont donc deux types de normes, organisationnelles et professionnelles, qui s'expriment, faisant l'objet de négociations, d'ajustements et d'oppositions (*section 2*).

⁶¹⁹ Denis, J., « La prescription ordinaire. Circulation et énonciation des règles au travail », *Sociologie du Travail*, Vol. 49 (4), 2007, p. 496-513.

⁶²⁰ Durkheim E., 1995 (1950), *Leçons de sociologie*, Leçon I à III, p. 41-78, Paris, Presses Universitaires de France.

⁶²¹ Marche H., « Au-delà de l'autonomie du patient : l' "esprit de soin" dans les trajectoires de cancer avancé », *Anthropologie & Santé* [En ligne], octobre 2015, mis en ligne le 12 mars 2015.

Section 1. Assentiment, dissentiment, simulation : la circulation des règles en réanimation

Désormais classique dans l'analyse des organisations⁶²², la question de l'articulation du « travail réel » et du « travail prescrit » offre une grille de lecture pertinente pour l'examen de la fabrique des soins. La multiplication des prescriptions et l'introduction de techniques de management dans le domaine des soins invitent en effet à réinterroger des régulations traditionnelles hospitalières particulièrement fragilisées. Dans le cas des services de réanimation, les effets des reconfigurations du travail sont pourtant à relativiser. Car, s'ils s'inquiètent de la remise en cause de leur segment et de leur autonomie, les soignants ne se résignent pas pour autant à subir les effets des réformes. Ils mobilisent des ressources locales pour se prémunir face à la normalisation de leur activité, au premier plan desquelles se situe l'application conditionnelle des prescriptions. Sous les traits d'une dynamique de régulation conjointe⁶²³ où s'affrontent « des prétentions aux règles [et] des volontés de régulation »⁶²⁴, ces usages s'inscrivent dans un ajustement des règles cristallisé autour de trois catégories de prescriptions. Chacune d'entre elles renvoie alors à un type particulier d'attitude adoptée par les soignants : 1) une attitude d'*assentiment* à l'égard des prescriptions thérapeutiques, dont la plupart relèvent d'une ligne d'autorité médicale fortement valorisée au sein des services ; 2) une attitude de *dissentiment* à l'encontre des prescriptions bureaucratiques porteuses d'« exigences contradictoires »⁶²⁵ auxquelles les soignants répondent par des formes de « bricolages »⁶²⁶ normatifs ; 3) une attitude de *simulation* vis-à-vis des prescriptions managériales, appréhendées comme les artefacts d'une gouvernamentalité gestionnaire se traduisant par la disqualification de leur expertise et par une perte d'autonomie pourtant nécessaire à l'accomplissement de leur travail.

⁶²² Voir notamment : Crozier, M., Friedberg, E., 1977, *L'acteur et le Système*, Paris, Éd. Le Seuil ; Daniellou, F., Laville, A., Teiger, C., « Fiction et réalité dans le travail ouvrier », *Les Cahiers Français*, n° 209, 1983, p. 39-45 ; Grosjean M., Girin J., (Dir.), *La Transgression des Règles au Travail*. Paris, L'Harmattan ; Roy D., 2006 (1953), *Un Sociologue à l'Usine*, Paris, La Découverte ; Reynaud J.-D., « Conflit et régulation sociale. Esquisse d'une théorie de la régulation conjointe », *Revue française de Sociologie*, Vol. 20 (2), 1979, p. 367-376 ; Reynaud, J.-D., « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de Sociologie*, Vol. 29 (1), 1988, p. 5-18.

⁶²³ Reynaud J. D., 1989, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin.

⁶²⁴ Reynaud J. D., 1999 (1995), *Le conflit, la négociation et la règle*, Toulouse, Octarès, « Travail », p. 20.

⁶²⁵ Carricaburu D., Lhuillier D., Merle V., « Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital », *Santé Publique*, Vol. 20, mai/juin 2008, p. 63.

⁶²⁶ Comtet I., « Entre usage professionnel des TIC et structure organisationnelle : la capacité au bricolage comme compétence adaptative », *Études de communication*, n° 33, 2009, 119-134.

1. Assentiment : des protocoles « quand on en a besoin »

La culture professionnelle des soignants de réanimation répond à un ensemble de principes qui relèvent pour l'essentiel d'une « médecine de combat »⁶²⁷. Leur conception des soins s'appuie sur un respect rigoureux, parfois militaire, de l'autorité médicale, les soignants « ayant été efficacement entraîné[s] à se taire et à obéir »⁶²⁸. Subordonnés aux médecins et exerçant sous leur contrôle, ils montrent pourtant des signes d'assentiment vis-à-vis de la plupart des prescriptions thérapeutiques⁶²⁹. Cet assentiment se manifeste notamment au regard des savoirs « experts », véritable ressource pour la valorisation de leur position au sein de la division du travail hospitalier.

1.1. La participation aux actes médicaux : entre subordination et retournement du stigmate

L'observation empirique des soins de réanimation permet de relever un premier niveau d'assentiment aux prescriptions liées à la mise en œuvre conjointe des actes médicaux⁶³⁰. Ces actes qui consistent essentiellement en un travail de subordination (préparation du matériel, assistance à l' « opérateur », entretien de l'environnement) sont pourtant valorisés par les soignants. En cause, leur proximité avec la sphère privilégiée du monde médical, leur technicité et leur complexité, sanctionnées, justement, par de fortes contraintes réglementaires. Dans ces situations, les soignants manifestent alors un réel intérêt dans l'application rigoureuse des normes d'hygiène et des règles d'asepsie, alors qu'ils les transgressent en d'autres occasions comme on le verra par la suite. Le respect de ces règles est d'autant plus marqué dans le cas où le pronostic vital est instable et où le moindre manquement est susceptible d'affecter la situation clinique.

⁶²⁷ Paillet A., 2007, *op. cit.*, p. 163-174.

⁶²⁸ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 189.

⁶²⁹ Sont regroupées sous ces termes les recommandations, procédures, protocoles et fiches techniques relevant du champ médical et paramédical.

⁶³⁰ L'article R4311-10 du Code de la santé publique précise les différents actes médicaux auxquels les personnels infirmiers sont amenés à participer : 1) première injection d'une série d'allergènes ; 2) premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ; 3) enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ; 4) prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant ; 5) actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ; 6) explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ; 7) pose de systèmes d'immobilisation après réduction ; 8) activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ; 9) transports sanitaires ; 10) sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

La réalisation conjointe des actes médicaux met alors en évidence l'impératif de prescription affiché par les soignants. En témoigne, par exemple, l'observation ci-après menée à l' « hôpital pont-sud » :

Mardi 16 octobre : Monsieur F. a été transféré en urgence dans l'unité 3 à la suite d'un arrêt cardiaque. L'équipe soignante se presse pour apporter le matériel médical de réanimation dans la chambre où le malade est installé. Le médecin du SAMU informe les personnels que monsieur F. a été sédaté « en cours de route », mais qu'il reste « instable ». Il précise également que le malade « a fait un arrêt de vingt minutes » et qu'il a été « massé la moitié du trajet » [...]. De son côté, l'infirmier qui l'accompagne informe les soignants du service que le patient « n'a pas été “choqué” pour le moment ».

Les personnels se croisent agilement dans la chambre où ils apportent hâtivement les thérapeutiques. Dans l'urgence, ils procèdent au monitoring. Trois infirmiers préparent les « SAP » [seringues auto poussées], une aide-soignante se tient prête au cas où « il faudrait masser ». Elle vérifie les raccordements de l'écran de monitoring. Deux infirmières se dirigent précipitamment vers le local du « matériel médical » et l' « armoire des toxiques ». Elles en rapportent des sédatifs ainsi qu'un défibrillateur. Une aide-soignante, gants à la main et masque anti projections autour du cou, rase la partie supérieure du torse du patient pour la pose de cathéter artériel [...].

Quelques minutes après son admission dans l'unité, monsieur F. est « monitoré » et « stabilisé ». Le médecin de l'unité réalise un électrocardiogramme [ECG] pendant que l'infirmière prépare le « kit de cathé C »⁶³¹. L'enjeu consiste alors à « mettre en place la “réa”⁶³² » dans les plus brefs délais. L'aide-soignante positionne le patient avec précision. Elle se réfère au protocole de positionnement du « kit de cathé C »⁶³³. L'infirmière s' « équipe » d'une paire de gants, d'un masque anti projections et d'un tablier en plastique. Elle ouvre le kit de cathéter avec précaution en prenant soin de ne pas « contaminer » le matériel stérile [...]. Par paquets de trois à quatre, elle dispose des compresses stériles sur un champ chirurgical installé sur l'adaptable. Assisté par l'aide-soignante, le médecin s'habille « en stérile », évitant, une fois encore, de toucher la tunique après s'être désinfecté et lavé les mains [...]. L'infirmière s'installe auprès du patient sédaté. Elle nettoie la zone d'insertion du cathéter en mouvements circulaires. Elle effectue un « protocole bêta » en trois temps : elle nettoie d'abord la zone d'insertion du cathéter au moyen de tampons non tissés, imbibés de Chlorexidine, qu'elle manipule

⁶³¹ Kit de cathéter central.

⁶³² Administration des thérapeutiques.

⁶³³ Indiqué dans un « guide protocoles de service » à l'usage des personnels.

à l'aide d'une pince à mors fin ; elle « rince » ensuite la zone d'insertion en y appliquant du sérum physiologique qu'elle sèche à l'aide de nouveaux tampons, toujours manipulés à la pince à mors fins ; enfin, elle applique une solution antiseptique suivant les mêmes dispositions⁶³⁴ [...].

Quelques minutes plus tard, le médecin lave à nouveau la zone d'insertion en procédant, cette fois-ci, en « deux temps » [...]. Il saisit le « guide d'insertion » posé sur le champ opératoire préparé par l'infirmière et l'introduit avec précaution dans la veine sous-clavière du malade sédaté. L'infirmière observe attentivement. Elle ouvre des compresses stériles qu'elle lui tend successivement. Son regard se dirige régulièrement vers le scope « pour voir si [le patient] ne désature pas » [...]. Le médecin « purge » les tubulures disposées par l'infirmière sur l'adaptable. Il engage l'insertion du cathéter à trois voies. L'infirmière reste concentrée sur la progression du cathéter. L'aide-soignante, en retrait, se tient prête à intervenir « au cas où » [...]. Le cathéter est inséré dans la veine sous-clavière [...]. Le médecin retire le guide d'insertion qu'il jette dans un réceptacle prévu à cet effet. L'aide-soignante prépare le kit de suture pendant qu'il vérifie le retour veineux avant d'installer les tubulures du cathéter, aidé de l'infirmière. L'aide-soignante tend alors le kit de suture à l'infirmière qui le pose sur l'adaptable placé à proximité du médecin [...].

Après l'intervention, d'une trentaine de minutes, l'infirmière nettoie le sang résiduel en tamponnant autour du site d'insertion. Elle commence ensuite un pansement occlusif. Elle débarrasse les compresses pendant que l'aide-soignante notifie la date de pose du cathéter sur un sparadrap accolé au pansement occlusif [...]. Elles réinstallent alors le patient sédaté « cathétérisé ». Elles consignent la date de pose dans le cahier de soin du patient et commencent le nettoyage de l'environnement⁶³⁵.

L'impératif de prescription qui s'observe en de nombreuses situations périlleuses, lors d'une « entrée » non programmée ou à l'occasion d'une extubation « risquée » par exemple, ne se limite pas au seul respect des procédures. Il se traduit également par l'intérêt que les soignants portent aux situations thérapeutiques complexes et par la considération qu'ils témoignent à l'égard des « opérateurs » avec lesquels ils partagent, même symboliquement, un même espace habituellement réservé :

⁶³⁴ La préparation de la zone d'insertion prendra environ huit à dix minutes, comprenant le temps d'installation du matériel, la réalisation du protocole et le nettoyage des matériaux utilisés (pince à mors fins, compresses stériles, champ opératoire, blister du kit de pose).

⁶³⁵ Extrait du journal de terrain. Service de réanimation médicale, « hôpital pont-sud ».

« Quand c'est médical, on ne fait pas n'importe quoi. C'est vrai que ça peut foirer, ça peut s'infecter et ton patient il peut merder [...]. Ça arrive des fois, mais on essaie de suivre toutes les règles pour éviter ça. Après, on s'habitue, on sait comment [les médecins] font et comment tu dois faire. Mais c'est toujours super intéressant de voir une pose de "cathé A"⁶³⁶ ou une "trachéo" parce que tu sais jamais si ça va le faire et c'est là que tu te dis "il faut que je sois prêt si ça foire"... » (Adèle, 32 ans, infirmière).

Ne pas faire « n'importe quoi », lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre conjointe de dispositifs médicaux, suppose donc pour les soignants qu'ils assument la responsabilité partagée de ces actes, dans un contexte marqué par l'incertitude et la fragilité de l'état clinique des malades. En tant qu'« aides-opérateurs », les soignants ne considèrent donc pas uniquement leur position sous l'angle de la subordination à l'autorité médicale où ils seraient en charge d'un *dirty work*⁶³⁷. Ils l'envisagent plutôt comme une voie d'entrée à l'application de tâches valorisées, habituellement réservée au corps médical. Ainsi leur participation à la mise en œuvre de ces actes, ne serait-ce que par le fait de pouvoir aider « au cas où », leur confère un sentiment de responsabilité au vu des risques pris par l'« opérateur » lors de l'intervention.

En outre, cette situation constitue aussi une ressource pour la valorisation de leur rôle d'aidants au sein d'une division du travail hospitalier marquée par la prédominance du corps médical. Elle leur permet en effet de démontrer leur connaissance des risques et des précautions à prendre dans la manipulation de patients vulnérables. L'application des recommandations représente alors un moyen de faire valoir une certaine proximité avec des préceptes médicaux dotés d'une légitimité rationnelle légale⁶³⁸, convoqués dans le traitement de l'urgence clinique. Ce faisant, les soignants s'agrègent au « grand miracle » traditionnellement opéré par le personnel médical :

« Rendre la santé (c'est-à-dire une forme de pureté), voilà le grand miracle. Ceux qui opèrent ce miracle sont plus qu'absous de l'impureté potentielle de leurs tâches ; mais ceux qui accomplissent les tâches les plus humbles, sans être reconnus comme les auteurs de ces miracles, n'ont droit qu'à un médiocre prestige »⁶³⁹.

⁶³⁶ Cathéter artériel.

⁶³⁷ Hughes E.C. 1956, « Social Role and the Division of Labor », *Midwest Sociologist*, vol. 17, n°1, pp. 3-7. Traduit sous le titre « Division du travail et rôle social », in Hughes E. C., 1996, *op. cit.*

⁶³⁸ Weber M., [1921] 1995a, *op. cit.*

⁶³⁹ Hughes E. C., 1996 (1956), *op. cit.*, p. 64.

En prenant part à la réalisation de ces « miracles », les soignants s'attribuent alors un peu du prestige relatif à l'acte médical, œuvrant au « retournement du stigmate »⁶⁴⁰ lié à leur position de subordination. Ils font valoir une certaine maîtrise des recommandations, dépassant le seul le cadre des tâches « les plus humbles ». En somme, l'assentiment des soignants aux prescriptions médicales réside moins dans la subordination à l'autorité médicale que dans la proximité manifestée à l'endroit d'une spécialité médicale par laquelle ils valorisent le versant technique de leur propre activité.

1.2. Des prescriptions « descendantes »⁶⁴¹ à l'expression d'une expertise de terrain

Une deuxième forme d'assentiment s'observe dans le cadre des soins techniques réalisés sur prescription médicale⁶⁴². Composant une large partie du travail paramédical en réanimation, ces soins représentent un autre type de ressource pour la valorisation de l'autonomie des soignants de « réa ». Réalisés en délégation du rôle médical et dans la limite du domaine des compétences infirmières, ils se démarquent en effet des soins réalisés dans les « services traditionnels » en ce qu'ils s'appliquent en contexte de haute technicité. Aussi les soins de trachéotomie, de surveillance de drain thoracique, de shampoing avec capteur de pression intracrânienne (PIC), de mesure de pression veineuse centrale, etc., nécessitent-ils une certaine maîtrise de l'environnement, méconnue dans les « services traditionnels » :

« Au début, quand je suis entré à l'école je me voyais dans un service traditionnel et au fur et à mesure de mes études je me suis rendu compte que j'aimais bien quand il y avait un peu d'action et quand ça changeait du quart de travail avec les quinze patients où il faut passer donner les médicaments et faire des pansements. Bon, je voulais un peu plus de matériel, de choses techniques. Quand j'ai fait mon stage en réanimation, j'ai vraiment eu un déclic. Je me suis dit que oui, la réanimation et l'anesthésie c'est un monde à part, un monde un peu fermé qui demande peut-être plus de connaissances que dans la formation de base. Et comme j'avais envie d'apprendre un peu plus, je me suis

⁶⁴⁰ Arborio, A.-M. 2012 (2001), *op. cit.*, p. 134-137.

⁶⁴¹ Six, F., 1999, *De la prescription à la préparation du travail. Apports de l'ergonomie à la prévention et à l'organisation du travail sur les chantiers du BTP*, Habilitation à diriger des recherches en Ergonomie, Lille, Université Charles de Gaulle.

⁶⁴² Ces actes relèvent des articles R4311-7 et R4311-9 du Code de la santé publique précisant que « l'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin ».

dit allez, la réanimation je verrai des choses nouvelles, ça permettra d'apprendre plus qu'en service traditionnel » (Alexandre, 27 ans, infirmier).

L'appartenance au « monde un peu fermé » de l'anesthésie et de la réanimation, qui s'observe par l'opposition entre la « réa » et les « services traditionnels », constitue un puissant vecteur d'identification à la sphère scientifique. À travers la distinction qu'ils opèrent entre les « soins de réanimation » et ceux des « services traditionnels », se dessine alors une autre dimension de leur assentiment aux prescriptions thérapeutiques : en s'appuyant sur les recommandations, procédures, protocoles et fiches techniques, ils se dotent en effet d'une certaine autonomie, réservée d'ordinaire à la catégorie médicale⁶⁴³, rendue possible par le respect des prescriptions médicales :

« Que ce soit les infirmières ou les aides-soignantes, on a quand même plus d'autonomie en réanimation que dans un service traditionnel [...]. Quand tu es là depuis longtemps, les médecins ne se posent pas de questions. Ils te laissent faire parce qu'ils savent que t'es doublée, et qu'après tu peux gérer tout seul. T'apprends à t'occuper de tout ce qui est technique, tu dois connaître les machines, gérer le matériel, savoir comment ça fonctionne, surtout avec les “drogues”⁶⁴⁴ et tout ça » (Clarisse, 28 ans, infirmière).

Aussi la réalisation des soins sur prescription médicale s'inscrit-elle, dans le cas des soins techniques de réanimation, au travers d'une relation soignants-médecins caractérisée par l'engagement de la responsabilité des médecins, témoignant de l'autonomie relative que ces derniers confèrent aux soignants. L'adhésion des personnels paramédicaux à des recommandations qui relèvent pourtant du « rôle délégué »⁶⁴⁵ s'éclaire donc davantage au regard de l'autonomie que de la subordination :

« Le rôle sur prescription c'est obéir aux ordres... C'est un peu la caricature de le dire comme ça, mais c'est l'idée. Après, les médecins sont qualifiés pour faire des choses et nous pas forcément. Mais je dirais que c'est de la coopération, et nous on est formés pour travailler sur prescription, donc on travaille sur prescription quoi. Ce n'est pas de se rabaisser que de faire la prescription. Moi, je trouve que c'est formateur aussi quand tu travailles sur prescription parce que tu fais des trucs que tu connais pas vraiment au début

⁶⁴³ Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Payot, Paris.

⁶⁴⁴ Notamment, les thérapeutiques de sédation et de curarisation.

⁶⁴⁵ Bizet M.-P., 1993, *art. cit.*

et après, quand tu les connais, tu vas les faire plus facilement, t'as pas besoin d'aller chercher le médecin toutes les cinq minutes » (Antoine, 38 ans, infirmier).

La réalisation des soins sur prescription revêt les contours d'un « travail de coopération » qui s'inscrit dans « un cadre préalable et nécessaire à l'activité, mais cadre ouvert pour accueillir les singularités de la prescription remontante, pour autoriser la confrontation avec les normes antécédentes de celles et ceux qui auront à rencontrer le réel, de façon anticipée »⁶⁴⁶. Dans cette perspective, la réalisation des soins techniques ne se définit plus au regard de la subordination médecin/soignants. Elle est aussi un espace d'articulation entre des « prescriptions descendantes »⁶⁴⁷ déterminées par le personnel médical, et une exigence d'autonomie portée par les soignants, se référant aux recommandations, procédures et protocoles. Certaines prescriptions médicales sont même l'objet de négociations entre le personnel soignant et le personnel médical, notamment lorsque la stabilité, le confort ou la douleur sont en jeu :

« Quand les patients sont “douloureux”⁶⁴⁸, c'est sûr que ça nous travaille aussi. Parce que de toute façon en réanimation, on ne sait pas s'ils souffrent ou pas quand ils sont sédatisés. On a des échelles pour évaluer la douleur. Mais on voit aussi le faciès du patient, on voit si sa tension augmente et tout ça. Moi je porte beaucoup plus d'attention maintenant, parce que quand tu prends confiance en toi et que tu sais faire ton injection de morphine, tu sais mettre les drogues et tout ça, alors tu peux te concentrer sur le patient. Maintenant, moi je sollicite les médecins sans problème. Quand je vois que le patient est douloureux, je vais voir le médecin, je lui demande de la morphine parce que je sais que le patient sera moins “douloureux”.

[...] Les médecins il faut savoir leur présenter les choses aussi. Quand on leur demande un truc, il faut le préciser. C'est comme pour les drogues. Quand on va demander des drogues aux médecins, ils ne vont pas être forcément d'accord au début parce qu'après c'est plus difficile de sevrer les patients. Mais quand on voit qu'ils sont vraiment douloureux et qu'on explique les choses, ils nous écoutent et voilà » (Alexandre, 27 ans, infirmier).

⁶⁴⁶ Six F., 2002, « De la prescription à la préparation du travail ; la dimension sociale du travail. Exemple du travail des compagnons et de l'encadrement sur les chantiers du Bâtiment », Communication présentée au 37^e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, p. 132.

⁶⁴⁷ *Ibid.*

⁶⁴⁸ Cette expression métonymique est couramment employée par les soignants pour désigner l'« inconfort » des malades. Elle repose sur une évaluation subjective que les soignants font pourtant valoir objectivement compte tenu d'indicateurs tels que l'évolution des paramètres vitaux ou les réactions « spontanées » des malades sédatisés.

Outre les enjeux de positionnements supposés à travers la négociation des soins de confort, la « responsabilité partagée » de la prise en charge des malades met en évidence l'autonomie relative des soignants de réanimation. Rendue possible à travers la connaissance des recommandations et des procédures qui organisent la prise en charge de la douleur, l'expertise soignante des prescriptions thérapeutiques se manifeste alors, non seulement envers les soignants des « services traditionnels », mais aussi à l'égard des médecins des services sur lesquels ils exercent parfois un certain contrôle.

1.3. Des prescriptions pour la consolidation du « rôle propre »

Un dernier niveau d'assentiment aux recommandations prend forme dans le cadre des soins relevant du « rôle propre »⁶⁴⁹ infirmier. Il s'observe au travers de la mobilisation des recommandations définies en dehors du segment pour, paradoxalement, contribuer à la fermeture du marché du travail des soins de réanimation. Face à « la difficulté [...] d'arriver à tenir ensemble deux rôles que l'imaginaire oppose : le rôle propre [et] l'exécution d'actes prescrits »⁶⁵⁰, les soignants s'appuient en effet sur les recommandations, référentiels, protocoles et fiches techniques en vue de préciser leur champ de compétences. Oscillant entre ces deux rôles, ils s'emploient d'un côté à l'application des tâches déléguées inscrites dans une relation de subordination à l'autorité médicale, et de l'autre, à la réalisation de tâches relevant du rôle propre et définies « en référence à des valeurs telles la santé, la personne... »⁶⁵¹. Alors qu'elle « implique, en quelque sorte, une double identité de l'infirmière, une identité alternative »⁶⁵², cette position ambivalente se précise au regard des recommandations relevant du rôle propre comme le laisse entendre Antoine, infirmier à l' « hôpital du plateau » :

« Bah, comme on a un référentiel, moi je sais ce que j'ai le droit de faire ou pas. Enfin bon, après, je vais pas le voir tous les jours. En fait, ça fait longtemps que j'ai pas regardé. Ce sont des choses qu'on a vues il y a longtemps, mais voilà, tu sais que ça fait partie de tes fonctions ou pas. C'est comme les médecins, ils ont leurs compétences, nous, on a les nôtres » (Antoine, 38 ans, infirmier).

⁶⁴⁹ Rappelons le « référentiel de compétence de l'infirmière de réanimation » publié par quatre des principales sociétés savantes de réanimation insiste autant, dans le cadre du rôle propre infirmier, sur les soins techniques que sur les différentes actions, de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement stipulées par l'article 4311-3 du Code de la santé publique.

⁶⁵⁰ Acker F., 1991, *art. cit.*, p. 136.

⁶⁵¹ *Ibid.*

⁶⁵² *Ibid.*

En ce qu'ils sanctionnent formellement le domaine de compétences, les référentiels servent ainsi d'appui à la délimitation des tâches relevant du rôle propre infirmier, et par extension, aux compétences aides-soignantes. Pourtant, la seule mobilisation de ces recommandations, procédures et protocoles semble insuffisante pour l'expression des spécificités du travail soignant en réanimation. Par conséquent, bien qu'ils soient dotés d'un référentiel de compétences de réanimation qui sert d'assise à la revendication d'une expertise qui leur est propre, les membres du segment expriment d'abord leur spécialisation au regard de leurs savoirs expérientiels :

« Tout le monde peut pas le faire au début. Même si tu connais le protocole, quand t'as un change en planche ou que ton patient est curarisé, il faut savoir comment faire aussi. Et t'as les tubulures qu'il faut gérer, il faut faire attention pour ne pas débrancher un truc, ou que ça ne s'emmêle pas. Tu fais pas une toilette en "réa" comme tu la ferais ailleurs. Et ça, c'est pareil pour plein d'autres petits trucs qu'on fait tout le temps. Tu l'apprends sur le tas » (Leïla, 27 ans, aide-soignante).

La mobilisation des savoirs expérientiels est donc complémentaire des savoirs formels. Elle constitue même une assise collective en ce qu'elle résulte d'un apprentissage de terrain conduit par les pairs. Aussi la valorisation des savoirs expérientiels atteint-elle tous les soignants, y compris les aides-soignantes. Par ailleurs, la consultation des recommandations reste occasionnelle et « la communication autour des classeurs contenant les protocoles, fiches techniques, etc., se limite souvent à l'indication du lieu où ils sont consultables »⁶⁵³. Pour le dire autrement, il s'agit donc moins de se référer aux recommandations que de les mobiliser dans la définition de leur champ de compétences :

« [Les protocoles] ça peut toujours servir, surtout quand tu te rappelles pas vraiment. Tu en vois pas mal à l'école, mais en fait, tu apprends surtout en regardant les autres au début. Moi, je suis pas vraiment allée voir les protocoles quand j'ai commencé. On m'a surtout montré ce que je devais faire quand j'ai été doublée. Après, si je me rappelle pas, je sais que je peux aller voir les classeurs. Mais je le fais jamais en fait » (Angélique, 39 ans, infirmière).

⁶⁵³ Cloarec P., « Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle », *Recherche en soins infirmiers*, juin 2008, n° 93, p. 29.

Les protocoles sont donc maintenus en réserve, comme une coulisse documentaire⁶⁵⁴ employée dans la revendication d'un domaine de compétences bien délimitées. Parce qu'ils les tiennent pour acquises du fait de leur application répétée, les soignants témoignent alors d'un assentiment de principe à l'égard des recommandations qui définissent la conduite et le cadre de leur pratique. En somme, cette posture permet d'appréhender comment ils conservent une certaine autonomie dans la réalisation des soins sur rôle propre, articulant des recommandations parfois contraignantes et des savoirs expérimentiels, témoins de leur expertise de terrain.

2. Dissentiment : « on ne peut pas tout appliquer... »

S'ils montrent des signes d'assentiment à l'égard des prescriptions thérapeutiques et des référentiels relevant du « rôle propre » infirmier, les soignants de réanimation expriment, à l'inverse, de vives critiques à l'encontre des « prescriptions organisationnelles » assimilées à un « travail de bureau »⁶⁵⁵. Leur dissentiment envers ces dernières se dessine au regard des contradictions que les tâches bureaucratiques et les rythmes de travail suscitent dans la réalisation des soins. Face à ces « exigences contradictoires »⁶⁵⁶, les soignants opèrent des « bricolages normatifs » par lesquels ils tentent d'articuler l'application des injonctions organisationnelles et le maintien de pratiques impliquant de « prendre son temps ».

2.1. Les prescriptions bureaucratiques : entre contraintes organisationnelles et « exigences contradictoires »

Convoquée par les autorités publiques dans le cadre de la régulation « par la qualité et l'efficacité », la prolifération des prescriptions organisationnelles se traduit depuis plusieurs années par le « développement de nouvelles lignes de travail (vigilances, qualité...), la rationalisation de l'organisation des services médico-techniques et logistiques et l'obligation qui s'applique à tous de rendre compte du travail effectué »⁶⁵⁷. Inscrite dans une

⁶⁵⁴ C'est le cas également en ce qui concerne les protocoles issus des « groupes de travail » initiés à la demande des cadres de santé ou des personnels soignants.

⁶⁵⁵ Peneff J., 1992, *op. cit.*, p. 114.

⁶⁵⁶ Carricaburu D., Lhuillier D., Merle V., *art. cit.*, p. 63.

⁶⁵⁷ Acker F., « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, 2005/1, n° 1, p. 176.

logique d'*accountability*⁶⁵⁸, de « rendu de comptes », présente dans le monde de l'entreprise, ces nouvelles lignes de travail se concrétisent dans les services par la multiplication des procédures de traçabilité redessinant les contours de la « qualité » à l'aune de la mesure comptable et de la « sécurité *a posteriori* »⁶⁵⁹.

Notion polysémique, la qualité est appréhendée dans le discours institutionnel à travers l'évaluation et la traçabilité de l'ensemble des tâches effectuées par les acteurs hospitaliers. Pour les équipes d'encadrement, l'essor des prescriptions organisationnelles soulève de véritables enjeux d'amélioration de la qualité des soins. Elle passe par la mise en écrit des actes réalisés qui, « face à cette impossibilité de reconstituer le passé [...], est une technique de gouvernement des personnes et des choses qui va contraindre par différents moyens la création d'une mémoire ordonnée pour le futur »⁶⁶⁰. Or, pour les soignants, cette approche de la qualité par la traçabilité se traduit par une intensification du travail, porteuse de contradictions au sein de leur activité. D'une même voix, ils dénoncent l'augmentation d'un travail d'écriture, de transcription et de classement, qui réduirait sensiblement le temps qu'ils consacrent à la réalisation des soins. Et comme l'écrit Françoise Acker au sujet des reconfigurations du travail infirmier :

« Les infirmières doivent, par exemple, remplir des documents toujours plus nombreux de traçabilité des produits et des dispositifs médicaux, remplacer, voire doubler, la plupart des demandes effectuées par téléphone par des demandes écrites. Elles sont amenées à modifier la planification habituelle de certaines activités pour tenir compte des nouveaux horaires d'ouverture de services communs (fournitures, petits matériels...). La plupart de ces tâches leur sont imposées sans concertation préalable et les modifications incessantes des modes de réalisation de leurs tâches (heures d'envoi de certains examens aux laboratoires, bons d'accompagnement, justifications des demandes) demandent une mémorisation rapide des nouvelles instructions et une vigilance accrue dans la réalisation des tâches, les infirmières ne pouvant plus se fier aux routines de travail en place »⁶⁶¹.

⁶⁵⁸ Hervé Dumez précise à ce sujet que : « cette situation de rendu de comptes ou *accountability* apparaît familière : dans le monde du travail, une tâche est confiée à quelqu'un, une certaine autonomie lui est laissée dans la manière dont il la réalise, mais il doit en contrepartie rendre des comptes. La situation comporte une dimension hiérarchique : c'est avec le supérieur que les objectifs de l'action ont été définis (ou ce dernier les a imposés) et c'est au supérieur que compte est rendu sur la manière dont l'action a été menée et les objectifs atteints ou non » : Dumez H., « De l'obligation de rendre des comptes ou *accountability* », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 2008/1, n° 91, p. 4.

⁶⁵⁹ Torny D., « La traçabilité comme technique de gouvernement des hommes et des choses », *Politix*, vol. 11, n° 44, 1998/4, p. 52.

⁶⁶⁰ *Ibid.*, p. 59.

⁶⁶¹ Acker F., 2005, *art. cit.*, p. 175-176.

La progression des dispositifs bureaucratiques dans l'organisation du travail hospitalier modifie en ce sens considérablement les repères admis traditionnellement par les soignants, au point d'interroger la représentation qu'ils ont de leur activité :

« Il y a un moment où c'est trop protocolarisé. Il faut tout tracer, tout noter, on n'a pas que ça à faire. Moi j'ai l'impression de faire du secrétariat des fois quand il faut noter les appels, les trucs sur les bouteilles, les rendez-vous pour les visites et tout ça. Après on aimerait aussi être informatisés, ça nous prendrait moins de temps. Mais bon apparemment ça coûte trop cher ! Mais nous, le problème c'est qu'on nous demande de tout noter, tout le temps » (Florence, 30 ans, infirmière).

Et comme le précise Carine, c'est aussi le sens et l'intérêt lui-même des protocoles qui sont remis en question par la prolifération des prescriptions organisationnelles :

« Mais on a trop de protocoles... On a le protocole pour la température du frigo, le protocole pour faire le ménage, le protocole pour éteindre la lumière, le protocole pour le labo, et bientôt on aura aussi un protocole pour les ascenseurs tant qu'on y est ! Plus ça va et plus on rentre dans des critères où ça devient aberrant. Il y a plus de logique... Enfin si, mais la logique c'est protocole à fond. Mais le problème c'est qu'à un moment on en oublie l'essentiel » (Carine, 33 ans, aide-soignante).

Ces contradictions reposent sur le décalage des objectifs organisationnels d'amélioration de la qualité et leurs effets concrets sur la réalisation des soins. Il s'agit là d'un manque d'appropriation, par les acteurs chargés de la définition des protocoles, notamment les ARS et la HAS, des problématiques rencontrées dans les services. Aussi les soignants rencontrent-ils des difficultés dans la routinisation des protocoles, au point d'en « oublier l'essentiel ». On assiste en quelque sorte au renversement de la hiérarchie des tâches, de sorte que certains soignants se sentent désormais tenus de « prendre soin des protocoles ! ». La prolifération des prescriptions organisationnelles, qui s'inscrit dans l'extension d'une logique gestionnaire, dépasse alors le cadre de l'activité thérapeutique, mettant en cause l'autonomie dont les soignants disposent dans l'organisation de leur trame de travail :

« Non, mais on a des fiches qui servent à rien, enfin, ça nous prend surtout du temps alors que c'est pas toujours efficace. Tu vois, la cadre a voulu garder les fiches d'identité-vigilance alors qu'on a vu que c'était pas vraiment utile parce qu'on les connaît nos

patients [...]. Maintenant, elle est contente parce qu'on met des petits bracelets partout ! On en met un au lit et un au patient, mais ça c'est du temps qu'on ne passe pas avec les patients... Mais je comprends des fois aussi. La cadre, une fois elle est venue dans la salle de pause et, énervée, elle dit "ça, c'est pas fait, moi je vous le dis, après si vous voulez jouer aux cons vous le faites". Mais des fois, elle est exaspérée parce qu'elle nous dit tout le temps, tous les jours la même chose... » (Clarisse, 28 ans, infirmière).

Les critiques exprimées par les soignants envers les prescriptions organisationnelles ne se limitent pas à la seule intensification du travail généré par l'augmentation des tâches d'écriture. Elles prennent forme, également, au regard d'expériences pratiques « orientées par la représentation globale et dynamique qu'ils se font du travail à réaliser ; représentation qui comprend celles des risques, mais contextualisées "ici et maintenant" »⁶⁶². En d'autres termes, l'essor d'un travail bureaucratique « pas toujours efficace » suscite quelques contradictions en matière de temps passé auprès des malades et pourtant nécessaire à l'accomplissement d'un travail « bien fait » reflétant la polysémie de la notion de « qualité ».

2.2. Le « bricolage normatif »⁶⁶³ comme ajustement aux prescriptions organisationnelles

Bien qu'elles fassent l'objet de discussions lors des réunions de service, les exigences contradictoires soulevées par les soignants semblent pourtant donner lieu à une même réponse de la part des cadres de santé : « elles te disent toujours la même chose : "faites les protocoles"... ». Face aux difficultés qu'ils rencontrent pour faire entendre leurs désaccords à l'égard des prescriptions organisationnelles, les soignants mettent en œuvre des stratégies de régulation destinées à articuler l'usage de recommandations, procédures et protocoles qui « ne reflètent pas la réalité » avec leur propre conception des soins, fondée sur l'expérience subjective et l'immédiateté des situations. Loin de méconnaître les tâches bureaucratiques qu'ils sont tenus d'appliquer, ils s'emploient à les ajuster en fonction de leur propre hiérarchie des tâches. Les transgressions qu'ils opèrent s'inscrivent donc dans un vaste « bricolage normatif » par lequel les prescriptions organisationnelles sont employées à des fins auxquelles elles ne sont pas destinées *a priori*.

⁶⁶² Carricaburu D., Lhuilier D., Merle V., 2008, *art. cit.*, p. 52.

⁶⁶³ Comtet I., 2009, *art. cit.*, p. 119-134.

Avant de se pencher plus concrètement sur les formes de transgressions qui composent les bricolages normatifs opérés par les soignants, il convient cependant d'en définir brièvement les contours. Ainsi, comme le précise Isabelle Comtet :

« Il peut être éclairant d'envisager la notion de bricolage dans son acception la plus quotidienne. Elle y est définie par l'action, l'habitude, et la réparation. D'une façon très banale, il s'agit "d'action, d'habitude de bricoler" puis de "réparation faite tant bien que mal". Cette définition souligne d'abord ce que fait quelqu'un et ce par quoi il réalise une intention. Il y a donc ici l'idée essentielle de se proposer un certain but. La réalisation de ce dernier implique, de façon sous-jacente, la volonté de réalisation. Ensuite, cette définition met l'accent sur une manière de se comporter, d'agir, individuellement, de façon répétée. Le point important concerne ici l'action individuelle de façon réitérée. Il s'agit de reproduire une façon de faire. Enfin, le dernier point de cette définition souligne un travail qui consiste à remettre en bon état. Cela sous-entend que l'état initial n'est plus optimal, n'est plus (n'est pas ?) conforme à ce qu'il devrait être »⁶⁶⁴.

Bien qu'opérante, cette acception des « bricolages » se précise davantage à travers les éléments de définition proposés par Claude Lévi-Strauss :

« Le bricoleur est apte à exécuter un grand nombre de tâches diversifiées ; mais, à la différence de l'ingénieur, il ne subordonne pas chacune d'elles à l'obtention de matières premières et d'outils, conçus et procurés à la mesure de son projet : son univers instrumental est clos, et la règle de son enjeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord", c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus, parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment, ni d'ailleurs avec aucun projet particulier, mais est le résultat contingent de toutes les occasions qui se sont présentées de renouveler ou d'enrichir le stock, ou de l'entretenir avec les résidus de constructions et de destructions antérieures. L'ensemble des moyens du bricoleur n'est donc pas définissable par un projet (ce qui supposerait d'ailleurs, comme chez l'ingénieur, l'existence d'autant d'ensembles instrumentaux que de genres de projets, au moins en théorie) ; il se définit seulement par son instrumentalité, autrement dit et pour employer le langage même du bricoleur, parce que les éléments sont recueillis ou conservés en vertu du principe que "ça peut toujours servir". De tels éléments sont donc à demi particularisés : suffisamment pour que le

⁶⁶⁴ *Ibid.*, p. 121-122.

bricoleur n'ait pas besoin de l'équipement et du savoir de tous les corps d'état, mais pas assez pour que chaque élément soit astreint à un emploi précis et déterminé »⁶⁶⁵.

Dans les services de réanimation, le « bricolage » se caractérise notamment par des stratégies de « freinage »⁶⁶⁶, de blocage et de contournement des procédures bureaucratiques — les « moyens du bord »⁶⁶⁷ —, destinés à « remettre en bon état »⁶⁶⁸ un « état initial »⁶⁶⁹ qui ne correspond pas aux attentes, c'est-à-dire pour les soignants, à maintenir leur approche de l'activité face à la multiplication d'injonctions bureaucratiques. Ce bricolage peut également être qualifié de « normatif » en ce qu'il se traduit par « une manière de se comporter, d'agir, individuellement, de façon répétée »⁶⁷⁰, mais aussi dans la mesure où il se concentre essentiellement sur des normes, en l'occurrence, organisationnelles. S'appuyant sur cette acception du « bricolage normatif », il est alors possible d'identifier les outils utilisés par les soignants dans leurs stratégies de régulation.

Le travail d'écriture, toujours plus présent dans les services, constitue à ce titre l'une des prescriptions organisationnelles les plus enclines au « bricolage normatif ». Considéré comme superflu par la plupart des soignants, accoutumés à une culture orale⁶⁷¹, le travail d'écriture fait régulièrement l'objet d'ajustements, au point que ces derniers semblent s'inscrire dans les « habitudes de service ». Certains de ces ajustements se révèlent particulièrement illustratifs, à l'instar des « fiches de transport intra hospitalier » (TIH) et des « fiches d'identito-vigilance » mises en place dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins. Car, pour les soignants, elles prennent la forme d'un travail administratif en contradiction avec l'urgence et la préférence pour l'action. Ainsi s'emploient-ils régulièrement à quelques « arrangements » lorsqu'ils sont tenus de veiller à l'identification des malades, à la notification des étiquettes d'identité accolées au dossier et à la vérification de leur correspondance avec les « bracelets d'hospitalisation ». En somme, ils privilégient les tâches de vérification sans pour autant se résoudre au contrôle systématique de l'identité des patients qu'ils estiment connaître et qui sont, pour la plupart d'entre eux, empêchés de toute communication :

⁶⁶⁵ Lévi-Strauss C., 1960, *La Pensée sauvage*, Paris, Éd. Plon, p. 27.

⁶⁶⁶ Roy D., 2006, *op. cit.*

⁶⁶⁷ Lévi-Strauss C., 1960, *op. cit.*, p. 27.

⁶⁶⁸ Comtet I., 2009, *art. cit.*, p. 122.

⁶⁶⁹ *Ibidem.*

⁶⁷⁰ *Ibid.*

⁶⁷¹ Véga A., 2000, *op. cit.*

« Oui quand il faut étiqueter les patients, les lits, le dossier, tout ça. Non, mais ça, c'est pareil c'est de la paperasse. On nous demande de vérifier l'identité des patients quand c'est possible. L'identito-vigilance, il faut demander au patient comment il s'appelle, bah oui, bien sûr ! En réanimation ils sont intubés-ventilés, évidemment qu'ils vont nous dire comment ils s'appellent ! Non, mais c'est pour nous faire perdre du temps. Après, pour la fiche, enfin tout le monde s'en fout. Nous, on remplit le truc, mais au bloc par exemple, ça suit pas. On revient, on demande la feuille, ils ne regardent pas, ils nous la redonnent et voilà. Eh oui, le bracelet c'est utile, mais en fait c'est juste c'est normal ! Mais de tout vérifier tout le temps, ça sert plus à rien en réalité donc on s'arrange comme on peut... » (Jérémy, 28, brancardier en réanimation).

L'interprétation des prescriptions organisationnelles par les soignants soulève également une autre contradiction, en matière de légitimation statistique inscrite dans une logique de rendement difficilement conciliable avec leur propre conception du soin. Comme le précise Jérémy, brancardier, au sujet des fiches de transport intra hospitalier :

« On nous dit “vérifiez l'identité sur le patient, le bracelet sur le lit, la fiche de transport”. Mais nous, on a pas que ça à faire ! Alors oui, ça évite qu'on opère les mauvais patients (rires), mais nous, on les connaît nos patients. En plus, tu fais ça, c'est pour faire du chiffre au final. Donc, bah oui, ça arrive qu'on ne vérifie pas tout le temps et qu'on note, mais en même temps on ne peut pas toujours faire plus avec moins » (Antoine, 38 ans, infirmier).

En outre, ces « arrangements » consistent donc moins en une « résistance au changement », souvent évoquée par les équipes de direction, qu'en un ajustement opéré au regard des « rythmes contradictoires »⁶⁷² suscités par la mise en place de dispositifs gestionnaires. Car, lorsqu'ils s'opposent aux changements qu'ils estiment contre-productifs, les soignants opèrent plutôt des stratégies de « freinage »⁶⁷³ visant à ralentir les rythmes de travail, à l'occasion, par exemple, de l'acheminement des prélèvements au laboratoire, des transports hospitaliers ou de la vérification des box. Le freinage se manifeste alors par des discussions improvisées au détour d'une « commande de pharmacie », par un « passage » à la machine à café ou une pause cigarette dans un coin dérobé de l'hôpital, etc.

⁶⁷² Aubry F., « Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante », *Temporalités*, [en ligne], 16 | 2012, mis en ligne le 13 décembre 2012.

⁶⁷³ Roy D., [1953] 2006, *op. cit.*

En ce qui concerne les tâches bureaucratiques, il se traduit aussi par un report des tâches réalisé au profit d'actes plus valorisés et plus représentatifs des soins de réanimation :

« On peut pas toujours courir partout pour tout faire non plus. Enfin, on a les pauses, mais c'est pareil, la cadre nous a dit l'autre jour qu'on faisait trop de pauses ! Moi je veux bien bosser plus, mais pas pour faire la paperasse. On nous demande de faire plein de trucs qu'on ne faisait pas avant. Mais ça, c'est du temps en moins avec les patients. Moi, mon boulot c'est pas de faire secrétaire. Mais à la direction, ils nous disent de faire plus d'efforts. Bah non. Un moment, il faudrait qu'ils nous écoutent aussi... » (Julie, 36 ans, aide-soignante).

Dans la mesure où ils ne parviennent pas à faire remonter les difficultés qu'ils éprouvent au quotidien malgré leurs « efforts », les soignants mettent en œuvre des stratégies de résistance fondées sur l'« instrumentalité » des procédures bureaucratiques. C'est le cas, notamment, en ce qui concerne les « fiches d'événement indésirable » présentées par les cadres de santé comme un outil essentiel de la politique de qualité et de gestion des risques. Or, pour les soignants, celles-ci constituent un « outil » de résistance, utilisé pour faire valoir leur opposition à la direction de l'établissement :

« Ils nous disent de faire des fiches d'événement indésirable pour tout et n'importe quoi [...]. Mais c'est des trucs qui pourraient être réglés rapidement si les cadres elles nous écoutaient ! Bah comme ils ne nous écoutent pas et que la direction veut ne rien savoir, on fait des fiches pour les emmerder ! On attend de voir comment ils vont réagir » (Cyril, 34 ans, infirmier).

Face aux injonctions bureaucratiques auxquelles ils sont tenus de répondre, les soignants de réanimation s'emparent donc de certaines procédures pour matérialiser leur opposition à la traçabilité et à la comptabilité de soins. Le détournement de ces dispositifs met au jour l'écart de représentations quant à la notion de « qualité » des soins : l'une se rapporte à l'immédiateté de la situation et à la nécessité de consacrer du temps au malade ; l'autre, renvoie à des préceptes organisationnels importés depuis l'extérieur des services et formulés au regard d'une logique comptable. Par conséquent, il permet d'examiner d'un peu plus près les stratégies mobilisées par les soignants pour faire face à la montée d'injonctions professionnelles contrôlées par les équipes d'encadrement. Aussi voit-on se dessiner les contours d'un troisième type d'attitude soignante caractérisé par la simulation.

3. Simulation : « ça va faire plaisir au patron »

L'introduction des techniques de management dans le secteur hospitalier public a fait émerger des prescriptions d'un genre nouveau, centrées sur la participation « volontaire » et l'implication « motivée » des soignants dans la transformation de leur activité. Ces prescriptions que l'on retiendra ici sous le terme de « managériales » se concrétisent par la mise en place de dispositifs d'analyse et d'évaluation des pratiques professionnelles, de « groupes de travail » ou encore, de procédures telles que la certification hospitalière. Destinées à l'amélioration de la qualité des soins par ses acteurs, elles suscitent néanmoins une certaine ambivalence au sein des soignants de réanimation. Car, bien qu'elles soient fondées sur le volontariat *a priori*, elles sont pourtant l'objet d'obligations institutionnelles, renvoyant à ce titre à une forme de « volontarisme déclaratif »⁶⁷⁴. Loin de souscrire à ces prescriptions managériales et pourtant tenus de s'y engager, les soignants adoptent alors une attitude de simulation⁶⁷⁵ visant à se prémunir des effets d'un management hospitalier qui leur impose de nouvelles normes d'autorégulation et d'autosurveillance mutuelles des pratiques.

3.1. Une vraie « fausse implication » : l'évaluation des pratiques professionnelles

Présentée par les autorités publiques comme un dispositif destiné à « garantir la qualité des soins »⁶⁷⁶, la procédure d'évaluation des pratiques professionnelles est perçue différemment par les soignants de réanimation. Ces derniers y voient une procédure souvent contraignante et superflue, qui relève d'une conduite managériale difficilement compatible avec leur propre approche de l'encadrement⁶⁷⁷. Face à l'obligation de « rendre des comptes », notamment lors des entretiens annuels, ils adaptent alors leur attitude en conséquence, simulant leur engagement dans une démarche d'amélioration des pratiques à l'égard de laquelle ils émettent certaines réserves en raison de son ambivalence. Premièrement, parce qu'elle est rendue obligatoire dans le cadre du « développement professionnel continu »⁶⁷⁸.

⁶⁷⁴ Belorgey N., 2010, *op. cit.*, p. 97-98.

⁶⁷⁵ Goffman E., 1968 (1961), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Éd. de minuit.

⁶⁷⁶ HAS, *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*, juin 2005, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, Paris, Haute Autorité de Santé.

⁶⁷⁷ Divay S., Gadéa C., 2008, *art. cit.*

⁶⁷⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Ensuite, parce qu'elle sous-tend une politique de responsabilisation des travailleurs à l'égard de leur activité⁶⁷⁹. La procédure consiste alors en une analyse des compétences, réalisée dans un premier temps par les personnels, eux-mêmes évalués lors d'un entretien individuel en référence aux recommandations émises par les agences sanitaires comme le rappelle la Haute Autorité de Santé :

« L'évaluation des pratiques professionnelles [...] consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques »⁶⁸⁰.

Pour les soignants, l'impact de cette démarche semble pourtant très éloigné du projet d'amélioration de la qualité des soins portée par le discours institutionnel. Ils émettent à ce titre une certaine réserve quant à son efficacité « réelle », exprimant des doutes sur l'objectivité des cadres de santé que sur la finalité institutionnelle de la procédure :

« Est-ce que les cadres sont objectives ? Je suis pas sûr. Elles regardent soi-disant ton travail. On est jugé sur le comportement, sur l'assiduité, sur la rigueur, sur l'intérêt qu'on porte au service, au CHU. Enfin, voilà... Il y a un livret que tu remplis avant l'entretien et la cadre elle dit qu'elle est d'accord ou pas d'accord avec ce qu'on a noté, mais bon. Ça ne reflète pas vraiment la réalité. Nous, on est noté en fait, on en parle comme ça, c'est comme si tu retournais à l'école. Mais j'ai jamais vu quelqu'un se faire descendre à la note. Ça n'empêche pas la cadre de nous dire si on parle trop fort ou qu'il faut faire comme ça. Mais ça reste un peu scolaire quand même » (Angélique, 39 ans, infirmière).

Aux doutes exprimés envers l'objectivité de la procédure, en termes de représentation du travail « réellement » effectué, s'ajoutent des incertitudes quant à l'intérêt de la démarche, visant pourtant à promouvoir la formation professionnelle continue des soignants. Devant l'aboutissement aléatoire de leurs demandes de formation professionnelle, la plupart des soignants semblent quelque peu découragés, exprimant l'intérêt relatif de « jouer le jeu » de l'évaluation des pratiques professionnelles :

⁶⁷⁹ Devos V., Taskin L., « Gestion par les compétences et nouvelles formes d'organisation du temps et de l'espace », *Revue française de gestion*, 2005/3, n° 156, p. 93-104.

⁶⁸⁰ HAS, *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*, juin 2005, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, Paris, Haute Autorité de Santé, p. 4.

« Bah ça pourrait être bien au final, mais là ils t'écoutent pas vraiment. Enfin, quand ils nous disent à la fin "tu voudrais faire quelle formation ?" on leur dit. Mais ça prend du temps et à la fin, tu fais pas ce que t'avais demandé ou on te met sur un groupe de travail que t'avais pas demandé et voilà... » (Éveline, 42 ans, aide-soignante).

Bien qu'elle puisse donner une suite favorable aux demandes de formation professionnelle exprimées par les soignants, la procédure reste pourtant présentée par ces derniers comme une formalité bureaucratique, n'ayant qu'un impact limité sur leur quotidien professionnel :

« Quand on fait les notations annuelles c'est pareil, on sort avec une fiche de notation où on a des "très bien" et des "excellents" partout [...]. Mais l'évaluation c'est... bon, nous on dit à la cadre "remplis la feuille et quand c'est fait on vient signer". Bon, on veut même plus perdre notre temps à remplir. On sait ce qu'on a à faire et terminé. Mais le problème c'est qu'on n'est même pas écouté » (Lionel, 47 ans, brancardier de réanimation).

Devant l'ambiguïté de la procédure d'évaluation, les soignants adoptent une attitude détachée, de telle sorte que la plupart d'entre eux admettent se soumettre de façon désintéressée à l'évaluation de leurs pratiques professionnelles, remplissant « machinalement » le feuillet d'autoévaluation avant de se rendre à l'entretien d'évaluation :

« Bah, pour moi, c'est une pièce de théâtre. Là où c'est dommage, c'est que ça donne un coefficient pour avoir une prime. C'est comme dans le privé. On te donne une note pour avoir une prime. Le livret d'évaluation c'est ça. Les compétences, la disponibilité, tout ça, c'est des points en plus que tu mets sur le livret parce qu'on te le demande » (Angélique, 39 ans, infirmière).

Le souci de répondre à l'injonction de professionnalisme exogène (« *from above* »)⁶⁸¹ en énonçant aux cadres de santé « ce qu'ils veulent entendre » relève donc de stratégies individuelles par lesquelles les soignants s'affranchissent, dans une certaine mesure, des prescriptions managériales. Répondant à une volonté d'autonomisation vis-à-vis de l'encadrement, l'anticipation de l'attitude à adopter au cours de l'évaluation représente donc une ressource pour le maintien du segment professionnel.

⁶⁸¹ Evetts J., 2003, *art. cit.*

3.2. L'exemple d'une stratégie⁶⁸² collective de simulation : le cas de la certification hospitalière

« Pièce de théâtre », « sketch », « exagération », « mise en scène »... Les termes employés par les soignants pour décrire la procédure de certification hospitalière mettent en évidence la théâtralisation qui se joue dans le « drame social du travail »⁶⁸³ de certification. L'observation empirique du déroulement d'une « contre-visite » menée à l' « hôpital du plateau » permet de préciser les contours du « *social drama* »⁶⁸⁴ de la certification hospitalière. Elle met au jour les comportements attendus, « c'est-à-dire des rôles que les gens pensent que l'on attend d'eux, ou des rôles qu'on leur permet de jouer sur la scène »⁶⁸⁵, mais aussi les lignes de conduite qui mènent à l'adoption de ces rôles. En simulant, en tout ou partie, leur implication dans le cadre de la procédure de certification, ils s'identifient alors « à ceux qui gèrent les problèmes des autres de la même manière que nous, à ceux qui ont la même attitude objective, les mêmes secrets, à ceux qui risquent de faire les mêmes erreurs, et à ceux qui ont la même attitude esthétique vis-à-vis de leur travail »⁶⁸⁶. Ce faisant, ils œuvrent à la consolidation de leurs normes professionnelles et de la cohésion du groupe, comme le montrent les observations menées au sujet de la certification.

Jour 1. « Ce n'est pas facultatif ! » : la réunion d'information de la contre-visite.

Les personnels paramédicaux ont été convoqués par Sandrine, cadre de santé de l'unité, en début de service. Après les « toilettes du matin », les « soins de réa »⁶⁸⁷ et le « change des pansements », ils se dirigent tour à tour vers la salle de pause. Certains sont déjà installés. Ils échangent au sujet des plannings, boivent un café, font des mots fléchés. Sandrine entre à son tour. Elle tient un porte-document ainsi que plusieurs classeurs.

⁶⁸² La notion de stratégie est entendue au sens de Michel de Certeau, c'est-à-dire comme : « le calcul des rapports de forces qui devient possible à partir du moment où un Sujet de vouloir et de pouvoir est isolable d'un "environnement". Elle postule un lieu susceptible d'être circonscrit comme un propre et donc de servir de base à une gestion de ses relations avec une extériorité distincte. La rationalité politique, économique ou scientifique s'est construite sur ce modèle stratégique » : De Certeau M., 1980, *L'invention du quotidien*, Paris, Seuil, p. XLVI.

⁶⁸³ Hughes E. C., « The Social Drama of Work », *Mid-American Review of Sociology*, 1976, 1 (1), p. 1-7. Traduit sous le titre : « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 115, décembre 1996, Les nouvelles formes de domination dans le travail (2) p. 94-99.

⁶⁸⁴ *Ibid.*

⁶⁸⁵ Hughes E. C., 1951, « Studying the nurse's work », *American Journal of Nursing*, 51, pp. 294-295. Traduit de l'anglais sous le titre « Pour étudier le travail d'infirmière », in Hughes E., 1996, *op. cit.*

⁶⁸⁶ Hughes E. C., 1976, *art. cit.*, p. 97.

⁶⁸⁷ Notamment, l'administration des thérapeutiques.

Elle salue les soignants d'un signe de la main, qu'elle accompagne d'un « rebonjour, tout le monde ». Elle s'installe à la table, en prenant soin d'écartier les magazines et les biscuits que les patients n'ont pas consommés. Elle dispose plusieurs documents et distribue des feuillets « certification, procédure contre-visite V2 » aux personnels. Après quelques instants, elle leur demande le silence. Elle leur annonce que « ce point d'information concerne la visite pour l'accréditation, la semaine prochaine ». Les soignants échangent encore quelques mots entre eux. Ils semblent sceptiques.

Elle poursuit, leur précisant que « la consultation des recommandations est disponible sur le portail du CHU ». Elle leur rappelle également l'utilisation du logiciel d'« inscription des entrées et des sorties », puis celui des « commandes pharma »⁶⁸⁸ avant de s'exprimer sur les objectifs attendus par les « experts visiteurs ». S'appuyant sur les textes réglementaires de la HAS, elle ajoute alors « ce n'est pas facultatif ! » Après quelques murmures dans la salle de pause, une infirmière prend la parole : « Mais de toute façon, l'accréditation c'est pas sérieux. Ça va faire plaisir au patron et puis c'est tout ! » Assise à côté d'elle, une aide-soignante précise que « le service va être nickel pendant deux semaines et après ça va redevenir comme d'habitude ». La cadre leur répond, embarrassée : « d'une façon ou d'une autre il va falloir que ça soit propre ». Une autre infirmière reprend sur les recommandations, expliquant que « le portail ne marche pas pour tout le monde, on ne peut pas aller voir » et d'ajouter « de toute façon ça sert pas à grand-chose. [Les protocoles] qu'on a dans les classeurs ne sont même pas actualisés apparemment ».

Les échanges se poursuivent autour des problèmes informatiques, qui semblent davantage intéresser les soignants que la certification [...]. Après quelques échanges au sujet des logiciels et de la mise à jour des postes informatiques, Sandrine en revient à la certification. Elle insiste alors sur le caractère obligatoire de la procédure, rappelant que « les recommandations, c'est pour tout le monde » et qu'elles sont à suivre « absolument », en particulier pour les « pleins des chariots » et « le ménage » [...]. Avant de quitter la salle de pause, Sandrine marque un temps d'arrêt et précise aux soignants qu'elle va s'« engager à résoudre les problèmes informatiques ». En contrepartie, elle leur demande alors de « jouer le jeu » (de la certification).

⁶⁸⁸ Peu de temps avant mon arrivée dans le service, les commandes de pharmacie étaient encore manuscrites. L'informatisation des commandes pharmacie est donc en cours au moment de l'enquête, suscitant des réactions diverses d'adhésion ou d'opposition de la part des soignants.

Les soignants restent quelques instants dans la salle de pause. Ils reprennent leurs échanges au sujet de la certification. Ils me précisent que « ça sert à rien qu'on en parle avec elle. Elle a des ordres. Elle ne nous écouterait pas de toute façon ». Dans ce cadre plus confidentiel, ils laissent aller de vives critiques à l'égard de la certification, dénonçant une procédure « inutile [qui ne] va rien changer », mise à part peut-être, l'intensification de la charge de travail.

On retiendra de cette réunion deux types d'enjeux. Pour l'équipe d'encadrement, représentée par Sandrine, cadre d'unité, il s'agit d'impulser une dynamique de régularisation des pratiques soignantes compte tenu des orientations définies par l'établissement dans le cadre de la contre-visite. S'appuyant sur la légitimité rationnelle légale de la procédure, l'ajustement des pratiques se révèle donc obligatoire, répondant à des injonctions qui dépassent le seul cadre des problématiques rencontrées dans le service. Pour les soignants, cette réunion est l'occasion d'exprimer leur dissentiment à l'égard de la certification, procédure qu'ils considèrent comme « inutile », préférant se concentrer sur de « vrais » problèmes. Sans montrer pour autant des signes de résistances, ils profitent donc de la situation pour identifier les problématiques qu'ils rencontrent au quotidien. À caractère informatif, cette réunion laisse néanmoins se dessiner les contours d'une rupture entre les soignants et les équipes d'encadrement, qui se précise un peu plus au cours de jours suivants :

Jour 3. « J'en ai vu passer des conneries... » : l'expression de la désapprobation

10 h 30. J'accompagne Yves et Alain [deux des cinq brancardiers du service] au secrétariat central de l' « hôpital du plateau ». En poste depuis 6 h 40, Yves et Alain se sont réparti la charge de travail au sein des trois unités qui composent le service. Ils se sont ensuite retrouvés dans le « local ASHB »⁶⁸⁹ pour récupérer les dossiers médicaux des patients qu'ils s'approprient à déposer au secrétariat central.

En chemin, ils s'arrêtent dans le hall principal de l'hôpital, loin des couloirs silencieux du service et « des oreilles indiscrettes » pour échanger librement sur la procédure de certification. Avec une certaine insistance, ils évoquent le « contrôle » dont ils sont l'objet depuis plusieurs jours. Ils me précisent que la cadre d'unité chargée de leur équipe « est toujours sur notre dos ».

⁶⁸⁹ Improvisée à l'occasion pour les brancardiers du service il y a plusieurs années, cette salle de pause est en fait un local destiné au dépôt du matériel.

Ce sentiment est exacerbé par la mise en place d'une nouvelle procédure de traçabilité des transports intra hospitaliers (TIH) qui leur a été « imposée » récemment, dans le cadre de la contre-visite à venir. La procédure leur semble « ingérable » : « tout le monde ne va pas signer, au bloc⁶⁹⁰, ils s'en foutent » ; « ça va encore nous retomber dessus ». La discussion tourne à la protestation. Alain me fait part de ses désaccords avec la nouvelle politique de l'établissement : « Il faut qu'ils arrêtent avec leurs chiffres et tout ça. On n'est pas des robots non plus [...]. On s'en fout de l'accréditation. Ça fait 20 ans que je suis là, tu sais, j'en ai vu passer des conneries ».

Aussi voit-on déjà poindre les stratégies dramaturgiques mobilisées par les soignants en vue de se prémunir face au contrôle et des équipes d'encadrement, elles-mêmes tenues de répondre aux injonctions définies par les autorités publiques. Pour autant, les désapprobations exprimées par les soignants à l'endroit de la certification et des dispositifs introduits à cet effet mettent en avant certaines contradictions. Elles soulignent en effet les conséquences inattendues des politiques d'orientation et d'uniformisation des pratiques sur la conduite du travail. Cette perspective se précise davantage au cours de la même journée, avec la présence « inhabituelle » de madame S., cadre supérieure de santé, dans les unités.

Dans l'après-midi, madame S. se déplace entre les unités du service pour informer les soignants de la visite de certification. Elle est accompagnée de Sandrine qui distribue des « *check-lists* » aux équipes soignantes. Olivier [brancardier] que j'accompagne durant son service « d'après-midi » interpelle madame S. au sujet des dispositifs de suivi des fiches de TIH : « C'est pour l'accréditation non ? Parce qu'on n'a jamais fait comme ça et ça marchait très bien ». Interpellée par l'initiative d'Olivier, Sandrine lui répond que le protocole « s'inscrit dans une démarche qualité engagée par le CHU ». De surcroît, elle ajoute qu'« il n'y a pas à discuter ». Elle énonce les « avantages » du dispositif : confidentialité, traçabilité et protection juridique en sont les maîtres mots. Olivier est excédé. Il reprend la parole : « c'est de la paperasse surtout ! Comment on fait en cas d'urgence ? On remplit la fiche et puis ? Après, on s'occupe du malade ? »

La cadre supérieure conclut la discussion : « mais vous savez bien que c'est assez rare les urgences quand même » [...]. Après le départ de Sandrine et madame S., Olivier me confiera que « c'est du flicage, t'as le droit de rien. Mais bon, ça va être comme d'habitude... »

⁶⁹⁰ Service de chirurgie.

S'ils expriment leurs désaccords avec les nouvelles procédures mises en place dans le cadre de la certification, les soignants ne semblent cependant pas en mesure de négocier des arrangements avec les membres de l'encadrement. Bien plus présents que d'ordinaire dans les unités, ces derniers veillent en effet à l'application des nouvelles mesures, tout en s'assurant du respect des procédures antérieures qui, d'ordinaire, sont l'objet de négociations et d'arrangements entre les personnels soignants et les équipes d'encadrement. Leur présence inhabituelle dans les unités constitue donc, pour les soignants, une forme de contrôle direct sur l'activité par lequel s'exprime le poids de la coercition organisationnelle⁶⁹¹.

Jour 4. Appliquer les recommandations...

En fin d'après-midi, une infirmière et une aide-soignante préparent une chambre en se référant à la fiche de « traçabilité reconditionnement d'une chambre »⁶⁹². À mesure qu'elles vérifient le matériel, elles s'aperçoivent que l'indication du matelas ne correspond pas au service. D'abord interpellée, l'infirmière précise ensuite qu'il « faut le rapporter en “réa méd” [réanimation médicale], si l'accréditation passe ici... ». L'aide-soignante se dirige dans le couloir de l'unité. Elle interpelle Alain, l'un des brancardiers présents dans une chambre voisine. Gênée, elle lui demande « tu peux retrouver un matelas de la “réa chir” [réanimation chirurgicale] ? ». L'air désabusé, Alain m'explique qu' « on ne fait pas ça d'habitude, mais là... ». Je l'accompagne dans le couloir de l'unité, là où sont habituellement entreposées toute sorte d'effets : « lève-malade », fauteuils roulants, matelas « médicalisés ». Après avoir déposé le matelas du service de réanimation médicale, Alain s'emploie à une vérification de l'indication des matelas entassés. Sur les six matelas, trois seulement sont attribués au service de réanimation chirurgicale. Alors que l'on réinstalle le matelas dans la chambre préparée par l'infirmière et l'aide-soignante, Sandrine traverse le couloir, plusieurs dossiers en main. Elle est hâtive et préoccupée. Les trois soignants esquissent un sourire à son passage. Ils s'expriment alors : « c'est encore pour l'accréditation ! Elle doit avoir besoin de décompresser, avec toute la pression qu'elle se met ». Ils continuent la réfection de la chambre médicalisée, en consignnant successivement le matériel vérifié sur la « *check-list* » prévue à cet effet.

⁶⁹¹ Herreros G., 2012, *op. cit.*

⁶⁹² Voir en annexe.

Quelque peu résignés face à l'impératif d'ajustement, les soignants n'en présentent pas moins un certain détachement. Face à la préoccupation exprimée par Sandrine, ils manifestent une attitude plus relâchée. Car, bien qu'ils s'emploient à l'application des recommandations émises dans le cadre de la certification, ils relativisent davantage l'impact de celle-ci sur le long terme. Cette attitude se précise davantage au regard du « rôle » qu'ils estiment devoir jouer au sein du « *social drama* » de la « contre-visite », consistant en une régularisation éphémère de leurs pratiques.

Jour 6. « Rentrer dans les clous »

Vers quinze heures, l'équipe soignante du service sort d'une « grosse réunion » au sujet de la visite de certification. Les objectifs ont été clairement définis par Sandrine : il s'agit de « faire le grand ménage » pour « rentrer dans les clous ». Dans le couloir, les soignants parlent du « maquillage du service » qu'ils vont effectuer dans le cadre de la certification. Une des infirmières présentes à la réunion traduit alors, avec une certaine nonchalance, ce qui semble exprimer le sentiment général : « On va faire les recommandations deux semaines, et puis après ça redeviendra normal ». Quelques instants après, les équipes se répartissent la charge de travail, s'affairant au tri du matériel, entre deux soins réalisés auprès des malades [...].

La certification présente donc une configuration quelque peu atypique pour les soignants : loin de constituer un dispositif permanent, elle est appréhendée sous les traits d'un « *maquillage du service* ». En cela, elle donne lieu à une stratégie collective de simulation. Car s'ils s'emploient au « *grand ménage* » du service à l'occasion de la contre-visite, ils attendent par ailleurs un « *retour à la normale* ».

Jour 7. « J-1 avant le grand jour »

[Veille de la contre-visite] 13 h 30 : J'arrive dans le service pour suivre les « équipes d'après-midi ». Fatiguée, une aide-soignante « du matin » m'avertit « tu vas voir ! On a fait le ménage de printemps pour l'accréditation ». En effet, le service est méconnaissable : les couloirs ont été libérés des armoires de linge et des chariots de soin, le matériel et les consommables médicaux ont été réorganisés dans le local « matériel », les produits usagés ou périmés ont été triés et la salle de pause a été « complètement *cleanée* ». Des présentoirs ont été installés à l'entrée des chambres.

Y sont disposés méticuleusement des boîtes de masques anti projections, des gants de soin, des tabliers en plastique à usage unique, des flacons de solution hydro alcoolique ainsi que des classeurs comprenant des « *check-lists* » et des fiches techniques réactualisées. Des affiches ont également été accolées à côté de la salle de pause, rappelant les consignes d'hygiène et de sécurité sanitaire. Dans un recoin de l'unité, deux agents des services hospitaliers (ASH) dégagent de lourdes armoires pour « passer un coup, même si ceux de l'accréditation vont pas venir voir derrière ! » Les soignants « d'après-midi » échangent quelques mots : « c'est presque trop propre » ; « non, mais je vais pas m'y retrouver » ; « au moins, ça, c'est fait ».

Les changements observés à l'occasion de la contre-visite nous éclairent sur un point particulier : en ce qu'elles ont été réactualisées pour l'occasion, les recommandations se révèlent donc obsolètes le reste du temps. Et pourtant, c'est bien dans ce cadre d'« obsolescence ordinaire » des recommandations, que se déroule l'essentiel du travail soignant en réanimation. En somme, la préparation de la contre-visite révèle la dramatisation du travail social qui se joue avec la certification hospitalière. Elle permet également d'en apprendre davantage sur les enjeux institutionnels et professionnels engagés à travers cette dramaturgie : l'application des recommandations, en matière d'hygiène hospitalière, de disposition du matériel et d'organisation du travail soignant ne saurait faire l'économie d'une organisation informelle sur laquelle repose la réalisation ordinaire des soins. L'ensemble de la dramaturgie qui se joue avec la certification semble d'ailleurs s'appuyer sur cette organisation informelle du travail de réanimation comme en témoignent les observations menées à l'issue de la contre-visite.

Jour 8. « On l'avait bien dit... »

[Jour de la contre-visite] : À mon arrivée dans le service, le silence se fait plus pesant que d'ordinaire. Des soignants s'affairent aux transmissions. Ils échangent à voix basse. L'ambiance semble différente. Madame S., cadre supérieure du service vient les informer : « apparemment, la visite ne viendra pas chez nous aujourd'hui [...]. Ça ne change rien pour nous, il faut continuer nos efforts ». Certains soignants acquiescent d'un signe de tête, d'autres restent impassibles. Tous retournent à leur tâche [...]. La journée se déroule « normalement », à ceci près que les protocoles de soin sont attentivement respectés.

À la fin de leur service, les soignants se retrouvent en salle de pause. Ils échangent sur les patients et les plannings des prochains jours, modifiés quelques heures avant par Sandrine. Les « experts visiteurs » ne seront pas passés dans le service. Maxime, infirmier, se tourne vers moi et apporte une conclusion aux événements liés à la préparation à la certification : « de toute façon, on l'avait bien dit. C'est juste de la mise en scène. C'est bien, on a fait le grand ménage, et puis voilà, plus rien ».

Mettre en scène pour se préserver

Les huit semaines passées dans ce service confirmeront la « mise en scène » réalisée à l'occasion de la « contre-visite » de certification. Peu de temps après le passage des experts visiteurs, le service est effectivement redevenu « comme avant ». Seules certaines dispositions prises à l'occasion de la certification ont finalement été maintenues. La plupart d'entre elles sont l'objet d'un assentiment de la part des soignants :

« Mais la certification c'est vrai qu'on a été au taquet ! Après ça a changé des petits trucs, comme la clé des toxiques, les poubelles triées aussi, et des trucs comme ça. Mais c'est du théâtre quand même, c'est surjoué. On exagère le truc, mais on ne vit pas dans un hôpital idéal. On fait un gros coup de propre juste avant qu'ils arrivent et après qu'ils soient passés, tout redevient comme avant... » (Mélanie, 27 ans, infirmière).

L'observation de la procédure de « contre-visite » et de sa préparation est instructive pour deux raisons. La première tient au fait qu'elle nous renseigne sur la circulation de prescriptions⁶⁹³ en réanimation. Face à l'impossibilité de s'opposer à la certification, contrôlée par les équipes d'encadrement, les soignants adoptent un « rôle de composition » à travers lequel ils s'emploient à l'application provisoire des recommandations. Ils anticipent alors les sanctions éventuelles auxquelles ils s'exposeraient en s'y opposant fermement. La deuxième raison à trait aux effets attendus de la simulation par les soignants. En détournant de la sorte le contrôle managérial auquel ils sont soumis, ils œuvrent à la préservation de leurs normes professionnelles face à la menace que constitue pour eux la normalisation des pratiques « par le haut »⁶⁹⁴. En somme, ils s'emploient clandestinement au maintien d'une réalité institutionnelle qui tend pourtant à fragiliser leur structure d'action.

⁶⁹³ Denis J., 2007, *art. cit.*

⁶⁹⁴ Evetts J., 2003, *art. cit.*

Section 2. La normalisation au prisme de la singularité

La circulation des prescriptions relève en premier lieu de la volonté d'autonomie des soignants de réanimation face à la rationalisation des soins. Elle répond en ce sens à leur *ethos* professionnel, fondé sur une éthique de l'audace. Loin de se résoudre à l'implantation de normes gestionnaires au sein de leur espace « réservé », ils œuvrent ainsi à leurs ajustements, renversant la dynamique de reconfiguration de leurs pratiques. Pour autant, la circulation des prescriptions soulève une autre dimension fondamentale du travail soignant, celle de la singularité de la relation de soin. Devant l'essor d'une logique professionnelle « bureaucratique » (*managerialism*)⁶⁹⁵ qui tend à normaliser l'activité et à inscrire les relations dans des formes standardisées, les personnels rappellent alors la nécessité d'œuvrer au maintien de la singularité de la relation de soins. Se reposant sur le fonds culturel de la réanimation, ils font « corps contre l'encadrement », mobilisant des savoirs expérientiels en opposition à une expertise gestionnaire « déconnectée » de leur quotidien.

1. L'expérience de la singularité

Devant la redéfinition exogène de leurs pratiques, les soignants mobilisent un ensemble de savoirs expérientiels centrés sur la singularité de la prise en charge : « les patients, c'est jamais les mêmes ». S'appuyant sur un « savoir social »⁶⁹⁶ qui résulte de leurs expériences à la fois personnelles et professionnelles, ils légitiment ainsi l'ajustement d'exigences prescriptives qui mettent en cause la nature de leurs interactions avec les malades. Ainsi s'emploient-ils à la défense de la singularité de la relation de soin entendue comme « simple interaction ou relation suivant les interactants, leur connaissance mutuelle, le contexte dans lequel se situe le soin : domicile, service hospitalier, bloc opératoire [...]. Elle est centrée sur le présent, sur l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient : traitement, confort, douleur, planning de soins, visite médicale »⁶⁹⁷.

⁶⁹⁵ Freidson E., 2001, *op. cit.*

⁶⁹⁶ Arborio A.-M., « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 22, 1996. p. 87-106.

⁶⁹⁷ Formarier M., « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en Soins Infirmiers*, 2007/2, n° 89, p. 37.

1.1. L'ajustement des règles à la singularité

À la standardisation progressive de leurs tâches, les soignants répondent par la singularité des situations qu'ils rencontrent en réanimation. Leurs pratiques relèvent en ce sens d'un « esprit de soin », défini comme « un système de valeurs que les soignants mobilisent dans la relation aux patients en l'adaptant aux situations auxquelles ils sont confrontés. Autrement dit, les professionnels disposent d'un bagage de normes et de valeurs dans lequel ils vont puiser pour orienter le travail relationnel. Ils le font à partir d'une évaluation des conduites des malades et de leurs conditions d'existence »⁶⁹⁸. Devant la montée d'exigences prescriptives, ils s'emploient alors à l'ajustement des règles, opéré en fonction de la trajectoire de la maladie⁶⁹⁹, toujours singulière, des patients dont ils sont chargés. Car le travail relationnel exercé auprès des patients et de leur famille constitue une part fondamentale du soin en réanimation, les soignants considérant pour la plupart d'entre eux que « le plus important en réa, c'est pas toujours la technique, c'est aussi le relationnel ».

Ils s'accordent à ce titre sur la nécessité de s'impliquer dans la relation avec les malades, et le plus souvent avec les familles, la connaissance du patient et de ses proches étant exprimée comme une condition du bon déroulement du processus thérapeutique. Or, dans le cadre de la normalisation des tâches convoquée dans la recherche de l'efficacité, le travail relationnel semble minimisé si ce n'est standardisé. En cause, l'application de prescriptions uniformisées au détriment de « la variabilité des situations personnelles »⁷⁰⁰ : à la désignation des patients par leur nom ou par l'utilisation d'adjectifs possessifs (« mon patient », « ma petite dame », etc.) succède ainsi l'attribution d'un numéro « d'identification patient » relatif à la mise en place des procédures d'« identito-vigilance ».

⁶⁹⁸ Marche H., 2015, *art. cit.*, p. 2.

⁶⁹⁹ Le terme de trajectoire renvoie ici à la définition d'Anselm Strauss : « le terme de *trajectoire* a [...] la vertu de faire référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient, mais également à toute *l'organisation du travail* déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués. Pour chaque maladie différente, sa trajectoire imposera des actes médicaux et infirmiers différents, différents types de compétences et autres savoir-faire, une répartition différente des tâches entre ceux qui travaillent (y compris, le cas échéant, les parents proches et le malade), et exigera des relations tout à fait différentes — qu'elles soient simplement instrumentales ou de l'ordre de l'expression — entre ceux-ci » : Strauss A., Fagerhaugh S., Sucek B., Wiener C., 1985, *Social Organization of medical work*, Chicago : University of Chicago Press, pp. 8-39. Traduit sous le titre « Maladies et Trajectoires », in : Strauss A., 1992, *op. cit.*, p. 143-189.

⁷⁰⁰ Carricaburu D., Lhuillier D., Merle V., 2008, *art. cit.*, p. 65.

Il en est de même en ce qui concerne la décision de ne pas porter de gants⁷⁰¹, lors de la mobilisation des malades, fréquente en réanimation, ou dans la réalisation des gestes d'hygiène corporelle – lors d'un shampoing, d'une hydratation ou d'un rasage, etc. – où s'imposent progressivement des règles standardisées mettant en cause la relation de soin :

« L'ajustement à la singularité de l'état sanitaire du patient est aussi au fondement du travail de "care" réalisé par les soignants : l'écoute et l'accompagnement du malade revendiqué comme relevant du rôle propre de l'infirmière⁷⁰² ou la revalorisation par les aides-soignantes de leur travail par l'investissement de leur rôle relationnel⁷⁰³ contribuent à l'attention portée à la qualité de la relation aux patients. Or, le respect des protocoles d'hygiène est souvent présenté comme synonyme d'asepsie relationnelle : le port des gants, masques et surblouses constituant autant d'écrans dans la relation et de sources potentielles d'anxiété pour le malade. Ainsi, la mise en isolement du patient illustre la conflictualité entre les deux dimensions de la qualité des soins que sont l'aspect technique, dont font partie les procédures d'hygiène, et l'aspect relationnel »⁷⁰⁴.

La multiplication des pratiques standardisées contraste avec leur souci de construire une relation de soin singulière. Ainsi la relation est-elle permise par de « petites décisions » prises au regard des recommandations, procédures et protocoles : « prendre son temps », établir un contact, parler avec les familles, les rassurer dans les moments de détresse, etc. Autant de gestes et de propos qui sont irréductibles de leur mission de soin. Loin de les soustraire à la structure d'action des soignants, la standardisation des pratiques tend même à les renforcer. Face à la menace potentielle que cette dernière représente pour la préservation de la singularité de la relation de soin, les soignants mettent donc en œuvre toute sorte d' « écarts à la norme », au point d'inscrire la transgression dans leur propre répertoire normatif. La relation de soin qu'ils entretiennent avec les patients et leur famille se construit alors en dépit de certaines règles qu'ils estiment contradictoires avec leur approche du travail « bien fait ». Comme l'écrivent Danièle Carricaburu, Dominique Lhuilier et Véronique Merle au sujet des pratiques soignantes face au risque infectieux :

« La conflictualité potentielle entre technique et relationnel, que mettent au jour les recommandations d'hygiène, s'exprime en particulier à travers la perturbation du "care",

⁷⁰¹ Amiel C., « "On sait qu'il n'y a pas de "vrais" risques". Discours et pratiques de soignants autour des infections Nosocomiales », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 3, 2005, p. 37-58.

⁷⁰² Véga A., 2000, *op. cit.*

⁷⁰³ Arborio A.-M., 2001, *op. cit.*

⁷⁰⁴ Carricaburu D., Lhuilier D., Merle V., 2008, *art. cit.*, p. 65.

plusieurs soignants estimant que “ça gêne la relation”, que ces mesures sont autant “d’écrans” entre eux et les patients. Il est question encore de conflictualité interne aux prescriptions en matière d’hygiène qui à la fois protègent et exposent [...]. Le recensement des contraintes et contradictions perçues entre différentes exigences de la tâche montre que l’activité face aux risques d’infection dépend, certes, de leurs perceptions, mais que celle-ci n’est qu’une des conditions de l’activité. “Le refus de prendre en compte les conseils en matière d’hygiène ne sont pas attribués à un manque, à une faiblesse de compréhension. C’est une préférence”⁷⁰⁵. “Préférence” ou arbitrage entre les différentes dimensions de la qualité des soins et de la sécurité des personnels »⁷⁰⁶.

Dans la mesure où ils sont tenus de répondre à des exigences prescriptives définies en dehors de leur groupe tout en s’appliquant à la préservation de la relation de soin, les soignants opèrent donc des arbitrages entre des normes organisationnelles et leurs normes professionnelles. Ils justifient ces arbitrages au regard d’une « expertise de la singularité », caractérisée par la connaissance de « leurs » patients et de leur histoire personnelle, qu’ils ne peuvent connaître, justement, qu’aux dépens de certaines exigences prescriptives.

1.2. L’expertise soignante de la singularité

Parce qu’ils travaillent auprès de patients impliquant le recours à des moyens de suppléance et dont la durée d’hospitalisation peut varier d’un jour à plusieurs mois⁷⁰⁷, les soignants de réanimation sont amenés à construire des relations de soins « privilégiées » avec ces derniers et leur famille. Bien qu’ils travaillent sur des « matériaux humains »⁷⁰⁸ le plus souvent inanimés, ils présentent cependant une certaine connaissance de « leurs » patients. Celle-ci repose sur une « évaluation sociale »⁷⁰⁹ des malades réalisée à l’aune de leur présentation (caractéristiques physiques, poids, entretien de la peau, coupe de cheveux, etc.) et de celle de leur cercle de relation (amis, parents, etc.) que les soignants interprètent en fonction de leur propre situation :

⁷⁰⁵ Douglas M., Calvez M., « The self as risk-taker. A cultural theory of contagion in relation to AIDS », in : Douglas M. (*Dir.*), 1996, *Risk and Blame. Essays in cultural theory*, London & Nex York, Routledge, p. 102.

⁷⁰⁶ Carricaburu D., Lhuillier D., Merle V., 2008, *art. cit.*, p. 65.

⁷⁰⁷ ANAP, 2011, « Réanimation : rapport de benchmark pilote », Agence Nationale d’Appui à la Performance.

⁷⁰⁸ Goffman E., 1968 (1961), *op. cit.*

⁷⁰⁹ Arborio A.-M., 1996, *art. cit.*, p. 91-97.

« Après, je ne juge pas. Mais quand tu les vois [les patients], et tu vois qu'ils ont les ongles propres, qu'ils ont les cheveux bien coupés, qu'ils ont une belle peau et tout ça... Tu sais qu'ils ne viennent pas de n'importe où (...). Souvent, tu vois des choses qu'ils peuvent cacher, mais là, comme ils sont tout nus, tu vois qu'ils sont parfois un peu crasseux alors que tu t'y attends pas. Tu te dis "ah, oui, lui en fait, il a de la crasse dans les oreilles". On en rigole parfois, mais c'est vrai que ça nous donne une petite idée aussi sur leur hygiène en général » (Ludivine, 33 ans, aide-soignante).

Les soignants émettent ainsi toute sorte d'hypothèses, parfois contradictoires, quant à la « personnalité », à la position ou à la trajectoire sociale des malades. Outre son caractère récréatif, cette « catégorisation sociale spontanée [...] produite dans l'expérience, en relation avec la perception du monde social qu'a le producteur de ces catégories »⁷¹⁰ a également une visée organisationnelle. En évaluant les patients en référence à leur propre champ d'expérience, ils définissent des besoins présumés qui guident la conduite du travail. Aussi l'expertise soignante de la singularité est-elle une ressource pour l'organisation du travail, à la fois dans la réalisation des soins et dans la prise en charge des familles :

« Bah là, tu vois, récemment on a fait une formation pour la réactualisation des soins. En fait, on voit que ça nous manque de ne pas avoir plus de formations sur la relation aux patients. Mais après, pour le relationnel, il n'y a pas vraiment d'écrit... ça se fait plus au feeling. Ça se fait en fonction de la personne, et puis de toi aussi. Notre rôle à nous, en tant qu'aide-soignante, c'est aussi ça. C'est d'être proche des patients et de savoir s'adapter si tu sens qu'ils sont pas confortables ou s'ils sont douloureux. Et quand ils sont extubés, ils partagent des choses, et nous, on est là aussi pour parler avec eux et voilà » (Leïla, 27 ans, aide-soignante).

Face à l'absence relative de formations et de savoirs formalisés spécifiques à la relation de soin, les soignants opèrent « *au feeling* » — *feeling* qui relève évidemment d'une catégorisation formulée sur leur expérience —, adaptant leurs pratiques à la singularité des patients. La singularité de la relation de soin ne peut donc se réduire à un ensemble de règles standardisées en ce qu'elle dépend de la trajectoire sociale des soignants à qui elles sont destinées. L'inévitable circulation des prescriptions qui en découle vient se heurter à l'ambition managériale qui les convoque pourtant dans un même but de régulation et d'amélioration des pratiques.

⁷¹⁰ *Ibid.*, p. 94.

2. « Faire corps contre l'encadrement » : l'expression des singularités

L'irréductibilité de la relation de soin à la normalisation progressive des pratiques soignantes ne se limite pas, en réanimation, à la seule recherche de l'efficacité organisationnelle. Elle s'enracine dans une culture professionnelle marquée par la singularité de la relation soignante aux malades « techniqués ». Aussi le rapport des personnels paramédicaux à « leurs malades » relève-t-il d'une construction collective consacrée par un changement identitaire⁷¹¹. L'« expression des singularités » qui en résulte constitue à la fois une ressource face à la rationalisation de l'activité, mais aussi un moyen, pour les soignants, de se prémunir des concurrents potentiels à la redéfinition des soins.

2.1. La singularité au cœur des représentations soignantes

Formés à partir d'expériences parfois éprouvantes, les soignants de réanimation mettent en acte des représentations « accompli[e]s sur le seuil »⁷¹². La première et peut-être la plus significative de ces expériences est celle du contact avec des malades « techniqués », « intubés », « ventilés », « sédatisés », etc. L'expérience soignante de la réanimation se concentre ainsi, en premier lieu, sur la prise en charge des malades vulnérables dont le pronostic vital est mis en jeu à très court terme. La plupart des soignants éprouvent un sentiment de dépaysement à l'égard des malades dont ils sont chargés :

« Au début, quand tu arrives, tu comprends pas vraiment ce qu'il se passe. T'as tout à réapprendre. Moi, ce qui m'a le plus marqué, c'était les patients. Enfin, t'es pas habitué et puis bon... Après, tu t'y fais. Tu as des soignants qui se blindent, mais ça te touche quand même toujours un peu. Surtout quand les patients sont sédatisés et que tu dois faire tes soins sans te poser trop de questions » (Alexandre, 27 ans, infirmier).

Le sentiment de « devoir tout réapprendre » ne se limite ni à la formation ni à l'application des soins. Car s'ils sont amenés à réaliser de nouvelles tâches spécifiques aux soins de réanimation⁷¹³ impliquant un approfondissement de leur formation initiale, les soignants sont surtout amenés à repenser leur conception du malade et de la maladie au

⁷¹¹ Dubar C., 2010 (1991), *op. cit.*

⁷¹² Van Gennep A. 1981 (1909), *op. cit.*, p. 30.

⁷¹³ À l'image des extubations, des aspirations naso-gastriques, de l'administration et à la surveillance des thérapeutiques de curarisation ou de la manipulation des patients sédatisés par exemple.

prisme de la technique et de l'incertitude. Aussi les patients sont-ils considérés à la fois comme l'objet des soins, notamment lors des gestes les plus invasifs, mais aussi comme les sujets des soins, en particulier dans la réalisation des soins d'hygiène et de confort. Les représentations soignantes du travail oscillent alors entre l'application ferme des soins techniques (« se blinder ») et la mise en œuvre de techniques d'accompagnement rappelant la nature subjective de l'individu (« être touché »)⁷¹⁴. À travers l'ambivalence de la figure du malade de réanimation se dessinent alors les contours de ce qui, finalement, cristallise une large part des pratiques : la relation toujours singulière à l'objet du travail :

« Non, mais c'est pas des malades ordinaires. Tu t'en rends compte avec le temps. Au début, tu es focalisé sur la technique à fond. T'es pas tranquille parce que tu appréhendes "l'urgence-urgence", tu as peur de mal faire les choses. Après, tu te rends compte qu'il n'y a pas que la technique. Tu t'occupes de malades qui ont leur histoire personnelle. Tu sais que ça va peut-être s'arrêter là pour eux. Peut-être qu'on est plus attentif à ça aussi... » (Aurélië, 40 ans, infirmière).

La conception soignante de la réanimation se réalise donc à travers l'expérience individuelle du rapport aux malades, à la maladie et à ses incertitudes. Elle est même collective puisqu'elle constitue le quotidien des personnels. Plus encore, elle est exprimée par les soignants comme un trait caractéristique de leur travail, en opposition avec les « services traditionnels » :

« Toute la technique, ça supervise beaucoup de choses. Du coup, on oublie que derrière, une fois que tout ça n'est plus en place, ça devient un patient classique. Enfin, ça redevient un patient classique » (Mélanie, 28 ans, infirmière).

En somme, le contexte d'urgence, de technicité et d'incertitude dans lequel se déploient les représentations soignantes préfigure des pratiques collectives marquées par la singularité de patients de « réa » qui, lorsqu'ils sont « dé-techniqués », « redeviennent des patients classiques ». Aussi ce type particulier de singularité, qui résulte de la prise en charge technique des malades, est-il un puissant vecteur d'identification pour les soignants qui ont alors tout intérêt à le préserver, parfois au détriment des exigences prescriptives :

⁷¹⁴ Cette perspective est abordée plus en détail dans le chapitre 6.

« Le maintien et le développement [du] collectif sont le fruit d'un réel travail de la part de l'ensemble des membres de l'équipe et de l'encadrement de proximité. L'existence de ce collectif est précisément ce qui permet de maintenir l'engagement dans le travail des personnels, ce qui permet de transmettre aux nouveaux et aux plus jeunes les savoirs pratiques, les savoirs tacites qui ne peuvent être acquis par les années de formation ni par les procédures et les protocoles en usage »⁷¹⁵.

2.2. Les auditoires de la singularité

En ce qu'elle s'inscrit au cœur des représentations et des pratiques, la singularité de la relation de soins constitue un enjeu central de la circulation des prescriptions en réanimation. Elle occupe en effet une place particulière dans le processus de normalisation à l'œuvre dans les services : remise en cause par la prolifération des recommandations et la comptabilité des actes, elle est défendue par les soignants qui s'emploient à faire valoir leurs savoirs expérientiels. Elle se situe donc au centre des tensions observables entre les agents de la modernisation et des soignants faisant « corps contre l'encadrement ».

Ces tensions s'expriment, en premier lieu, par la nostalgie des soignants à l'égard des « surveillantes » formées « sur le tas ». Aussi ces derniers émettent-ils de vives critiques à l'encontre des membres de l'encadrement « à peine sortis de l'école » et « déconnectés » de la réalité du terrain :

« Aujourd'hui, le truc, c'est que ça s'appelle "cadres de proximité". Mais il n'y a plus que le nom de "proximité". Moi, il y a plusieurs années, on avait un cadre dans le service où j'étais, quand on avait des soucis dans le service, et bah il était avec nous. Il était vraiment de proximité. Quand c'était la galère dans le service, il mettait ses "cros"⁷¹⁶ et il venait nous aider. En fait, c'est simple, déjà, il était habillé comme nous. Moi, ça me choque ça, qu'ils soient à moitié en civil. Surtout dans un service comme la réa. Mais maintenant, ils ont des missions "transversales", ils ont des missions "polaires"⁷¹⁷ et tout ça. Ils sont même plus dans les services [...]. Tu vois, moi j'ai fait de l'encadrement, c'était pas à l'hôpital, mais dans tes cours on te dit que le premier moteur de l'équipe c'est l'encadrant. On t'apprend à avoir l'art et la manière de dire les choses. Mais les anciennes elles l'apprenaient sur le tas. Aujourd'hui, tu les vois plus, elles sont dans les bureaux et quand il faut parler, bon courage ! » (Yanick, 43 ans, infirmier).

⁷¹⁵ Acker F., « Infirmières : des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ? », *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, 2008/2, p.

⁷¹⁶ Chaussures de travail portées par les personnels soignants.

⁷¹⁷ En référence à la création des pôles de santé.

Ces propos tenus à l'encontre des équipes d'encadrement, et plus particulièrement des « cadres de proximité », mettent au jour l'écart de représentation de l'activité. Les tensions observables entre ces auditoires révèlent alors comment la managérialisation des soins s'opère au détriment d'une tradition hospitalière sur laquelle repose l'approche soignante. Ainsi, lorsqu'ils évoquent l'essor du travail managérial, les soignants rappellent les postures de « surveillantes » qui relevaient, selon eux, d'une « vraie » mission d'encadrement :

« Les surveillantes avant, elles savaient nous reconnaître. Mais c'est aussi parce qu'avant, elles avaient beaucoup d'expérience. Elles savaient ce qu'on faisait vraiment. Les cadres maintenant, elles n'ont plus l'expérience. Elles s'occupent des plannings et tout ça. Avec les anciennes, on pouvait s'arranger pour les plannings. On venait bosser et elles s'arrangeaient pour nous retrouver des jours. Tant qu'on était réglo, on était tous logés à la même enseigne... La cadre qu'on avait il y a dix ans, elle connaissait tous les agents. Elle savait le nom de ton mari ou de ta femme, et elle savait ce qu'ils faisaient. Le problème des nouvelles cadres maintenant, c'est qu'elles n'ont plus la liberté que les surveillantes avaient avant. Elles ont des ordres et on peut plus vraiment discuter » (Olivier, 47 ans, brancardier).

À travers les reproches exprimés à l'encontre des cadres de santé, les soignants manifestent également la remise en cause de la proximité avec ces derniers, « déconnectés » du quotidien des services. C'est donc aussi de la singularité de l'encadrement dont il s'agit ici. Le manque apparent de participation des cadres de santé, qu'impose pourtant une médecine de combat, traduit d'autant plus la rupture entre une « ligne d'autorité administrative » de nature « bureaucratique »⁷¹⁸ et une ligne d'autorité médicale « de nature charismatique et l'une des caractéristiques du charisme est de braver les règles administratives »⁷¹⁹ :

« La direction nous oblige à faire du travail à la chaîne. On passe moins de temps avec les patients parce qu'il y a plein de choses à faire autour des patients. Et ça, la direction ne nous donne pas forcément les moyens en personnels pour bien prendre en charge nos patients. Mais il y a des moments où il n'y a pas que le patient à prendre en charge, surtout en réa. Tu as aussi la famille et il faut être à leur écoute, il faut les soutenir, il y a plein de choses comme ça à faire, mais ils ne peuvent pas se rendre compte. Ils ne sont pas sur le terrain » (Cyril, 34 ans, infirmier).

⁷¹⁸ Carricaburu D., Ménoret M., 2011 (2004), *op. cit.*, p. 28.

⁷¹⁹ *Ibid.*

Une forme de catégorisation des auditoires se dégage de leurs discours : aux personnels les plus éloignés « du terrain » est associée la figure du profane ; aux personnels les plus proches, celle du « professionnel ». Cette catégorisation n'est pas seulement informative. Elle sert de repère pour appréhender la circulation des prescriptions. Parce qu'ils rappellent aux soignants l'image des « surveillantes », certains cadres de santé sont l'objet d'une reconnaissance par les équipes. Leurs initiatives paraissent alors plus légitimes aux yeux des soignants, comme en témoignent leurs discours à l'égard de Gildas, cadre de santé nouvellement affecté dans le service de réanimation chirurgicale de l' « hôpital pont-sud » :

« Pour moi, honnêtement c'est un des meilleurs cadres que j'ai rencontré. Il est hyper professionnel. Il sait ce qu'on fait parce qu'il a travaillé en réa avant d'être cadre. Avec lui, tu sais que tu peux négocier ou quoi, parce qu'il connaît vraiment ce qu'on fait [...]. Avant, on avait une cadre qui venait de la chirurgie vasculaire. Bon, elle faisait du management de tout et de n'importe quoi. Elle voulait faire des concours entre nous, mais la réa c'était pas trop pour elle. Elle avait vraiment pas les épaules, parce que de toute façon, dans un service de réanimation de cinquante infirmiers et de trente aides-soignants c'est pas possible. C'était la mettre en échec... Elle est pas venue au bon moment pour elle. Mais au début, quand [Gildas] est arrivé et que la cadre nous l'a présenté, c'était pas simple. Il nous avait dit qu'il allait remettre de l'ordre et tout ça. Mais en fait, à son niveau, même s'il a pu changer certaines choses, il n'a pas pu changer grand-chose. Mais après, au niveau des soignants, enfin pour moi, je trouve qu'il nous porte vers le haut, il nous fait avancer » (Alexandre, 27 ans, infirmier).

À l'inverse, les initiatives prises en dehors du champ d'action des soignants sont l'objet de critiques, d'ajustements et, parfois, d'oppositions explicites. En témoigne, par exemple, la méfiance des soignants du service de réanimation médicale aux changements entrepris par la direction à leur insu :

Mardi 17 février [...]. L'équipe soignante de l'unité B se rejoint en salle de pause pour une « réunion informelle » au sujet des trames hebdomadaires de travail⁷²⁰ :

— Marlène (infirmière) : « Il y a encore des rumeurs qui circulent. On va avoir une réunion sur les trames apparemment ».

⁷²⁰ Projet initié par la direction de l'établissement, les trames hebdomadaires ont pour vocation de réduire les temps de travail « perdus », c'est-à-dire, les remplacements non récupérables. Au moment de l'enquête, le service de réanimation médicale de l'hôpital « pont-sud » est désigné, avec trois autres services, pour expérimenter ce dispositif. Les soignants ont été concertés épisodiquement (par questionnaire) sans pour autant avoir accès aux détails de l'initiative.

— Lucile (aide-soignante) : « Mais c'est sur quoi ? Encore une réunion ? Attends, ils ont fait les plans sans nous ? Ça sert à quoi si on ne nous demande pas notre avis ? »

— Marlène : « Bah, rien n'est encore décidé. Mais ça va venir quand même. Mais en fait, apparemment, on va changer de trame. [L'encadrement], ils veulent changer les trames et peut-être faire un mix entre les trames des différentes réas ».

— Ludivine (infirmière) : « Nous, on en a entendu parler ! Il pourrait y avoir une "semaine vide" qui serait imposée. Ça serait poser une semaine de vacances tous les mois. Et si t'en veux pas, ou si tu te positionnes pour boucher les trous, t'es susceptible de changer de réa. Pareil s'il y a un arrêt ».

— Une aide-soignante : « Mais ça va être fait tout ça ? »

— Ludivine : « Bah apparemment [la cadre de santé] a déjà commencé à rédiger. Élise me disait qu'elle était en train de négocier tout ça parce que ça n'a pas de sens ! Et la direction a embauché un consultant pour les trames et tout ça. Mais c'est pas adapté à l'hôpital. Enfin, c'est pas encore fait ».

— Lucile : « Bah, de toute façon on ne peut rien y faire, donc voilà... ».

— Ludivine : « Les syndicats ont déjà une pétition pour tout refuser en bloc. On a une autre réunion aussi pour les vacances. Mais [la cadre] a pas encore fait la trame. Comment tu veux qu'on fasse, c'est n'importe quoi. De toute façon, la direction est en train de resserrer les boulons là... »

— Marlène : « Et en plus, ils bloquent sur les heures sup. Attends, si la charge de travail elle ne compte plus, il n'y aura jamais personne s'ils commencent à faire ça. Déjà, le temps de transmission, vingt minutes c'est quoi ? T'arrives et tu connais pas les malades, c'est déjà plus que ça. Si c'est un patient lourd et que tu le connais pas, c'est déjà vingt au moins minutes ».

— Ludivine : « Bah de toute façon, ça va être soit les syndicats, soit on va s'arranger, mais on ne va pas laisser passer ça, c'est pas possible... »⁷²¹

L'opposition marquée vis-à-vis des membres de la direction et des équipes d'encadrement s'éclaire un peu plus au regard de l'exclusion dont les soignants sont l'objet. En exprimant de vives critiques envers les acteurs de la rationalisation — équipes de direction, agences sanitaires, consultants, cadres de santé, etc. —, les soignants manifestent ainsi leur opposition à l'introduction d'une logique bureaucratique dans les services.

⁷²¹ Extrait du journal de terrain.

Loin de s'inscrire dans une culture de la « résistance au changement », comme le souligne le discours institutionnel, l'opposition des soignants à la mise en œuvre des plans de modernisation de l'hôpital public s'exprime plus particulièrement au regard de la disqualification dont ils sont l'objet, s'employant à la préservation de normes professionnelles passées sous silence.

Conclusion du chapitre 4.

Convoquée par les autorités publiques au nom de l'efficience et de la qualité, la rationalisation des soins se traduit par une montée d'exigences contradictoires. La mise en œuvre de processus de normalisation empruntés au secteur privé relève plus précisément de contradictions « de productivité et de conformité aux règles »⁷²². Tenus de répondre à la multiplication des prescriptions qui redéfinissent les contours de leur activité, les soignants adoptent alors des stratégies d'ajustement. Ces dernières ne se limitent pas à la seule manifestation d'oppositions ou de résistances au changement. Au contraire, elles visent la plupart du temps à réguler les tensions inhérentes à l'articulation de normes professionnelles portées par le groupe — un professionnalisme « *from within* »⁷²³ —, et des attentes organisationnelles définies par les autorités publiques — un professionnalisme « *from above* »⁷²⁴. Ces ajustements reposent sur une catégorisation des prescriptions, opérée au regard des représentations qu'ils ont du travail de soin en réanimation. Ainsi, les soignants témoignent d'une attitude d'assentiment à l'égard des prescriptions thérapeutiques, souvent associées à l'immédiateté de la prise en charge des malades et dont ils peuvent tirer parti en valorisant leur participation aux actes médicaux. À l'inverse, ils adoptent une attitude de dissentiment envers les prescriptions organisationnelles qui participent de l'intensification du travail et de la redéfinition de la qualité des soins à l'aune de la mesure comptable et de la traçabilité. Quant aux prescriptions managériales convoquées dans le cadre de l'amélioration des pratiques, elles sont perçues comme l'avatar d'une injonction d'autorégulation, faisant l'objet d'une simulation de la part des soignants qui, en jouant un rôle de composition, déjouent l'encadrement et se préservent du contrôle managérial. La circulation des règles en réanimation révèle enfin que la réalisation des soins ne se réduit ni à l'application des seuls préceptes organisationnels ni à un ensemble d'actions purement stratégiques⁷²⁵. Elle dépend aussi d'un fonds culturel plus ancien, cristallisé autour de la singularité de situations toujours incertaines vis-à-vis desquelles les soignants s'adaptent en dépit des exigences prescriptives, faisant des « écarts à la norme » un gage de leur professionnalisme.

⁷²² Carricaburu D., Lhuilier D., Merle V., *art. cit.*, p. 65.

⁷²³ Evetts J., 2003, *art. cit.*

⁷²⁴ *Ibid.*

⁷²⁵ Crozier, M., Friedberg, E., 1977, *op. cit.*

Conclusion de la partie II

Les dynamiques de normalisation et d'ajustements normatifs qui résultent de la « nouvelle gouvernance hospitalière » sont contradictoires et pourtant complémentaires. Elles mettent en lumière quelques-unes des caractéristiques de la fabrique des soins et de son organisation en réanimation. Dans un premier temps, elles révèlent que les finalités des agents de la modernisation et celles des soignants ne sont pas si éloignées qu'on pourrait le penser *a priori*. Il s'agit en effet pour ces deux catégories d'acteurs de s'employer à l'amélioration de la qualité des soins. Loin de s'opposer à une évolution de leur cadre de travail, les soignants de réanimation mobilisent même certaines exigences prescriptives à cet effet. C'est le cas, notamment, en ce qui concerne les règles d'hygiène et d'asepsie qu'ils appliquent rigoureusement, lorsque celles-ci ont trait aux soins techniques permettant la préservation immédiate de l'état de santé. Le respect des recommandations représente alors un moyen de valoriser l'activité en même temps qu'il répond au programme institutionnel de l'hôpital traditionnel. Ce constat se précise au regard des exigences prescriptives de nature bureaucratique. Renvoyant aux principes de l'hôpital-organisation⁷²⁶, ces recommandations sont l'objet de bricolages normatifs qui visent à prioriser les tâches, dans un contexte marqué par l'urgence et l'incertitude. Plus encore, il s'agit pour les soignants de faire valoir leur opposition à l'introduction d'une pensée gestionnaire qui se déploie aux dépens des malades. Aussi s'agit-il pour les soignants de se maintenir dans la définition de leur objet de travail, pensé au prisme de la singularité.

Cette perspective permet de dégager un deuxième constat : la normalisation des soins et les écarts à la norme ne sauraient se réduire à une dimension purement organisationnelle. Les stratégies collectives, managériales et soignantes, interrogent plus que des pratiques. Elles mettent en jeu la définition elle-même de l'objet du travail. À travers le déploiement des dispositifs de gestion (RBP, EPP, certification hospitalière...) et les réponses des soignants à ces dispositifs (ajustement, « bricolages normatifs », simulation...) se jouent alors des conduites et des représentations situées au-delà des recommandations, touchant à l'incertitude et au travail « sur l'homme »⁷²⁷, en somme, à la fabrique des soins de réanimation.

⁷²⁶ Herreros G., 2007, *art. Cit.*

⁷²⁷ Goffman E., 1968, *op. cit.*, p. 121-130.

PARTIE III

LE QUOTIDIEN EN RÉANIMATION

La « nouvelle gouvernance hospitalière » cristallise un ensemble de tensions au sein de la structure d'action des soignants de réanimation. Elle agit concrètement sur les pratiques et les représentations des soins dont ils sont légataires en ce qu'elle les somme de s'adapter à des normes professionnelles définies depuis l'extérieur du segment qu'ils composent. Pourtant, la reconfiguration du travail soignant en réanimation ne va pas de soi. Elle se heurte aux résistances et aux ajustements adoptés par les soignants en vue de se maintenir dans la définition du travail. Mais c'était sans compter l'environnement particulier de la réanimation, en tant qu'espace réservé, mais aussi en tant qu'espace d'urgence, d'incertitude et de vulnérabilité. Car la fabrique des soins ne se limite pas aux seuls versants organisationnels ni professionnels. Elle est également tributaire des aléas suscités par la mise en œuvre de méthodes de suppléances convoquées dans le maintien en vie des patients dont le pronostic vital est mis en jeu. Aussi dépend-elle d'incertitudes qui, par définition, ne semblent jamais pouvoir être ni mesurées ni anticipées dans leur ensemble. Pour autant, elle répond à des stratégies soignantes, le plus souvent informelles, visant à les maîtriser partiellement ou du moins, à leur donner une signification (chapitre 5).

Ce faisant, les soins de réanimation répondent à un ensemble de conduites et de représentations qui touchent à certains des aspects les plus fondamentaux de la condition humaine. Le travail sur « matériau humain »⁷²⁸ est alors l'enjeu des mécanismes de professionnalisation portés, non seulement par les agents de la modernisation, mais aussi par les soignants, habilités à prendre sur eux la manipulation de corps « techniques ». Outre les luttes juridictionnelles⁷²⁹ à l'œuvre dans la définition du « matériau humain », la prise en charge des malades s'éclaire davantage au regard des règles sociales admises à l'endroit de la personne humaine. La fabrique des soins de réanimation repose donc moins sur les jeux internes de régulation professionnelle que sur le portage des règles de conduite sociale dans les services. En cela, la manipulation des corps « techniques » invite à reconsidérer le travail soignant au prisme d'une anthropologie de la santé, du corps et de sa définition dans l'espace d'incertitude que représente la réanimation (chapitre 6).

⁷²⁸ Goffman E., 1968, *op. cit.*, p. 121.

⁷²⁹ Abbott A., 1988, *op. cit.*

Chapitre 5

Au-delà des normes : l'incertitude au cœur de l'organisation

Parce qu'ils sont destinés à l'accueil de patients qui présentent des défaillances multiviscérales aiguës mettant en jeu leur pronostic vital, les services de réanimation constituent des espaces d'urgence et d'incertitude. La discipline représente à ce titre une « interrogation sur le hasard, la nécessité psychique et les mécanismes de la défense immunitaire »⁷³⁰ comme en témoignent, par exemple, la nécessité d'une attention constante ou les difficultés exprimées dans la formulation des diagnostics et des pronostics. Loin de se réduire à « un ensemble de rouages compliqués, mais parfaitement agencés »⁷³¹, la réanimation est donc porteuse d'incertitudes dont le poids se fait sentir jusque dans la réalisation des soins. Au-delà des recommandations, procédures et protocoles, se profile un ensemble de pratiques et de savoirs informels — un genre professionnel⁷³² — destiné à maîtriser, ou du moins à réduire les aléas de l'incertitude sur le travail médical et paramédical. Ce dernier se cristallise autour de deux types d'incertitudes : une « incertitude médicale »⁷³³, produit de l'évolution des connaissances et des technologies biomédicales qui suscitent de nouvelles interrogations sur la prise en charge des malades (*section 1*) ; et une « incertitude relationnelle », caractérisée par un ensemble de techniques, un « travail émotionnel »⁷³⁴, destinées à contrôler les interactions avec les familles, mais aussi, l'émotivité des soignants face à des situations souvent difficiles. Loin de n'être motivé que par les « relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage, et du calcul »⁷³⁵, le travail s'organise autour d'une norme d'incertitude à laquelle les personnels tentent de répondre, tant bien que mal, en vue de garder un certain contrôle sur le déroulement des soins (*section 2*).

⁷³⁰ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 204.

⁷³¹ Crozier M., Freidberg E., 1977, *op. cit.*, p. 35.

⁷³² Clot, Y., Faïta, D., « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes », *Travailler*, 2000, n° 4, p. 7-42.

⁷³³ Fox R., 1988, *op. cit.*

⁷³⁴ Hochschild A., 1983, *The Managed Heart*, Berkeley, University of California Press.

⁷³⁵ Crozier M., Freidberg E., 1977, *op. cit.* p. 35.

Section 1. Le soin à l'aune de l'incertitude

Observable dans la formulation du diagnostic, à l'annonce du pronostic ou dans la mise en œuvre des traitements, la part irréductible d'incertitude liée à l'activité médicale accompagne le patient tout au long de la trajectoire de sa maladie⁷³⁶. Dans la lignée des travaux américains⁷³⁷, on peut distinguer deux formes d'incertitudes : la première a trait aux limites des savoirs et des connaissances médicales mobilisées dans le diagnostic et le traitement de la maladie⁷³⁸ ; la seconde relève d'une « incertitude pronostique »⁷³⁹, liée aux difficultés de prévoir et d'anticiper avec certitude l'issue de l'hospitalisation. Comme on va le voir à partir d'une hospitalisation suivie durant plusieurs semaines, ces deux types d'incertitude constituent l'« autre » versant de l'organisation des soins, où le travail oscille entre un ensemble de principes normatifs qui définissent l'activité *a priori* et les réponses apportées par les soignants aux situations d'urgence et d'imprévisibilité.

1. L'incertitude systémique de la réanimation

En 1957, Renée Fox présentait l'incertitude comme une dimension fondamentale de la médecine⁷⁴⁰. Elle précisait alors qu'au cœur des préoccupations contemporaines liées à la santé et à la maladie se situaient « les progrès et les limites spécifiques à la connaissance, la thérapie et la technologie biomédicales qui sont censés avoir un pouvoir extraordinaire et des implications essentielles pour la vie humaine, la normalité, la santé, la mortalité et la mort »⁷⁴¹. Façonnant l'organisation des soins en réanimation, ces préoccupations sont autant d'incertitudes nées du paradoxe de l'évolution des technologies biomédicales qui, à mesure qu'elles progressent, laissent entrevoir de nouvelles interrogations sur le vivant, la mort et la prise en charge des malades de réanimation.

⁷³⁶ Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., 1985, *art.cit.*

⁷³⁷ Parmi les travaux menés sur l'incertitude dans le champ de la sociologie de la médecine et de la santé, voir notamment : Fox R., 1988, *op. cit.* ; Davis F., 1960, « Uncertainty in Medical Prognosis Clinical and Functional », *The American Journal of Sociology*, 66, 1, 41-47 ; Christakis N. A., 1999, *Death Foretold : Prophecy and Prognosis in Medical Care*, Chicago and London, The University of Chicago Press

⁷³⁸ Fox R., 1988, *op. cit.*

⁷³⁹ Christakis N. A., 1999, *op. cit.*

⁷⁴⁰ Fox R., 1957, « Training for Uncertainty », in : Merton R. K., Reader G. G., Kendall P. L. (eds), *The Student Physician*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 207-241.

⁷⁴¹ Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 55.

1.1. « On ne sait jamais comment ça va évoluer... »

S'il est une certitude que les personnels médicaux et paramédicaux partagent en réanimation, c'est qu'il est impossible d'anticiper pleinement la trajectoire de la maladie dans les services : « en réa, on ne sait jamais comment ça va évoluer ». Chacune des décisions prises dans le cadre de la prise en charge des malades relève, *in fine*, d'une incertitude médicale exacerbée par les progrès médicaux des dernières décennies. La réanimation est donc particulièrement marquée par le paradoxe de la modernité médicale⁷⁴², ce dernier relevant d'une incertitude « systémique », dont le poids se fait sentir aussi bien sur le plan médical qu'au niveau de l'organisation des soins.

1.1.1. *Incertitude cognitive et paradoxe de la modernité médicale*

Bien qu'elle profite d'un lourd plateau technique⁷⁴³ et d'équipes médicales spécialisées constituées de médecins anesthésistes-réanimateurs, la réanimation est cependant largement tributaire d'une part d'incertitude. Cette dernière s'observe à tous les niveaux de la trajectoire de la maladie, depuis l'admission du malade en réanimation jusqu'à l'issue de son hospitalisation. En témoignent, par exemple, la durée moyenne de séjour (DMS) qui oscille entre 3 et 17 jours⁷⁴⁴ ou le taux élevé de décès qui survient en moyenne après huit jours d'hospitalisation⁷⁴⁵ et avoisine 25 %, soit presque 50 % de l'ensemble des décès à l'hôpital⁷⁴⁶. Et lorsqu'ils évoquent les difficultés rencontrées dans l'application des « recommandations de bonnes pratiques », des référentiels et des protocoles, les membres de la spécialité mettent alors en avant l'impossibilité d'anticiper la trajectoire de la maladie :

⁷⁴² Parsons T., 1951, *The Social System*, Glencoe (Illinois), Free Press.

⁷⁴³ L'article R6123-38 du Code de la santé publique précise que « l'autorisation prévue par l'article L. 6122-1 nécessaire à un établissement de santé pour exercer l'activité de soins de réanimation mentionnée au 15° de l'article R. 6122-25 ne peut lui être accordée que : 1° S'il dispose en hospitalisation complète d'installations de médecine et de chirurgie ou d'installations de chirurgie. Toutefois, à titre dérogatoire, l'autorisation d'exercer l'activité de soins de réanimation peut être délivrée à un établissement de santé ne disposant que d'installations de médecine en hospitalisation complète s'il a conclu avec un ou plusieurs établissements de santé disposant d'installations de chirurgie une convention organisant le transfert des patients dans ces établissements ; 2° S'il comporte au moins une unité de surveillance continue ; 3° S'il est en mesure soit d'accueillir lui-même les patients dans une unité de soins intensifs, soit de les faire transférer dans un établissement disposant d'une telle unité avec lequel il a passé une convention ».

⁷⁴⁴ ANAP, 2011, *Benchmark Réanimation*, Paris, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, p. 5.

⁷⁴⁵ Lalande F., Veber O., *La mort à l'hôpital*, T.1, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, novembre 2009.

⁷⁴⁶ Kentish-Barnes N., « "Mourir à l'heure du médecin". Décisions de fin de vie en réanimation », *Revue française de sociologie*, 2007/3 Vol. 48, p. 449-475.

« Nous, on sait jamais comment ça va évoluer. Tu fais pas tes soins de la même façon si c'est quelqu'un qui est curarisé ou trachéotomisé. Et quand les familles nous demandent quand est-ce qu'il va se réveiller, bah on sait pas, ça peut être demain comme ça peut être jamais. Donc non, on ne sait pas. En plus, ça dépend des patients parce que tu peux avoir les deux mêmes pathologies sur deux patients et puis finalement ça peut se passer complètement différemment selon la personne » (Léa, 29 ans, infirmière).

« Il y a des décès en réanimations, mais il y a quelques bagarres aussi [...]. Tu ne sais pas comment ça va finir, mais tu te bagarres toute la nuit. Tu as fait je ne sais pas combien d'exams, tu as mis en place des monitorages, et tout ça, c'est toujours des situations à risque » (Jean-Marc, 51 ans, médecin anesthésiste-réanimateur).

L'appréhension des personnels médicaux et des soignants face à l'évolution conditionnelle d'une même pathologie relève d'une incertitude cognitive dont dépend l'issue de l'hospitalisation. La lutte contre la maladie et la mort prend ainsi tout son sens face aux incertitudes posées, non seulement, par les limites de l'état des connaissances médicales, mais aussi, paradoxalement, par la maîtrise nécessairement incomplète de l'ensemble de ces connaissances par le médecin :

« Bien que le développement de la médecine permette de résoudre un certain nombre de problèmes, il contribue également à créer et à perpétuer deux types d'incertitudes. Le premier type d'incertitude découle des lacunes, des limites et des erreurs qui ont caractérisé la connaissance médicale de tout temps. Le second type résulte du fait paradoxal qu'en dépit de ses imperfections, la science médicale est tellement vaste et développée que personne ne peut prétendre l'intégrer totalement ou la maîtriser parfaitement »⁷⁴⁷.

Le contexte d'incertitude dans lequel les patients sont pris en charge est d'autant plus fort que la discipline ne cesse de progresser, en matière de connaissances et de technologies médicales, comme en témoigne la multiplication des publications⁷⁴⁸, des événements

⁷⁴⁷ Fox R., « Medical Evolution », In Loubser J. J., Baum R. C., Effrat A., Lidz M. V., (eds). *Exploration in General Theory in Social Science*, New York : The Free Press, 1976, p. 773-787.

⁷⁴⁸ Notons que la première revue dédiée à la spécialité a été publiée dès 1956 par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). La Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) contribue également depuis 1985 à la diffusion des connaissances au moyen de la revue *Réanimation - Soins intensifs - Médecine d'urgence*, devenue *Médecine Intensive Réanimation* en 2015. Cette dernière est publiée à hauteur de huit numéros par an, comprenant une dizaine d'articles et deux numéros spéciaux consacrés aux « conférence d'experts » et « conférence de consensus ».

scientifiques nationaux et internationaux⁷⁴⁹ ou le développement de nouvelles technologies biomédicales⁷⁵⁰. Ces progrès participent en effet d'un mouvement paradoxal qui, en même temps qu'il traduit un développement sans précédent des connaissances fondamentales et appliquées transversales en médecine, ouvre également la voie à de nouveaux questionnements en termes d'expérience clinique et de prise en charge. Située au carrefour de spécialités médicales⁷⁵¹, empruntant aux domaines de la neurologie, de la chirurgie, de la gastroentérologie, de la cardiologie, etc., la réanimation constitue en ce sens une vitrine de l'incertitude médicale et suscite des interrogations toujours plus avancées sur le vivant.

Parmi ces questionnements, celui des « décisions difficiles »⁷⁵² de poursuite ou d'arrêt des thérapeutiques prédomine dans les entretiens. Comme l'a montré Anne Paillet au sujet de la réanimation néonatale, il est question de l'application de techniques de suppléance, de choix thérapeutiques complexes et de décisions fondées sur un ensemble de probabilités. Ainsi la question de l'efficacité thérapeutique, de l'arrêt ou de la poursuite des traitements est-elle toujours dépendante de « probabilités de coûts et de bénéfices [et] constitue même une dimension centrale des processus de socialisation des professionnels de santé »⁷⁵³. La réanimation illustre ici un paradoxe que l'on retrouve dans la modernité médicale, à savoir :

« que l'indignation devant l'incapacité persistante de la science et de la technique médicales de résoudre des problèmes touchant à la santé et au bien-être coexiste avec un sentiment d'anxiété devant les tentatives médicales pour maîtriser ces mêmes problèmes (Illich, 1976)⁷⁵⁴. La conviction de la nécessité d'imposer des mesures plus énergiques pour empêcher ou limiter des interventions scientifiques et technologiques risquées pour la santé et, au-delà, pour l'univers vivant, va de pair avec une certaine inquiétude face aux conséquences négatives découlant de la pratique et de l'imposition de telles contraintes »⁷⁵⁵.

⁷⁴⁹ Voir le chapitre 1.

⁷⁵⁰ Telle que l'amélioration des techniques d'imagerie cérébrale, des dispositifs d'hémofiltration et des appareils de ventilation mécanique.

⁷⁵¹ On peut appréhender l'étendue du champ de la réanimation par sa structuration en spécialités : réanimation médicale, chirurgicale, cardiaque, néonatale et, plus récemment, métabolique.

⁷⁵² Paillet A., 2007, *op. cit.*

⁷⁵³ *Ibid.*, p 39.

⁷⁵⁴ Illich I., 1976, *Medical Nemesis : The Expropriation of Health*. New York, Pantheon.

⁷⁵⁵ Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 55.

Ainsi la réanimation est-elle soumise au paradoxe de la modernité médicale, ce dernier s'exprimant à travers un ensemble d'incertitudes qui façonnent, non seulement, l'organisation du travail, en termes de diagnostic, de traitements et de pronostic, mais aussi comme on le verra ensuite, le cadre des interactions entre les différents auditoires en présence.

1.1.2. Diagnostics, thérapeutiques et pronostics pluriels en réanimation

De nouvelles incertitudes émergent avec l'évolution des technologies et des connaissances médicales. Face à celles-ci, les personnels privilégient alors les « vraies incertitudes » aux « fausses certitudes »⁷⁵⁶. Lorsqu'il évoque la « philosophie de son service, Jean-Marc, médecin anesthésiste-réanimateur précise à ce titre que :

« Il faut qu'on ait suffisamment de recul pour pouvoir se dire "bah voilà, dans le contexte de tel ou tel patient, là c'est déraisonnable" [...]. Tous les matins, on fait le staff. On parle de tous les patients. On expose les évolutions, ce qu'on a fait "ah bah tiens tu as fait telle antibiothérapie, moi je pense que c'est mieux comme ça" et voilà. Un moment donné, on se corrige de nous-même » (Jean-Marc, 51 ans, médecin anesthésiste-réanimateur).

La première des incertitudes à laquelle les personnels sont confrontés renvoie donc à la difficulté d'établir un diagnostic alors que les signes cliniques ne sont que partiellement connus ou laissent supposer une évolution latente des symptômes. Dès sa prise en charge et tout au long de son hospitalisation, le malade fait alors l'objet d'observations, d'exams cliniques et biologiques, d'imagerie cérébrale. Dans le premier temps de l'hospitalisation, il ne s'agit donc pas d'établir un diagnostic définitif, mais bien d'œuvrer à la mise en place de mesures visant à approfondir des perspectives cliniques afin de convenir du traitement le « mieux » adapté. Ce faisant, le développement des savoirs et des technologies médicales et l'incertitude médicale qui en découlent complexifient davantage l'organisation des soins :

⁷⁵⁶ Kouabénan D. R., « Incertitude, croyances et management de la sécurité », *Le travail humain*, 2007/3, Vol. 70, p. 271-287.

« Tant que les professionnels de la santé n'ont pas acquis l'expérience de la maladie, de ses rebondissements non connus, de l'impact du traitement sur d'autres systèmes de l'organisme, et de l'organisation du travail à mettre en œuvre pour maîtriser tous ces éléments, les trajectoires produites peuvent se révéler bien difficiles »⁷⁵⁷.

L'incertitude diagnostique s'accompagne d'une incertitude thérapeutique observable dans l'organisation des soins. Dans le champ médical en général⁷⁵⁸, et en particulier dans le cas où le risque léthal est élevé⁷⁵⁹, l'efficacité thérapeutique ne semble en effet jamais pouvoir être anticipée avec certitude, un même traitement pouvant donner des résultats sensiblement différents selon les malades. Ainsi peut-on observer des différences d'efficacité thérapeutique notoires entre un même dispositif de suppléance. C'est le cas par exemple avec la mise en place d'une ventilation non invasive (VNI) qui, dans une certaine situation conduira à une nette amélioration de la respiration et, dans telle autre, participera à une dégradation progressive des fonctions respiratoires. Dans cette dernière situation, l'efficacité relative du traitement peut même générer des divergences d'appréciation au sein des équipes, comme dans le cas de Monsieur R. :

« Vu ses examens, c'est bon pour la VNI. C'est quelqu'un sur qui ça a déjà été bénéfique. On va remettre le protocole en place et on va observer la tendance » (Alexandra, 28 ans, interne).

« Nous, on l'a dit au médecin que c'était la troisième fois et qu'il avait du mal à la supporter. Il est pas confortable comme ça. Et on ne sait même pas si ça va le gêner. Si ça se trouve, ça va juste empirer son état... » (Émeline, 42 ans, aide-soignante).

⁷⁵⁷ Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., *art. cit.*, in : Strauss A., 1992, *op. cit.*, p. 145.

⁷⁵⁸ Renée Fox précise à ce sujet que « la santé, la maladie et la médecine se révèlent être les épices d'une part du malaise croissant à propos de l'incertitude et d'autre part de l'anxiété éprouvée face au danger et au risque : deux phénomènes qui ont vu le jour dans notre société. Cette inquiétude s'est développée avec une telle ampleur que des articles préventifs sur les effets secondaires, éventuellement nocifs, de mesures destinées à parer tout danger sont publiés » : Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 15.

⁷⁵⁹ C'est le cas, par exemple, des services de cancérologie où l'incertitude est au centre des décisions thérapeutiques. Voir à ce sujet les travaux de Patrick Castel : Castel P., « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 2008/1, Vol. 26, p. 9-32 ; Ménoret M., « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 2007/1, Vol. 25, p. 33-54.

Aux incertitudes diagnostiques et thérapeutiques s'ajoute une troisième incertitude de type pronostic et dont les conséquences sont particulièrement visibles dans les choix de poursuite, de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques⁷⁶⁰, mais aussi, dans les interactions avec malades et les familles et, par conséquent, dans l'organisation des soins. Dans la lignée des travaux de Nicholas Christakis consacrés aux pratiques pronostiques dans le domaine de la cancérologie⁷⁶¹, on retrouve ici l'impossibilité de « prévoir l'avenir », compte tenu de l'incertitude médicale dans laquelle cette formulation s'inscrit en réanimation :

« Predicting the future, however, involves a singular type of uncertainty that transcends these three types. A fundamental uncertainty arises in prognostication from the mere fact that knowledge of the future is irremediably provisional ; the future cannot be empirically observed in the present. Uncertainty about the future results both from a personal ignorance that is unavoidable and from a limitation in medical knowledge that can never be fully remedied. This inability to predict future events and their timing is a particularly thorny form of uncertainty, especially since, paradoxically, situations in medicine with high unpredictability both demand and subvert efforts by physicians to render prognosis. »⁷⁶².

Le caractère provisoire du pronostic est d'autant plus vif en réanimation que les malades présentent des défaillances multiviscérales aiguës menaçant la vie à court ou moyen terme⁷⁶³. Bien qu'il soit formulé au prisme de l'*evidence based medicine* et du raisonnement probabiliste, le pronostic reste tributaire d'une certaine incertitude, comme le soulignent les membres de la spécialité :

⁷⁶⁰ Paillet A., 2007, *op. cit.*, p. 38-44.

⁷⁶¹ Christakis N. A., 1999, *op. cit.*

⁷⁶² *Ibid.*, p. 58.

⁷⁶³ La formulation du pronostic est particulièrement problématique en réanimation compte tenu de l'évolution toujours incertaine de la maladie. Aussi peut-on retenir que : « les systèmes généraux de cotation actuellement disponibles pour évaluer les facteurs pronostiques chez les patients de [réanimation/soins intensifs] (APACHE, SAPS, MPM) sont très spécifiques (en mesure de prévoir la survie à 90 %), mais pas très sensibles (prédiction moins exacte de la mort : 50-70%). Par exemple, une probabilité de mortalité de 0,2 signifie qu'on s'attend au décès de 20 patients environ dans un groupe de 100 patients. Mais cela ne nous dit pas quelles personnes vont mourir. Il est important de distinguer entre étalonnage, c'est-à-dire la corrélation entre le pronostic et l'issue réelle dans des populations analogues de patients, ce qui permet de calculer un taux de mortalité standardisé (*standard mortality rate*, SMR) et pouvoir discriminant, c'est-à-dire la capacité du modèle à distinguer entre les patients qui vont décéder et ceux qui vont survivre : « Facteurs pronostiques chez les malades de réanimation », 2e Conférence de Consensus Européenne en Réanimation et Médecine d'Urgence, 9 - 10 décembre 1993, Maison de la Chimie, Paris (France).

« Ça arrive qu'on ait un patient qui merde, il enrôle et tout ça. On se dit que c'est mal engagé et puis hop ! Tu sais pas pourquoi, mais il se réveille et il sort quelques jours après » (Camille, 31 ans, infirmière).

« Parfois, bon, je ne suis pas croyante, mais parfois tu as l'impression que tu assistes à un miracle » (Céline, 36 ans, aide-soignante).

Bien qu'elle ne puisse être qu' « ascendante » ou « descendante »⁷⁶⁴, la trajectoire de la maladie est en effet toujours soumise à une part d'incertitude comme en témoignent les nombreux récits des soignants au sujet de « miraculés ». Ainsi l'incertitude médicale s'observe-t-elle tout au long de la trajectoire de la maladie, depuis le diagnostic jusqu'à la formulation du pronostic en passant par les choix thérapeutiques. Ce faisant, elle impacte considérablement et de façon continue l'organisation des soins, nécessitant des personnels qu'ils adaptent les soins aux aléas qu'elle peut engendrer.

1.2. Incertitudes, routines et urgences

Lorsqu'ils s'expriment au sujet l'organisation des soins, les soignants de réanimation soulignent en premier lieu les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans la gestion de la temporalité. Face à l'incertitude médicale pouvant générer de nombreux imprévus tels qu'une extubation, une baisse soudaine de la saturation en oxygène, une arythmie cardiaque, etc., ils mettent en avant la nécessité de se former à l'incertitude ainsi qu'à la maîtrise du temps⁷⁶⁵. Renvoyant à leur engagement dans une médecine de combat, la vigilance accrue relève d'un « "impératif moral" qui découle d'une "profonde croyance dans le caractère indispensable du service médical qui se doit d'être continuellement efficace"⁷⁶⁶ »⁷⁶⁷ : qu'ils soient en salle de pause — dont la porte est toujours entrouverte⁷⁶⁸ —, qu'ils réalisent des soins ou des

⁷⁶⁴ Ménoret M., 1999, *Les temps du cancer*, Paris, Éditions du CNRS.

⁷⁶⁵ Renée Fox précise que « la maladie, la naissance et la mort, les événements principaux pour lesquels un médecin est appelé, impliquent des exigences réelles ou potentielles et sont toujours accompagnées d'anxiété chez le patient et sa famille. Pour cette raison, les médecins sont généralement soumis à des exigences particulières en matière de disponibilité » : Fox R., 1988, *op. cit.* p. 143-144.

⁷⁶⁶ Zerubavel E., 1979, *Patterns of Time in Hospital Life : A sociological Perspective*, Chicago : University of Chicago Press, p. 37-42.

⁷⁶⁷ Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 63-64.

⁷⁶⁸ On peut d'ailleurs retenir que, dans deux des services enquêtés, les salles de pause sont situées à proximité des chambres des malades, séparées par une cloison ouverte. Dans le troisième service en revanche, la salle de pause est « équipée » d'écrans de monitoring reliés aux chambres des malades. Ainsi, les soignants ont une visibilité permanente des constantes vitales des malades et sont prévenus au moindre incident. Il est d'ailleurs

transports hospitaliers ou qu'ils s'emploient à la réfection des chariots ou à l'entretien de l'environnement, les personnels soignants restent toujours attentifs au moindre bruit évoquant un imprévu ou une urgence. L'attention portée aux alarmes des scopes est un exemple particulièrement significatif de la « disponibilité permanente »⁷⁶⁹ que les soignants associent à leur « mission de soin ». La reconnaissance des diverses alarmes, dont la tonalité diffère selon le type d'appareil et le degré de gravité, est l'objet d'un apprentissage qui vise à juger l'immédiateté de la prise en charge. Il n'est d'ailleurs pas rare, lors d'une toilette, que les soignants interrompent l'alarme et continuent les soins d'hygiène et de confort, et comme le précise une aide-soignante :

« Au début, tu stresses, tu sais pas comment réagir et t'appelles ton binôme et tout ça. Mais avec l'expérience tu sais que c'est pas grave, que c'est qu'un petit coup de chaud parce que tu mobilises ton patient » (Ludivine, 33 ans, aide-soignante).

Et dans bien des cas, l'alarme finit par s'interrompre, l'état du malade étant de nouveau stabilisé. On pourra retenir ici que l'organisation des soins en réanimation répond à une double temporalité d'urgences et de routines à laquelle les soignants se forment progressivement. Celle-ci répond alors, « d'un côté, à la structuration institutionnelle — spatiale et normative — du temps et, de l'autre, aux automatismes personnels que chacun met en place, tant pour se protéger de l'incertitude menaçante que pour éviter la “tyrannie des petites décisions” permanentes »⁷⁷⁰. Dans les services, les soignants font en effet l'apprentissage de routines qui « rendent efficaces les activités ordinaires, les objets, les outils ou les jeux ainsi que les opérations de travail, constitutives de la partie la plus sédimentée du vécu »⁷⁷¹. C'est le cas, par exemple, avec la formation à la maîtrise des bruits destinée à peser, en partie, sur la « tyrannie des petites décisions » suscitée par l'incertitude médicale.

En somme, l'organisation des soins ne peut être définie une fois pour toutes : elle s'inscrit dans un contexte toujours singulier qui, dans le cas de la réanimation, relève d'une double temporalité d'urgences et de routines, la première étant indissociable de la seconde. Comme l'exprime alors une aide-soignante à propos d'une « journée ordinaire » dans un service fonctionnant en « huit heures » :

fréquent que les soignants rejoignent les malades au moment de leur pause, ces déplacements faisant parfois l'objet d'échanges entre les personnels.

⁷⁶⁹ Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 63.

⁷⁷⁰ Juan S., « Le concept de routine dans la socio-anthropologie de la vie quotidienne », *Espace, populations, sociétés*, [En ligne], 2015/1-2 | 2015, mis en ligne le 1er juillet 2015, p. 2.

⁷⁷¹ *Ibid.*

« Les patients de réa ont plein de traitements par perfusion donc, du coup, tu as plein de seringues à refaire tout le temps. Et puis tu as les soins de confort et de nursing à faire aussi. Tous les patients, il faut les tourner, les changer, au moins une fois, voire plusieurs fois s'ils sont souillés. [...] Et il faut gérer tout ce qui est urgence entre-deux. Après, il faut gérer les priorités. Tu as des décès, donc tu as des familles aussi à gérer. Quand t'as une entrée, tu fais venir les familles pour qu'ils voient les médecins et tout ça. Ou sinon, t'as les cas de décès qui ne sont pas prévus ou des décès imminents. Là, les familles peuvent rester, et du coup ils sont présents, heu, au moment du décès et c'est à toi de gérer » (Léa, 29 ans, infirmière).

On remarquera que l'utilisation réitérée et l'importance accordée à la « gestion » des malades ne relèvent pas que d'une facilité de langage : elle désigne aussi une rationalisation de l'emploi du temps (*timetables*)⁷⁷² de soins par laquelle les soignants affrontent l'incertitude en même temps qu'ils contrôlent son déroulement. Ce constat s'observe également dans le contexte du travail en « douze heures », dont l'organisation varie pourtant sensiblement, en matière d'horaires de travail, de temps consacré aux transmissions, de réalisation des soins et de temps de pause⁷⁷³ :

« La vraie grande ligne c'est les toilettes du matin, puis les prescriptions de treize heures. Après, si on a le temps on va manger vers quatorze ou quinze heures. Ensuite, c'est les changes de l'après-midi, les sorties éventuellement, les poubelles, les bilans de dix-neuf heures et c'est fini [...]. Et puis, comme on a "que" trois patients, on a le temps de faire plus de choses. Du coup, on a des réanimations, la saturation qui merde, des sorties le matin, des arrêts cardiaques et tout ça. Enfin, voilà, il y a beaucoup d'imprévus en fait » (Julie, 36 ans, aide-soignante).

Bien qu'elle varie selon le temps de travail, l'organisation des soins de réanimation reste toujours soumise aux aléas de l'incertitude médicale. De fait, la vigilance et l'attention portée aux situations d'incertitude s'inscrivent dans une « forme particulière »⁷⁷⁴ de routine, marquée par l'oscillation entre des conduites réglementées et non réglementées.

⁷⁷² Roth J., 1963, *Timetables. Structuring the Passage of Time in Hospital Treatment and Other Careers*, Indianapolis, Bobbs-Merrill.

⁷⁷³ Vincent F., « Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail "en 12 heures" » à l'hôpital public, Thèse de doctorat en sociologie, 2016, Université Paris-Dauphine.

⁷⁷⁴ Strauss A., Schatzman L., Bucher B., Ehrlich D., Sabsin M., « The hospital audits negotiated order », In Freidson E. (Ed.), *The Hospital in modern society*, 1963, New-York, The Free Press, p. 147-168.

Ces dernières contribuent au façonnement d'une organisation *ad hoc* qui interroge les « fausses certitudes » résultant de la croyance dans le contrôle de l'organisation :

« Ces croyances illusoire ou défensives introduisent parfois, si ce n'est souvent, des divergences profondes entre experts et profanes quant à l'évaluation des risques et aux stratégies à déployer pour les gérer, entre décideurs et public profane, entre dirigeants et subalternes, etc. [...]. De telles divergences peuvent justifier des attitudes fort différentes devant le risque, mais aussi affecter la perception de la crédibilité des mesures de prévention, en général conçues par les experts, les responsables ou les autorités, et dont l'application incombe au premier chef au public non spécialiste, mais directement concerné par les risques. De telles croyances, qui constituent en fait de fausses certitudes, peuvent être néfastes à la sécurité dans la mesure où elles pourraient encourager l'engagement dans des comportements d'imprudence ou la négligence des mesures de sécurité »⁷⁷⁵.

L'articulation de temps d'urgence et de routine d'une part, et de pratiques implicites et de conduites réglementées d'autre part, dépasse en ce sens le seul cadre de l'organisation formelle du travail. Elle constitue également, pour les soignants, un moyen de se prémunir face aux aléas générés par l'incertitude médicale. Ce travail d'ajustement s'observe tout au long de la trajectoire de la maladie, sous la forme d'un « travail d'articulation »⁷⁷⁶ qui, bien qu'implicite, permet alors le bon déroulement des soins.

⁷⁷⁵ Kouabénan D. R., *art. cit.*, p. 282-283.

⁷⁷⁶ Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., 1985, *Social Organization of Medical Work*, Chicago, University of Chicago Press.

2. Des trajectoires problématiques : l'exemple d'Alexis

Dans leur ouvrage *Social Organization of Medical Work*⁷⁷⁷, Anselm Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek et Carolyn Wiener, distinguaient deux types de trajectoires de la maladie, impliquant toutes deux, un travail de gestion et d'articulation tout au long de l'hospitalisation. Les auteurs différenciaient alors les « trajectoires de routine » des « trajectoires problématiques »⁷⁷⁸, mettant en avant le caractère évolutif du travail hospitalier. C'est au second type de trajectoire que l'on va s'intéresser maintenant. Partant de l'exemple d'une hospitalisation de sept semaines autour d'Alexis⁷⁷⁹, un patient de dix-huit ans admis en réanimation chirurgicale depuis quatorze jours au début de l'enquête ethnographique dans ce service, il s'agira ici d'appréhender la « complexité de l'action thérapeutique »⁷⁸⁰ et le travail de gestion de trajectoire qui en découle. On s'intéressera en particulier aux moments clés de la trajectoire d'Alexis, afin d'éclairer comment le travail d'articulation, non anticipée dans l'« arc de travail »⁷⁸¹, contribue à façonner l'organisation des soins en contexte d'incertitude.

2.1. Un « mauvais départ »

Bien qu'il ne soit pas représentatif de l'ensemble des patients admis en réanimation⁷⁸², le cas d'Alexis présente néanmoins un point commun avec la plupart des cas observables dans les services : il témoigne de l'incertitude inéluctable qui pèse dans la trajectoire de chacun des malades admis dans les services. Celle-ci se rapporte, en premier lieu, à l'immédiateté de la prise en charge dans les services, les patients admis pouvant présenter des défaillances multiviscérales mettant en jeu leur pronostic vital. Comme on l'a vu plus haut, l'accueil en réanimation s'accompagne en effet de la mise en place d'un ensemble de procédés qui visent au maintien des fonctions vitales défaillantes ainsi qu'à l'observation des

⁷⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁷⁸ *Ibid.*, p. 148-159.

⁷⁷⁹ Il s'agit ici d'un nom d'emprunt.

⁷⁸⁰ Strauss A., 1992, *op. cit.*, p. 166-175.

⁷⁸¹ L'« arc de travail » est entendu ici comme « l'ensemble du travail qui aura besoin d'être fait pour maîtriser le cours de la maladie et remettre le patient dans une forme suffisamment bonne pour que celui-ci puisse rentrer chez lui. L'arc de travail ne peut pas être visualisé entièrement par le médecin, et celui-ci, en fait, peut très bien laisser en suspens le choix précis du travail à accomplir par la suite jusqu'à ce que les premières étapes aient été franchies, jusqu'à ce qu'on voit "comment les choses tournent" – jusqu'à ce que les phases réelles soient effectivement connues » : Strauss A., 1992, *op. cit.*, p. 176.

⁷⁸² Rappelons que la trajectoire de la maladie peut varier sensiblement d'un patient à l'autre, pouvant être ascendantes ou descendantes, d'une durée d'un jour à plusieurs mois, se poursuivant par le rétablissement, le handicap ou le décès du malade.

signes cliniques nécessaires à la formulation d'un diagnostic préliminaire : ventilation mécanique, monitoring (fréquence cardiaque, pression artérielle, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, température), sondage urinaire, mesure de la pression intracrânienne, prélèvements sanguins, etc.

Des gestes « stéréotypés »

Dans le cas d'Alexis, il s'agit d'abord d'une forte incertitude diagnostique à laquelle les soignants associent la perspective d'un « mauvais départ », d'un cas « mal engagé ». Hospitalisé dans le service depuis quatorze jours suite à un accident sur la voie publique (AVP), Alexis est en effet considéré comme un cas « lourd ». Les examens montrent la présence d'un traumatisme crânien « grave » qui explique, en partie, l'inertie cérébrale d'Alexis. S'ajoutent au traumatisme crânien de multiples fractures au visage, tuméfié et couvert sur une large partie d'agrafes chirurgicales, ainsi que des fixateurs chirurgicaux externes posés sur le long de la jambe. La perspective d'un « mauvais départ » s'appuie sur les résultats des examens qui, « pour le moment », laissent supposer des lésions cérébrales sans que le diagnostic ne puisse être établi formellement. Lors du *staff* médical organisé le matin même, le médecin et l'infirmière en charge d'Alexis émettent une certaine réserve à son propos, précisant « qu'on ne sait pas comment il va se réveiller ». Placé jusqu'alors en « coma pharmacologique », aussi appelé « coma artificiel », Alexis va engager la phase de « réveil » sans que l'on puisse connaître son état de conscience à l'avance. Un autre médecin, en charge de l'unité voisine, précise alors que l' « on a déjà eu des cas similaires [...], mais cette fois ça peut être différent », soulignant par-là, la possibilité d'une trajectoire ascendante pour Alexis. Après plusieurs minutes d'échanges à son sujet, tous semblent tomber d'accord sur la nécessité d'attendre qu'Alexis « se stabilise » avant de procéder à de nouveaux examens.

Pourtant, dans le couloir du service, le binôme qui s'occupe d'Alexis depuis son admission émet un avis plus tranché, s'appuyant sur un ensemble d'indices qui, parce qu'ils ne permettent pas d'identifier une trajectoire ascendante, laissent supposer la possibilité d'une trajectoire descendante.

Le binôme qui s'occupe d'Alexis précise en effet que ce dernier a des « gestes stéréotypés », qu'il « enroule »⁷⁸³ et présente les signes d'une « souffrance cérébrale » généralement associée à la présence de lésions cérébrales. Malgré les techniques de suppléance, les soignants précisent qu'Alexis n'est pas à l'abri d'un œdème cérébral laissant redouter de graves séquelles à moyen ou à long terme.

Rétablir le contact

À ce stade de la trajectoire, les personnels sont donc confrontés à une incertitude diagnostique. L'enjeu consiste alors à « rétablir le contact » avec le patient. Si elle prend forme dans le travail clinique (scanners, analyses biologiques quotidiennes, IRM, etc.), cette incertitude s'exprime également au travers des interactions avec les parents d'Alexis. Le temps consacré aux soins oscille avec des temps d'explication et de reformulation des informations transmises par les médecins aux parents d'Alexis. Le travail de reformulation implique pour les soignants qu'ils exposent aussi, sans trop en dire, l'incertitude diagnostique et l'évolution incertaine de la trajectoire d'Alexis :

« — L'infirmier : Je viens juste d'avoir la prescription d'aujourd'hui. La nuit dernière, on a mis du Diprivan. C'est pour son confort. Du coup, on a arrêté la sédation. Là, il est dans un mode ventilatoire. C'est lui qui respire avec l'aide de la machine et ce n'est pas la machine qui contrôle sa respiration. On met des médicaments quand il est agité, quand il se met en danger par rapport à toute la chirurgie qu'il a pu avoir et surtout au niveau de l'intubation. C'est pour ça qu'il a toutes ces attaches, pour qu'il ne se mette pas en danger par rapport à la ventilation. Là, on va voir s'il y a du contact avec Alexis. Pour le moment, il n'y a pas vraiment de contact franc comme quand il lui demande de serrer la main il serre et des fois il n'y a pas de réponse. Nous, on est dans une phase d'évaluation du réveil pour le moment, on fait en sorte que ce soit le plus confortable possible.

— Madame N., mère d'Alexis : Mais l'autre jour, il a essayé de se relever et quand je lui ai dit de se rallonger il s'est recouché.

— L'aide-soignante : On ne sait pas s'il nous entend, mais vous pouvez lui parler, n'hésitez pas à lui dire que vous êtes avec lui ».

⁷⁸³ L'« enroulement » est significatif d'une décérébration et d'une réaction « typique » à la douleur, traduisant des signes de neurolésions cérébrales. Les patients qui « enroulent » exercent une rotation interne pathologique des membres supérieurs. L'extension des membres inférieurs vient souvent confirmer cet état critique.

À l'incertitude diagnostique s'adjoint donc une incertitude relationnelle qui, comme on le verra par la suite, implique un travail de contrôle des émotions nécessaire au déroulement des soins. Pour autant, le binôme précise à ce sujet que les parents restent « très coopératifs » bien qu'ils soient « vraiment angoissés », soulignant par ailleurs la gêne que peut susciter la présence des proches dans les unités de soin. On remarquera ici, et tout au long de ce premier jour d'observation, non seulement la « propension au pessimisme »⁷⁸⁴ des soignants face à la retenue⁷⁸⁵ de l'équipe médicale quant aux incertitudes liées au diagnostic d'Alexis, mais aussi, dans une autre mesure, le travail d'accompagnement réalisé auprès des parents dans ce contexte d'incertitude. Et comme le précise Angélique, infirmière :

« On a surtout des contacts avec sa famille, puisqu'on les accueille, on les amène auprès de leur proche. Pour les informations, dans les premiers temps c'est dur, on gère surtout de l'inquiétude. Ils ne comprennent pas vraiment ce qu'il se passe. Des fois, ils te demandent ce que le médecin a dit. Quand on fait les soins, des fois ils sont un peu insistants et on leur demande de sortir parce qu'on va faire la toilette ou quoi. Il faut savoir faire un peu la part des choses sinon tu te laisses submerger » (Angélique, 39 ans, infirmière).

2.2. Des améliorations substantielles ?

Trois jours après l'arrêt de la sédation, Alexis est en état de « conscience non répondant », également appelé « réveil pathologique » dans le service. Il réagit à certaines stimulations telles que la lumière, le bruit ou le toucher sans pour autant répondre aux « ordres simples » ni aux questions posées par son entourage. Quand Anne, interne en médecine, procède à l'examen clinique et lui demande « peux-tu me serrer la main ? », « essaies de bouger les doigts », elle observe certaines réactions, hésitant à se prononcer sur l'évolution de l'état de la maladie. Et pour cause, le « réveil pathologique » conduit en effet à de nouvelles interrogations, exprimées lors du *staff* réalisé peu après.

Lorsqu'ils abordent le cas d'Alexis, les médecins séniors semblent en effet partagés sur son évolution probable. Cependant, compte tenu des améliorations potentielles et de la durée d'hospitalisation d'Alexis dans le service, l'équipe médicale décide de procéder à la pose d'une trachéotomie.

⁷⁸⁴ Paillet A., 2007, *op. cit.*, p. 210-216.

⁷⁸⁵ *Ibid.*, p. 204-206.

Un nouveau visage

Il est un peu plus de onze heures lorsque l'équipe médicale sort du *staff*. Le binôme qui s'occupe d'Alexis a été prévenu de l'extubation et de la trachéotomie. L'infirmier reconnaît avoir des doutes sur la démarche, bien qu'il estime qu'Alexis « sera peut-être moins douloureux avec ». Les parents d'Alexis ont été informés de la mise en place du dispositif ainsi que de ses effets espérés. Toutefois, l'aide-soignant qui prépare le kit de trachéotomie précise à l'infirmier que les « parents sont d'accord pour la trachéotomie, mais ils sont pas vraiment rassurés. Tu pourrais peut-être leur expliquer si tu les croises. Ils sont dans le couloir ». Après leur avoir expliqué la procédure, tout en insistant en particulier sur les « bénéfices attendus » en termes de confort respiratoire, l'infirmier retourne dans la chambre pour reprendre la préparation des sédatifs.

Vers quatorze heures, l'infirmier et l'aide-soignante en charge d'Alexis ont réalisé les soins d'hygiène et de confort, les soins techniques, les relevés et terminent les préparatifs pour la trachéotomie. Alexis est sédaté, ses paramètres vitaux et sa respiration sont stables. Alors que ses parents rejoignent vers la salle d'accueil des familles, plusieurs personnes se dirigent vers la chambre pour assister à la trachéotomie. Le médecin sénior chargé de la supervision de l'opération ainsi que l'interne chargée de la réalisation de la trachéotomie s'habillent « en stérile » aidés de l'infirmier et de l'aide-soignante. Sont également présents, un interne de l'unité voisine et trois externes invités à observer l'opération. Un premier champ opératoire est placé sur Alexis. Un deuxième champ, le « champ-écran », est installé à la verticale, entre deux pieds à perfusion marquant la séparation au niveau du cou. Le médecin sénior se positionne à la tête d'Alexis avec, à ses côtés, un endoscope et un écran mobile. L'interne commence la trachéotomie. Elle est guidée par le médecin sénior qui manipule l'endoscope et vérifie le bon déroulement des opérations sur l'écran. Alors que l'interne introduit la canule de trachéotomie après avoir incisé à hauteur de la trachée, la fréquence cardiaque d'Alexis s'accélère. Elle dépasse alors le taux programmé sur le scope dont l'alarme se déclenche. Le médecin sénior demande à l'infirmière d'éteindre l'alarme et d'augmenter le taux de la sédation.

L'interne poursuit sa manipulation, encouragée par le médecin sénior qui la guide dans la réalisation des gestes. La fréquence cardiaque d'Alexis se stabilise. L'interne fixe alors la canule de trachéotomie en suturant chacune des extrémités. Après une vingtaine de minutes, le médecin sénior procède au réglage de la ventilation mécanique.

Quelques minutes après la fin de l'opération, le médecin sénior quitte la chambre d'Alexis, suivi des deux internes et des trois externes. L'aide-soignante et l'infirmier réinstallent Alexis dans le lit avant de nettoyer l'environnement. Alexis est toujours sédaté, ses paramètres vitaux sont stables. L'infirmier retourne auprès des parents et les invite à regagner la chambre d'Alexis. Dans le couloir, il leur précise que « la trachéotomie est un dispositif plus invasif qui change son visage ». Lorsqu'ils entrent dans la chambre, les parents d'Alexis sont d'abord surpris par le visage découvert, délesté de la sonde d'intubation à laquelle ils s'étaient habitués. Ils affichent une certaine inquiétude vis-à-vis de la trachéotomie reliée au respirateur et demandent alors « ça va l'aider à respirer ? », « est-ce qu'il va pouvoir être mieux ? ». Les soignants semblent ne pas pouvoir répondre à cette dernière question : « on ne peut rien avancer pour l'instant [...], mais c'est un dispositif qui permet vraiment un meilleur confort de respiration ». À l'écart des parents, l'infirmier précisera que la trachéotomie est une bonne avancée pour Alexis, mais qu'elle n'exclut pas le risque qu'il soit « neuro », autrement dit, qu'il ne retrouve pas un état de pleine conscience. Après dix-sept jours d'hospitalisation, dont quatorze passés en coma artificiel et trois en état d'éveil non répondant, Alexis « retrouve » un nouveau visage, soulagé de la sonde d'intubation. Néanmoins, rien ne permet encore d'affirmer avec certitude l'amélioration future de son état général.

En état de « conscience minimale »

Au vingtième jour de son hospitalisation Alexis est en état de « conscience minimale » : bien qu'il réponde à certaines stimulations, son regard reste fuyant et ses gestes sont désordonnés. Certaines améliorations peuvent être observées, notamment sur le plan des réflexes photomoteurs et cutanés. Cependant, il est « encore trop tôt pour dire s'il va vraiment récupérer ». L'état de « conscience minimale » est doublement problématique pour les soignants. D'une part, il complexifie la réalisation des soins, du fait des gestes brusques et désordonnés malgré la contention mécanique. D'autre part, il est porteur d'interrogations pour les parents d'Alexis qui sollicitent plus fréquemment médecins et personnels paramédicaux.

Oscillant entre des temps d'espoir et de déconstruction de l'espoir⁷⁸⁶, la discrétion des parents laisse place à l'expression d'inquiétudes toujours plus vives comme c'est le cas, par exemple, lorsque la mère d'Alexis, accompagnée de deux de ses enfants, plus jeunes qu'Alexis, quitte la chambre brusquement et interpelle des soignants affairés dans le couloir. L'infirmier de la chambre voisine interrompt ses soins d'hygiène tout en précisant à l'aide-soignante que « ça a l'air chaud là ». L'aide-soignante, assistée par une élève infirmière poursuit les soins d'hygiène tandis que l'infirmier rejoint la mère d'Alexis en larmes dans le couloir. S'ensuit une discussion autour de l'accompagnement des proches dans le service. À plusieurs reprises, elle demande à rencontrer la psychologue du service pour ses enfants et pour elle-même. Durant plusieurs minutes, l'infirmier l'informe des améliorations de l'état d'Alexis, tout en insistant néanmoins sur l'incertitude pronostique qui règne à son sujet. En s'excusant, il l'informe que la psychologue n'est pas disponible et la renvoie vers l'interne. Il propose de « trouver un moment » pour organiser un entretien avec le médecin de l'unité. Après le départ de la mère d'Alexis, l'infirmier confiera être « un peu saoulé », précisant que « ce n'est pas toujours une bonne idée quand les familles emmènent leurs enfants. Ce n'est pas normal qu'ils puissent venir sans voir la psy ou un médecin d'abord. Ce n'est pas facile ici, surtout pour les enfants, ils voient toutes les machines et tout... ».

Une nouvelle « inattendue »

Dix jours se sont écoulés depuis la rencontre des parents d'Alexis avec la psychologue du service. Alexis est « réveillé » depuis trois jours. Il est désorienté, son regard se tourne vers les nombreuses photos posées à son chevet ou affichées le long du mur. Il est toujours trachéotomisé et ne peut pas parler. À l'arrivée des soignants, il essaie de prononcer quelques mots, en vain. L'aide-soignante se dirige vers lui et essaie de le rassurer : « tes parents vont arriver, on va s'occuper de la toilette, tu vas nous aider ? » L'infirmier regarde les relevés de la nuit tandis que l'équipe de nuit continue ses transmissions.

À l'arrivée des parents, l'infirmier les informe qu'Alexis est « énervé et encore agité, c'est dur pour lui de comprendre pourquoi il est là ». À l'extérieur de la chambre, l'aide-soignante explique à l'élève infirmière que le père d'Alexis « s'en veut. Il l'a laissé partir en moto avec un copain alors qu'il lui avait proposé de l'emmener. Tu imagines un peu. Ça ne doit pas être facile pour lui. Mais il n'y peut rien. On a souvent des gens, voilà, ils ne demandent rien à personne quoi ». Dans la chambre, les parents ont rejoint le chevet d'Alexis.

⁷⁸⁶ Legrand E., 2010, *art. cit.*

Il est « douloureux ». Il grimace et pleure. Les parents d'Alexis sont partagés : visiblement soulagés par son réveil, ils sont également préoccupés. Le pronostic préliminaire laisse en effet planer un doute sur le degré de récupération d'Alexis. Ainsi le médecin d'unité leur a-t-il précisé qu'Alexis ne retrouverait peut-être pas l'ensemble de ses capacités, mais que l'évolution de sa trajectoire était déjà un signe « très » positif. Il les a prévenus que la récupération pouvait s'inscrire dans le temps long et qu' « on ne peut pas savoir combien de temps cela va prendre avant qu'il récupère » si, comme l'infirmier le précise en dehors de la chambre, Alexis « peut récupérer totalement. Il ne finira pas “neuro”⁷⁸⁷, mais bon... ».

2.3. « On n'aurait jamais pensé que... »

Alexis est hospitalisé en réanimation depuis trente-six jours. Sa chambre est parée de photos et de vœux de rétablissement. Une radio a été installée à son chevet, ses parents ont amené des disques. Malgré des moments d'absence, Alexis est conscient et répond désormais aux questions des soignants. Ses parents lui rendent visite quotidiennement. Les examens indiquent une amélioration de l'activité cérébrale et le médecin d'unité se prononce en faveur d'un rétablissement à moyen terme, sans donner pour autant d'indications précises à ce sujet. Alexis essaie, tant bien que mal, d'interagir avec son milieu, spontanément ou sur sollicitation des personnels.

Des gestes « ordinaires », l'exemple d'une mise au fauteuil

Après les soins « du matin », l'infirmier et l'aide-soignante se dirigent vers la chambre d'Alexis. Le médecin d'unité a prescrit une « mise au fauteuil » que l'infirmier juge « un peu » anticipée. Il précise qu'Alexis est encore « douloureux » et que la mobilisation semble risquée compte tenu des tubulures, des perfusions et du fixateur chirurgical externe. Peu de temps après, ils engagent la mobilisation d'Alexis. Ses parents, présents dans la chambre, sont nerveux. Assistés par l'élève infirmière, qui fait suivre les tubulures, le binôme aide Alexis à se redresser dans le lit. Ils le maintiennent aux épaules, proposant de « faire une pause » entre chaque mouvement.

⁷⁸⁷ Aussi appelés neurolésé ou cérébro-lésé. Les soignants entendent par là, un déficit potentiel aux plans neurologique ou cognitif ayant comme conséquence des troubles du comportement, de la mémoire, de l'orientation, de la pensée, etc.

Assis sur le lit, Alexis grimace et sa fréquence cardiaque s'accélère. L'aide-soignante maintient alors la jambe du fixateur pendant que l'infirmier propose à Alexis de s'appuyer sur son autre jambe afin de se diriger vers le fauteuil situé à moins d'un mètre du lit. Alexis est nerveux, il essaie de parler. Ses parents essaient de le rassurer et lui demandent de se calmer. L'aide-soignante lui remet alors une ardoise et un marqueur. Il essaie d'écrire, mais n'y arrive pas. D'abord surpris, il s'énerve davantage. L'aide-soignante et ses parents l'interrogent : « tu as mal c'est ça ? », « tu veux la musique ? Non ? », « Est-ce que tu veux qu'on mette un film ? On peut t'apporter un ordinateur et mettre un film si tu veux. Ça te ferait plaisir ? »

Après une vingtaine de minutes au fauteuil, l'infirmier demande au père d'Alexis s'il peut l'aider à le réinstaller dans le lit. L'aide-soignante revient quelques instants après avec un ordinateur portable, des câbles et plusieurs films. Un infirmier arrivé récemment dans le service assiste à la scène. Il interpelle l'aide-soignante à son retour. Il lui précise que le père « a aidé à le porter. Mais s'il le fait tomber, c'est notre responsabilité. Moi je n'ai pas envie d'aller en prison ». L'aide-soignante lui répond alors que les parents d'Alexis « ont besoin, moralement ça leur fait du bien ». Alexis est repositionné dans le lit, la tête surélevée. Ses parents s'assoient à ses côtés pendant que l'infirmier dispose l'ordinateur portable.

« Lorsqu'ils sont réveillés... »

Hospitalisé depuis presque six semaines dans le service, Alexis est considéré par les soignants comme un « habitué de la maison ». Sa présence ainsi que celle de ses parents sont désormais « habituelles » pour les soignants de l'unité. Les interactions avec Alexis suscitent chez les soignants une certaine familiarité ainsi qu'une légère gêne pour certains d'entre eux. Aussi l'aide-soignante qui réalise la toilette accompagnée d'une stagiaire, a-t-elle pris l'« habitude de mettre la musique, car il est plus calme, il est moins réticent aux soins ». Cependant, Alexis est toujours « douloureux » et l'exprime de plus en plus clairement. Allongé en position latérale durant la toilette, il saisit alors la main de l'aide-soignante. Visiblement touchée, celle-ci lui demande « tu me fais un câlin ? Allez, on a bientôt fini. Tu sais, c'est mieux déjà... [Alexis se blottit alors contre elle]. Allez Alexis, s'il te plaît. Tu vas pas me faire pleurer quand même ? »

La même situation se reproduit le lendemain. Alors que l'aide-soignante est affairée aux tâches d'entretien dans la chambre voisine, l'infirmier et l'élève aide-soignante se dirigent dans la chambre d'Alexis pour commencer les soins techniques. Entre-temps, l'infirmier explique à l'élève que le cas d'Alexis « restera dans les annales ». Il lui explique alors la trajectoire d'Alexis, depuis l'incertitude qui régnait au sujet de son diagnostic, caractérisé par le passage d'un état d'éveil non répondant, jusqu'au réveil pathologique. Au moment de changer le « nez artificiel » de la trachéotomie, Alexis montre des signes de souffrance.

À voix basse, l'infirmier confie à l'élève aide-soignante que « c'est presque plus compliqué de faire les soins quand ils sont réveillés ». L'élève aide-soignante se rapproche alors d'Alexis pour le rassurer. À ce moment, il lui saisit le bras, ce qui ne manque pas de surprendre l'élève qui le regarde avec empathie. Plus tard, elle m'expliquera avoir été surprise par ce geste, ne s'attendant pas à « autant de relationnel » dans un service caractérisé par le versant technique des soins.

Retour « à la normale » ?

Alexis est hospitalisé depuis quarante-sept jours. Son état est stable et ne présente aucune défaillance majeure. Il est un peu moins de neuf heures lorsque l'infirmier et l'aide-soignante l'aident à s'installer dans le fauteuil. L'infirmier quitte la chambre pour « avancer » les soins de la chambre voisine. L'aide-soignante lui propose un « petit déjeuner » avant de mettre de la musique et de quitter la chambre. Elle revient ensuite, tenant un plateau chargé de biscottes et d'un bol de chocolat chaud. Elle s'installe à ses côtés et dispose une serviette. L'une après l'autre, elle trempe les biscottes dans le chocolat, car Alexis ne peut pas mâcher. Durant une dizaine de minutes, elle l'aide à manger à la cuillère, lui amenant le bol à la bouche afin qu'il puisse atteindre la paille sans se pencher. L'absence de mobilité et d'autonomie énerve Alexis qui essaie de saisir le bol sans pouvoir le tenir.

Cette situation est également particulière pour l'aide-soignante. À l'extérieur de la chambre, elle explique en effet ne s'être « jamais vraiment habituée [...] quand ils recommencent à vouloir faire des choses », précisant cependant que c'est aussi pour cette raison qu'elle « a choisi d'être en réa ». Le versant émotionnel des soins en réanimation est d'autant plus exacerbé dans le cas d'Alexis que ce dernier est considéré par certains comme un patient « miraculé » dont on ne sait pas encore « s'il a de la chance ou pas ».

Cette perspective s'éclaire cependant deux jours plus tard, lorsqu'une aide-soignante apporte un déjeuner à Alexis. Il est un peu plus de midi lorsqu'elle dispose une barquette de purée, un verre d'eau et une compote sur l'adaptable installé au chevet de son lit. Elle quitte la chambre après avoir redressé la partie supérieure du lit et installé le plateau sur l'adaptable. Elle se positionne à côté de la porte entrouverte, observant le patient à travers la vitre semi-transparente. Alexis saisit la cuillère avec difficulté. Il peine à amener la cuillère à sa bouche et ses gestes sont désordonnés. Il renverse une partie de la purée sur l'adaptable. L'aide-soignante le regarde avec attention. Elle explique alors qu'elle « préfère qu'il en mette partout et qu'il mange seul plutôt qu'il soit dépendant de nous ».

Après sept semaines d'hospitalisation en réanimation, Alexis a été transféré en service de neurologie. Lors de son départ, ses parents ont laissé une carte ainsi qu'un bouquet de fleurs aux personnels, soignants et médecins de l'unité, pour les remercier. Dans la salle de pause, la carte a été affichée sur le tableau des plannings. Sils se réjouissent du transfert d'Alexis, les soignants présents ce jour-là expriment néanmoins de vives inquiétudes quant à son rétablissement. Mais, bien que la plupart soient relativement pessimistes, tous affichent leur surprise face à son évolution. Dès le lendemain, la chambre d'Alexis est occupée par un jeune homme, hospitalisé pour un accident de la voie publique, et dont le pronostic semble également « mal engagé ».

Alexis, un patient entre incertitude et vulnérabilité

En tant que « trajectoire problématique »⁷⁸⁸, le cas d'Alexis permet d'apporter quelques éclairages sur les réponses convoquées par les soignants aux situations d'incertitude. On retiendra que l'articulation de connaissances techniques et de compétences relationnelles confère au travail de « réa » tout son intérêt en même temps qu'elle en souligne la difficulté. Plus encore, l'hospitalisation d'Alexis révèle comment les soignants « routinisent » leur travail au-delà des recommandations et des protocoles, s'assurant d'un certain contrôle sur le déroulement des soins, de l'incertitude et de la contingence qui en résulte. Néanmoins, parce qu'elles ne sont pas toutes ascendantes⁷⁸⁹, les trajectoires problématiques impliquent pour les soignants un certain contrôle émotionnel, prérequis nécessaires au maintien de soi et au travail « sur l'homme »⁷⁹⁰.

⁷⁸⁸ Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., 1985, *art. cit.*, p. 148-159.

⁷⁸⁹ Rappelons que le taux de décès avoisine 25 % dans les services : Lalande F., Veber O., *La mort à l'hôpital*, T.1, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, novembre 2009.

⁷⁹⁰ Goffman E., 1968, *op. cit.*, p. 121-130.

Section 2. « Quand les gens s’effondrent devant toi... »

L’incertitude inhérente à la formulation du diagnostic, des thérapeutiques ou du pronostic ne se limite ni à l’activité médicale ni au seul déroulement des soins. Elle s’inscrit également dans une autre dimension de l’activité qui a trait aux interactions toujours singulières avec les malades et les familles. Elle représente une source de tensions qui implique pour les soignants d’exercer un « travail émotionnel » sur les malades et les familles en vue de préserver un certain contrôle sur les sentiments et leurs manifestations. Ce travail se fonde sur un ensemble de règles qui déterminent implicitement les lignes de conduite à tenir face à une circulation des émotions parfois anarchique mettant en jeu l’organisation et le déroulement des soins. Cependant, il suppose aussi des soignants qu’ils « gardent la face »⁷⁹¹ dans des situations qui, lorsqu’elles ne menacent pas directement le déroulement des soins, peuvent affecter l’image professionnelle qu’ils ont d’eux-mêmes. Devant les tensions suscitées par le « travail sur l’homme », les soignants déploient alors un ensemble de stratégies destinées à maîtriser leur propre émotivité, tant dans le travail corporel que dans les interactions ou dans le rapport à la mort.

1. La circulation des émotions en réanimation

Parce qu’elle s’opère sur des matériaux humains, la réalisation des soins suppose indéniablement une certaine charge émotionnelle. Dans les services de réanimation, celle-ci se cristallise autour d’interrogations sur la vie, la souffrance et la perspective d’une mort proche. Dans ce contexte d’incertitude et de vulnérabilité, les interactions toujours plus nombreuses avec les familles depuis l’ouverture progressive des services⁷⁹², suscitent un renouvellement du travail relationnel dont l’enjeu consiste en une régulation des émotions destinée à garder une certaine maîtrise sur le déroulement des soins.

⁷⁹¹ Goffman E., 1974, *op. cit.*

⁷⁹² Rappelons que l’ouverture des services au public s’inscrit une dynamique d’humanisation entreprise dès les années 1970. Cette politique s’est renforcée au cours des années 2000, donnant lieu à la multiplication de recommandations élaborées par les membres de la spécialité. C’est le cas, par exemple, des recommandations d’accueil précisant la nécessité d’aménager « l’architecture, l’accès et la circulation dans l’[établissement] et la zone d’accueil permettent aux familles de visiter leurs proches 24 heures/24 » et de réglementation des visites, « lorsque l’UR comporte plus de 12 lits, l’accueil des familles [...] aux horaires de visites les plus fréquentés [et] être réalisé par un personnel d’accueil dédié (hôtesses) » : Fourrier F. *et al.*, « Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations », *Réanimation*, 2012, Vol., 21, p. 523-539.

1.1. La relation de soin comme travail de contrôle des émotions

En tant qu'espaces d'urgence et d'incertitude, les services de réanimation sont propices à la circulation des émotions. Pour les familles et les malades, ces espaces sont tantôt rassurants, en raison de l'activité qui se déploie dans un environnement hypertechnicisé, et tantôt angoissant, pour cette même raison. Comme l'a montré Émilie Legrand à propos de l'expérience des familles en réanimation, ces dernières y font l'expérience d'émotions sensiblement différentes, voire opposées, au cours d'une même trajectoire de la maladie :

« Cette expérience est marquée par différentes phases que peuvent traverser les familles, selon la spécificité de la trajectoire. Nous distinguerons trois temps : le temps du fatalisme, celui de l'espoir puis celui de la déconstruction de l'espoir, cette approche séquentielle ne devant absolument pas être envisagée de façon linéaire comme s'il s'agissait d'étapes à franchir, mais comme appartenant au champ des "possibles" »⁷⁹³.

L'expression des sentiments qui accompagnent ces différentes phases se manifeste alors par un ensemble d'attitudes, de gestes ou de mots, dont les effets peuvent se faire sentir dans le déroulement des soins. Ainsi peut-on observer diverses attitudes de peur, d'angoisse, de tristesse ou de colère face auxquelles les soignants sont partagés :

« Tu as des familles qui sont agressives verbalement [et] après, tu as aussi des familles qui ne vont pas forcément t'insulter, mais qui sont tendues, qui sont remontées, qui en ont après toi. Donc bon, c'est pas évident à gérer. J'avoue que ne pas avoir les familles c'est assez confortable, mais quand elles sont là c'est bien aussi. En fait, ce qui est dur, c'est que les familles sont beaucoup dans la détresse, c'est jamais simple pour nous non plus » (Asma, 32 ans, infirmière).

Face aux différentes réactions des familles et des malades suscitées par l'incertitude médicale au cours de la trajectoire de la maladie, les soignants mènent un « travail émotionnel » au cœur duquel s'observe un ensemble de techniques visant à réguler les sentiments et leurs expressions. L'enjeu de ce travail implicite consiste à orienter les émotions des malades et des familles en vue d'agir conséquemment sur l'attitude attendue de ces derniers.

⁷⁹³ Legrand E., 2010, *art. cit.*, p. 48.

« Par “travail émotionnel” je désigne l’acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d’une émotion ou d’un sentiment. “Effectuer un travail sur” une émotion ou un sentiment c’est, dans le cadre de nos objectifs, la même chose que “gérer” une émotion ou que jouer un “jeu en profondeur”. Il faut bien noter que le travail émotionnel désigne l’effort — l’acte qui consiste à essayer — et non pas le résultat, qui peut-être réussi ou non. Les ratés de la gestion des émotions donnent accès aux formulations idéales qui guident l’effort et, pour cette raison, ne sont pas moins intéressants qu’une gestion émotionnelle réussie ou efficace »⁷⁹⁴.

À l’instar des travaux d’Arlie Hochschild, on peut distinguer trois principales techniques de gestion des émotions employées par les soignants en vue d’agir sur les représentations que les familles et les malades peuvent avoir de la réanimation.

La première technique consiste en un travail émotionnel de type « cognitif »⁷⁹⁵ qui vise à « changer les images, les idées ou les pensées dans le but de changer les sentiments qui y sont rattachés ». C’est le cas, notamment, lorsque les soignants présentent l’environnement, les appareils de suppléance ou les thérapeutiques administrées, soulignant presque toujours la nécessité et les bénéfices de ces dispositifs dans la prise en charge des malades. L’attitude rassurante adoptée par les soignants à ce moment de l’hospitalisation participe alors de la structuration de la phase de « construction de l’espoir »⁷⁹⁶ sur laquelle se reposent les familles au début de la trajectoire de la maladie. S’il s’agit d’accueillir les familles, de leur présenter l’environnement et le déroulement probable de l’hospitalisation, il est aussi question, pour les soignants, de limiter leur inquiétude et d’anticiper des réactions non attendues pouvant impacter le déroulement des soins :

« Quand [les familles] ne connaissent pas le service, moi je prends le temps de leur expliquer à quoi sert le scope, comment marche le respirateur, pour les sédatifs et tout ça. J’essaie de leur expliquer parce qu’ils n’osent pas trop demander au début. On voit bien qu’elles sont inquiètes et du coup il faut qu’elles comprennent que les machines et tout ça, c’est pour mettre toutes les chances de notre côté » (Camille, 31 ans, infirmière).

⁷⁹⁴ Hochschild A. R., 2003, *art. cit.*, p. 32-33.

⁷⁹⁵ *Ibid.* p. 34.

⁷⁹⁶ Legrand E., 2010, *art. cit.*

En adoptant ce type d'attitude, les soignants contribuent non seulement à donner du sens à l'expérience des familles, ces dernières « s'appuyant sur le registre de l'espoir »⁷⁹⁷, mais aussi, à délimiter le cadre même de leur expérience. Leurs discours reposent sur l'articulation du registre probabiliste d'une part, et de la mobilisation de l'ensemble des moyens disponibles pour « mettre toutes les chances de notre côté » d'autre part. Comme le précise un infirmier à ce propos :

« Nous, on ne peut pas leur dire comment ça va se passer. Après, moi quand je vois une famille pour la première fois, je leur dis qu'il [le malade] est dans le bon service et qu'on va faire tout ce qu'il faut. Je leur explique comment ça se passe et que s'ils ont des demandes ils peuvent venir nous voir » (Yoann, 29 ans, infirmier).

Ce type de travail émotionnel se précise au cours de l'hospitalisation, les soignants ajustant leurs discours et leurs attitudes en fonction de l'évolution de la trajectoire de la maladie. Dans le cas d'une trajectoire incertaine, ils entretiendront alors un certain flou autour de l'évolution probable de la trajectoire, en veillant à ne pas montrer de signes pouvant influencer à tort les représentations des proches. Il s'agit par-là de ne pas « donner de faux espoirs » ou d'éviter de prononcer sur une suite favorable ou défavorable en adoptant alors une attitude détachée. Si cette attitude s'observe déjà au début de la trajectoire, elle se révèle pleinement lorsque l'hospitalisation se prolonge et lorsqu'il est impossible de formuler un pronostic. En adoptant une certaine distance avec les familles, les soignants visent à minimiser certains sentiments qui pourraient nourrir toute forme d'espoir ou d'angoisse alors que la situation reste incertaine. Cette dernière attitude relève d'une « incertitude fonctionnelle »⁷⁹⁸ qui consiste à « surjouer » l'incertitude⁷⁹⁹ comme l'a montré Anne Paillet au sujet des médecins séniors des services de réanimation néonatale :

« Ainsi, lorsqu'une hypothèse neurologique pèse sur un patient, assumer leur rôle "managérial" implique pour les médecins séniors de faire très attention à ce qu'ils disent à haute voix de leurs évaluations [...]. Même lorsqu'ils ne sont pas très confiants

⁷⁹⁷ *Ibid.*, p. 54.

⁷⁹⁸ Davis F., 1960, *op. cit.*

⁷⁹⁹ Paillet A., 2000, « D'où viennent les interrogations morales ? Les usages rhétoriques des innovations par les pédiatres réanimateurs français », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 18, p. 43-64 ; voir également : Paillet A., 2007, *op. cit.*

dans l'avenir de tel ou tel enfant, ils tendent alors à minimiser, dans leurs discours, leurs propres inquiétudes — comme pour éviter de donner prise au “défaitisme” ». ⁸⁰⁰

Le travail émotionnel de type « cognitif » s'observe, en dernier lieu, dans le cas de trajectoires descendantes, en particulier lorsque sont évoquées des décisions de limitation ou d'arrêt des traitements. Dans ce cas, le travail émotionnel consistera en un ajustement de la relation de soin, marquée par la retenue puis l'empathie. Lorsque le décès est envisagé à court terme, les soignants ont plutôt tendance à montrer des signes de sollicitude, préparant les proches à l'entrée dans la phase du « fatalisme » ⁸⁰¹. Et lorsque le décès se profile suite à une trajectoire incertaine, ils adopteront d'abord une posture de retenue avant de montrer des signes d'empathie visant à orienter les familles dans la phase de « de déconstruction de l'espoir » ⁸⁰². Ainsi, lorsque la durée d'hospitalisation est relativement élevée, les personnels les invitent à se rapprocher du malade encore « techniqué » au détriment des dispositifs médicaux mis en œuvre dans le cadre du maintien en vie artificielle : « c'est seulement lorsque le patient entre dans la phase dite “de fin de vie” que le tout médical n'est plus légitime et qu'une brèche s'ouvre pour les émotions et l'expression du vécu de chacun » ⁸⁰³. Ainsi l'expérience des familles est-elle en partie façonnée par un travail émotionnel de type « cognitif », les interactions entre soignants et soignés étant toujours structurées selon l'évolution de la trajectoire du patient : une attitude de soutien constitutive de la « construction de l'espoir » ; une attitude de distanciation précédant la « déconstruction de l'espoir » ; une attitude de sollicitude lors de l'entrée dans le « fatalisme ».

Une deuxième technique de travail émotionnel observable dans les services est d'ordre « corporel ». Celle-ci consiste « à changer les symptômes somatiques ou d'autres symptômes physiques des émotions » ⁸⁰⁴. Pour les soignants, il s'agit alors d'interagir avec les familles en vue de canaliser certaines attitudes corporelles telles que le stress, l'anxiété ou la colère. On observe fréquemment toute sorte de techniques mobilisées par les soignants pour tenter d'apaiser des symptômes somatiques, comme le fait de parler à voix basse face à une personne agressive ou d'inviter un proche anxieux à respirer plus lentement :

⁸⁰⁰ *Ibid.*, p. 207.

⁸⁰¹ Legrand E., 2010, *art. cit.*, p. 57.

⁸⁰² *Ibid.*, p. 53.

⁸⁰³ Kentish-Barnes N., Valy J., 2016 (2013), *art. cit.*, p. 27.

⁸⁰⁴ Hochschild A. R., 2003, *op. cit.*, p. 34-35

« Moi je comprends bien qu'ils peuvent être énervés, ça arrive des fois. Quand c'est comme ça, on ne va pas s'énerver non plus, ça sert à rien même si des fois ça dégénère un peu. Tu leur demandes de se calmer, t'essaies de leur expliquer la situation, mais il faut le faire avec les bons mots. Tout le monde fait pas pareil, mais moi j'aime bien leur parler calmement, dire les choses tranquillement, c'est du feeling aussi » (Solène, 40 ans, aide-soignante).

À ces deux techniques de travail émotionnel s'en ajoute une troisième, de type « expressif », dont l'enjeu consiste à « tenter de changer d'expressivité pour changer de sentiment intérieur »⁸⁰⁵. Ce type de technique s'observe en particulier dans les situations difficiles ou embarrassantes où certains soignants n'hésitent pas à mobiliser l'humour qui, comme dans le cas du travail social⁸⁰⁶, peut s'avérer particulièrement efficace en direction des publics. Ainsi, comme le précise Julie, aide-soignante :

« On a beau gérer des décès toutes les semaines, il faut aussi arriver à lâcher du lest. Tu vois, il y a des trucs parfois qui sont dramatiques et il faut qu'on arrive à trouver la faille pour donner le sourire. Moi, je ne suis pas là que pour compatir avec le patient, à lui dire que je comprends sa souffrance et tout ça. Parce qu'avec tout ça, et bah le patient reste dans son truc, comme ça, toute la journée. Comment tu veux qu'il s'en sorte ? Il faut aussi un peu d'humour, il faut le faire respirer un peu. Alors après, il faut trouver le bon moment. Tu ne vas pas faire de l'humour tout le temps. J'ai eu un patient hier, il est avec une VNI [ventilation non invasive] depuis quarante-huit heures non-stop et là il essaie de me dire un truc, mais je ne comprends rien. Je me rapproche de lui et je lui dis "excusez-moi, mais est-ce que vous pouvez répéter je ne comprends pas ce que vous dites". Il répète et il me fait comprendre qu'il a mal à sa jambe. Mais c'est un monsieur qui a été amputé de la jambe droite. Je lui touche la jambe, je lui demande si c'est plutôt à la cuisse ou au mollet. Et avec ses yeux, il me fait voir l'autre jambe ! Mais je lui dis "c'est la droite dont vous me parlez ? C'est la patte folle là ?" Et là, il se met à rire et là j'ai eu l'impression que ça lui a fait du bien de trouver un mot pour parler de sa jambe amputée. Et du coup, on a fini par pouvoir enlever la VNI, et là, il me demande s'il a eu ses antalgiques. Alors je regarde et oui, mais là, il m'a dit "mais ma patte folle me fait un mal fou". Et là, il m'a regardé dans les yeux et j'ai compris que, voilà, qu'il y avait un truc qui c'était passé. Et l'après-midi, je le rase, je lui dis qu'on va faire un petit coup de propre là-dedans, parce que ça lui donne mauvaise mine. Il me dit merci, mais aussi

⁸⁰⁵ *Ibid.*

⁸⁰⁶ Demailly A., « "L'humour contre le persiflage". Une heuristique dans le travail social et l'action collective », *Le sociographe*, 2010/3, n° 33, p. 13-23.

parce que c'était plus léger sur le moment. Enfin voilà, après, il est amputé depuis un mois et demi, il a eu le temps d'y penser, d'encaisser, d'être triste. Il a eu le temps de passer par plein d'émotions et j'ai trouvé que c'était le bon moment et voilà » (Julie, 36 ans, aide-soignante).

Qu'elles soient attribuées au « *feeling* » ou à l'expérience personnelle des soignants, les différentes techniques de gestion des sentiments ne se limitent donc pas aux seules manifestations spontanées d'émotions individuelles. La mécanique de régulation des émotions constitue en effet une entreprise collective, définie par des « règles de sentiment »⁸⁰⁷ partagées au sein des services. Ainsi, « le travail qui consiste à rendre le sentiment et le cadre compatibles avec la situation est un travail dans lequel les individus prennent part intérieurement de façon continue. Mais ils le font en obéissant à des règles qui ne sont pas entièrement décidées par eux »⁸⁰⁸. Se pose alors la question des règles qui gouvernent la circulation des émotions en réanimation et sur lesquelles se construit l'expérience des familles et des malades.

1.2. Des « règles de sentiments » en tension

Pour être pleinement efficace, le travail émotionnel implique des soignants qu'ils s'appuient sur des règles communes, délimitant le cadre des interactions avec les malades et les familles. Ces règles constituent des repères pour l'action qui, comme le montrait déjà Durkheim en 1912 au sujet du deuil, dépassent le seul cadre individuel et organisent collectivement les conduites à tenir dans de telles situations⁸⁰⁹ :

« Le deuil n'est pas un mouvement naturel de la sensibilité privée, froissée par une perte cruelle ; c'est un devoir imposé par le groupe. On se lamente, non pas simplement parce qu'on est triste, mais parce qu'on est tenu de se lamenter. C'est une attitude rituelle qu'on

⁸⁰⁷ Hochschild A. R., 2003, *op. cit.*,

⁸⁰⁸ *Ibid.*, p. 36.

⁸⁰⁹ Marcel Mauss écrivait également au sujet de l'expression collective des sentiments individuels que « toutes ces expressions collectives, simultanées, à valeur morale et à force obligatoire des sentiments de l'individu et du groupe, ce sont plus que de simples manifestations, ce sont des signes des expressions comprises, bref, un langage. Ces cris, ce sont comme des phrases et des mots. Il faut dire, mais s'il faut les dire c'est parce que tout le groupe les comprend. On fait donc plus que de manifester ses sentiments, on les manifeste aux autres, puisqu'il faut les leur manifester. On se les manifeste à soi en les exprimant aux autres et pour le compte des autres » : Mauss M., « L'expression obligatoire des sentiments (rituels oraux funéraires australiens) », *Journal de psychologie*, Vol. 18, 1921, texte repris dans, Mauss M., 1968, *Essais de sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit, p. 88.

est obligé d'adopter par respect pour l'usage, mais qui est, dans une large mesure, indépendante de l'état affectif des individus. Cette obligation est, d'ailleurs, sanctionnée par des peines ou mythiques ou sociales »⁸¹⁰.

Ainsi peut-on observer des attitudes sensiblement similaires — de soutien, de distanciation et de sollicitude — de la part des soignants, dans des situations pourtant toujours singulières. La constance des attitudes adoptées par les soignants relève d'une organisation sociale des émotions, propre à chaque service. Elle est régie par des « règles de sentiments » qui définissent, pour chaque situation, des sentiments « normalement » attendus par les pairs :

« Par “règles de sentiment”, je fais référence aux lignes directrices qui régissent l'évaluation de l'adéquation ou de la non-adéquation entre sentiment et situation. Par exemple, selon une règle de sentiment, on peut, de façon légitime, être en colère contre son patron ou l'entreprise, selon une autre, on ne le peut pas »⁸¹¹.

Dans les services de réanimation, les règles de sentiments reposent en premier lieu sur l'éthique de l'audace transmise en héritage⁸¹², caractérisée par la lutte contre la maladie et la mort. Cette idéologie professionnelle suscite chez ces derniers le sentiment de devoir « prendre sur soi », et ce, dans toutes les phases de la trajectoire de la maladie. Ainsi la première des règles qui s'imposent dans le travail émotionnel consiste-t-elle, paradoxalement, en un contrôle de l'émotivité, en une recherche de neutralité affective. Cette posture est nourrie d'un imaginaire professionnel fondé sur un rapport à la technique qui implique de se concentrer sur la réalisation des soins, parfois même au détriment de l'expérience des familles :

« Quand tu as les familles qui sont là et qui pleurent, parce que le patient se réveille pas ou quoi, c'est toujours difficile. Moi, ça m'arrive d'oublier qu'il y a les familles. Enfin, tu oublies pas vraiment, mais tu mets ça dans un coin de ta tête parce que sinon tu peux plus rien faire » (Florence, 30 ans, infirmière).

⁸¹⁰ Durkheim E., 1968 (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 568.

⁸¹¹ Hochschild A. R., 2003, *op. cit.*, p. 39.

⁸¹² Voir le chapitre 1.

« Nous, quand on prend en charge c'est pour la ré-animation. Le patient, il est mort, il faut lui redonner la vie. C'est pas le relationnel qui va le sauver ! » (Florent, 27 ans, infirmier).

Cette règle de sentiment, qui constitue une stratégie défensive vis-à-vis des émotions, tend néanmoins à se redessiner au cours de la trajectoire de la maladie. Une fois passés les temps d'incertitudes diagnostiques et thérapeutiques, la « norme de neutralité émotionnelle »⁸¹³ affective tend en effet à s'essouffler pour laisser la place à l'expression des sentiments. Ces derniers relèveront alors, soit du registre de la compassion, de l'empathie lors d'une « mort prématurée »⁸¹⁴ et du soulagement lors d'une « mort prolongée »⁸¹⁵, soit du registre de la joie et de l'encouragement lors d'une trajectoire ascendante. Dans l'un comme dans l'autre de ces cas, ce sont les familles qui expriment le plus clairement leurs émotions, les soignants s'employant quant à eux à réprimer tout sentiment de tristesse, de colère ou de consternation face à l'échec que peut représenter le décès d'un patient :

« Moi, je me dis que je suis là pour aider les familles quand ça va pas. Quand ça merde, je pleure pas, enfin je pleure, mais c'est pas devant les familles, parce qu'elles ont pas besoin de ça » (Angélique, 39 ans, infirmière).

Les règles de sentiment restent donc déterminées par une « éthique de l'audace » à partir de laquelle les soignants construisent leur expérience de la réanimation. La relation de soin peut alors s'avérer problématique dans la mesure où l'expression des sentiments diffère sensiblement entre soignants et soignés : les premiers privilégiant une attitude de retenue convoquée dans la gestion des émotions des familles — et peut-être plus encore de leurs propres émotions ; les seconds exposant le besoin de s'exprimer plus ouvertement quant à leur expérience de la réanimation. Ce faisant, les règles de sentiments laissent entrevoir une certaine ambiguïté quant à la relation de soin, ambiguïté qui se révèle pleinement dans les « coulisses » du travail émotionnel.

⁸¹³ Mercadier C., 2002, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Paris, Seli Arslan.

⁸¹⁴ Hintermeyer P., « Les critères du bien mourir », *Gérontologie et société*, 2004/1, vol. 27, n° 108, p. 76-80.

⁸¹⁵ *Ibid.*

2. Les coulisses du travail émotionnel

Comme dans tout travail sur « matériau humain »⁸¹⁶, le travail soignant renferme différents enjeux émotionnels, observables, non seulement, à travers les interactions entre les soignants et les soignés, mais aussi dans le rapport à l'objet lui-même. Face aux incertitudes que suscite le travail auprès des personnes particulièrement vulnérables, les soignants de réanimation mobilisent alors des stratégies défensives⁸¹⁷ destinées à conserver un certain contrôle sur le travail, où « garder la face » constitue un impératif professionnel de premier ordre. Dans le cadre des reconfigurations du travail soignant, doublé d'une évolution des profils des patients admis dans les services, s'observe cependant une fragilisation de ces mécanismes de défense, menaçant, à terme, le maintien et l'engagement dans le travail. Les « coulisses » du travail émotionnel constituent à ce titre une vitrine des inquiétudes qui pèsent sur le professionnalisme, mais aussi, dans le même temps, un moyen d'appréhender les réponses apportées par les soignants pour se maintenir dans le travail.

2.1. « Garder la face » : un impératif pour la conduite du travail

L'expérience soignante de la réanimation repose sur un imaginaire professionnel marqué par la nécessité de « prendre sur soi ». Face à des situations critiques caractérisées par l'incertitude et la vulnérabilité, il s'agit alors pour les soignants de *garder la face*⁸¹⁸, entreprise qui, selon l'acception d'Erving Goffman, consiste à entretenir une « bonne » image de soi auprès des différents auditoires en présence :

« On peut définir le terme de *face* comme étant la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier. La face est une image du moi délinéée selon certains attributs sociaux approuvés, et néanmoins partageable, puisque, par exemple, on peut donner une bonne image de sa profession ou de sa confession en donnant une bonne image de soi »⁸¹⁹.

⁸¹⁶ Goffman E., 1968, *op. cit.*, p. 121-130.

⁸¹⁷ Dejours C., 1998, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Le Seuil.

⁸¹⁸ Goffman E., 1974, *op. cit.*

⁸¹⁹ *Ibid.*, p. 9.

L'entretien de cette image professionnelle implique cependant une forme de « performance émotionnelle »⁸²⁰ qui, dans le cadre de la réanimation, se fonde sur quelques aspects les plus élémentaires du travail sur l'homme. Le contact prolongé avec des patients en situation de grande vulnérabilité implique inéluctablement l'exposition à différentes sources de tensions émotionnelles, susceptibles d'affecter leur rapport aux soins. Celles-ci s'appréhendent non seulement dans le rapport que les soignants entretiennent avec l'objet du travail — le patient — et son environnement — la famille —, mais aussi compte tenu de leur propre trajectoire biographique et de leur projection dans l'avenir. Sans prétendre à l'exhaustivité, les sources de tensions émotionnelles présentées ici ont pour ambition de mettre en lumière l'impératif du travail émotionnel, nécessaire pour la conduite du travail.

Tensions émotionnelles dans le travail corporel

En tant que travail sur l'homme, le travail soignant « n'entre ni dans le cadre du “travail sur le personnel” ni dans celui des relations de service. La tâche du personnel d'encadrement n'est pas d'effectuer un service, mais de travailler sur des objets, des produits, à cela près que ces objets, ces produits, sont des hommes »⁸²¹. Ainsi le contact avec le « matériau humain » est-il sensiblement différent du travail sur des objets inanimés, en ce sens où « la personne est presque toujours considérée comme une fin en soi »⁸²².

Cette finalité revêt une signification particulière dans les services de réanimation, le travail étant réalisé sur des corps fragilisés, ceux de malades « qui “ne veulent pas se réveiller”, et à des états de conscience crépusculaires »⁸²³. Les différentes tâches de mobilisation des patients, des soins techniques, d'hygiène ou de confort, s'inscrivent dans un double rapport au corps, celui d'un travail réalisé sur des « entre les vivants qui sont presque des morts et les morts que l'on croit encore vivants »⁸²⁴. Dans la mesure où la frontière entre matériaux humains et objets inanimés est particulièrement poreuse en réanimation, le travail sur des « corps inanimés » est une source particulière de tensions pour les soignants comme l'indiquent nombre d'entre d'eux :

⁸²⁰ Soares A., « La charge émotionnelle du travail infirmier », *Objectif Prévention*, Vol. 23, n° 2, 2000a, p. 10.

⁸²¹ Goffman E., 1968, *op. cit.*, p. 121.

⁸²² *Ibid.*, p. 123.

⁸²³ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 67.

⁸²⁴ Thomas L.-V., 2006, *art. cit.*, p. 16.

« Il y a des patients qui enroutent, enfin, ce sont des patients, tu sais que tout est grillé niveau neuro, mais ils bougent quand même. Sauf que tu n'as plus du tout de contact, mais ils bougent quand même. Ils conservent des mouvements spontanés et tout ça et des fois c'est compliqué » (Ludivine, 33 ans, aide-soignante).

S'il peut être « compliqué » lorsqu'il s'agit de patients « ordinaires », le rapport au corps devient plus problématique lors de l'hospitalisation d'un proche, rappelant aux soignants toute la complexité de la prise en charge de patients en état crépusculaire :

« Mais nous, c'est déjà arrivé qu'on ait eu un vrai coup dur comme ça. On a une de nos collègues qui a eu un grave accident de voiture et qui est décédée récemment. Ça a été... Elle a eu son accident sur l'autoroute et puis il y a eu le SAMU et les pompiers, ils l'ont amené directement chez nous [...]. Le scanner a été catastrophique. Elle avait un gros hématome au cerveau, de l'œdème et tout ça, mais le pire c'est que le reste elle n'avait même pas un bras cassé, pas de lésions sur elle, rien... [...]. Les médecins ont pris la décision ensemble, et après, ils nous ont prévenus. On savait déjà en fait qu'elle était en mort cérébrale, mais comme elle n' "engageait"⁸²⁵ pas, on ne pouvait pas arrêter le respirateur sinon ça devient de l'euthanasie. Sauf que là, avec le scanner qu'il y a eu, elle ne pouvait pas engager, mais elle avait tellement d'œdème dans le cerveau que ce n'était plus possible. Donc voilà, là ils ont dit stop. Ils ont appelé la famille, ils ont expliqué tout ça et voilà. Mais tu vois, nous c'est une fois, plusieurs fois par semaine, mais là, c'est vraiment pas pareil » (Julie, 36 ans, aide-soignante).

L'ambiguïté que suscite le rapport aux « corps inanimés » est donc porteuse de contradictions qui varient selon les situations. En réanimation chirurgicale comme en réanimation médicale, ces contradictions sont d'autant plus fortes qu'aucun signe d'atteinte ou de défaillance vitale n'est visible sur le corps, révélant néanmoins une autre source de tension émotionnelle particulière, celle de l'attachement aux malades et aux familles.

Le « risque » de l'attachement

Déjà en 1961, Erving Goffman soulignait les « pièges de la compassion » dans le cadre de l'institution totalitaire⁸²⁶. Il précisait alors que :

⁸²⁵ « Engager » signifie communément « décéder naturellement ».

⁸²⁶ Goffman E., 1961, *Asylums : Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday Anchor, New York.

« Quelle que soit la distance que le personnel essaie de mettre entre lui et ces “matériaux” ceux-ci peuvent faire naître des sentiments de camaraderie, voire d’amitié. Il existe un danger permanent que le reclus prenne une apparence humaine. Le personnel compatissant souffrira alors lorsqu’il lui faudra le soumettre à un traitement rigoureux (c’est pourquoi les officiers prétendent garder leurs distances à l’égard de leurs hommes) »⁸²⁷.

Un cas de figure relativement similaire s’observe dans le cadre de la relation de soins en réanimation. En effet, bien qu’ils travaillent le plus souvent sur des patients inanimés, sédatisés ou en état de coma caractérisé, les soignants entretiennent néanmoins certains liens avec ces malades, et plus encore, avec les familles. On retiendra ici trois éléments susceptibles d’influer sur la relation de soin, dont la conséquence constitue, à terme, un certain « risque d’attachement » dérogeant aux règles de sentiment admises dans les services.

Le premier, et peut-être le plus inéluctable de ces facteurs d’attachement n’est autre que l’entrée dans l’intimité des malades induite par la nécessité des soins d’hygiène et de confort. Ainsi les soignants sont-ils confrontés à la nudité et à la trajectoire corporelle des malades dont ils ont la charge, formulant toute sorte d’hypothèses quant à l’histoire personnelle des malades. Une cicatrice, un tatouage, ou tout autre marqueur corporel seront alors l’objet de suppositions ou d’échanges avec les malades, lorsque ces derniers sont réveillés, ou avec leur proche si la situation le permet. À l’intimité physiologique s’ajoute donc une intimité sociale, les soignants ayant une connaissance particulière de la trajectoire biographique des malades. Cette connaissance peut alors, comme dans toute relation, conduire à un certain attachement, au risque d’affecter les soignants au cours de la trajectoire de la maladie :

« Il y a des gens qui te marquent plus que d’autres. Et c’est beaucoup plus facile quand tu n’as pas suivi les familles parce qu’on rentre quand même dans leur intimité, on connaît beaucoup de choses sur eux. Bon, c’est beaucoup plus facile de faire un décès sur quelqu’un, sur une famille que tu n’as pas suivie que sur quelqu’un que tu as suivi » (Aurélie, 40 ans, infirmière).

⁸²⁷ Goffman E., 1968 (1961), *op. cit.*, p. 129.

Le sentiment de connaître intimement le malade est engendré non seulement par la nature des soins réalisés, mais aussi par la répétition des échanges avec les familles. Il résulte également d'une appropriation de l'espace par ces dernières, apportant des effets personnels divers, produits sanitaires, livres, musique, photos, etc., souvent, paradoxalement, sur invitation des personnels. L'espace des interactions — et de l'attachement — est alors partagé entre un environnement médicalisé qui devient progressivement l'espace du malade et de ses proches. Ce partage qui tend à se normaliser avec l'évolution de l'éthique médicale et les réflexions engagées sur l'accueil des familles⁸²⁸, peut alors redessiner les contours de l'interaction et des règles de sentiment auxquelles les soignants se soumettent, comme le rapportait Renée Fox au sujet de l'aménagement des salles d'examen :

« Les caractéristiques d'une salle d'examen possèdent des supports semblables qui jouent un rôle important pour les professionnels médicaux (et leurs patients) afin de leur permettre de contrôler certains sentiments qui, autrement, seraient éveillés [...]. Dans une certaine mesure, des changements fondamentaux dans "l'aménagement intérieur" de cette salle et plus particulièrement les modifications qui tendraient à la rendre plus personnalisée et plus "accueillante", pourraient facilement troubler l'équilibre professionnel du médecin ou de l'infirmier(e) durant l'examen »⁸²⁹.

Ainsi, lorsqu'un patient est hospitalisé depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines dans un même service, les soignants ont tendance à exprimer un certain attachement qu'ils savent pourtant problématique :

« Des fois tu vois ça m'arrive d'avoir un petit coup de blues. Mais dans ce cas-là, bon, on tourne beaucoup donc ça aide. Enfin tu vois, je me rappelle d'une famille que j'avais suivie. J'avais tellement assisté aux entretiens, je les suivais depuis tellement longtemps que je pouvais plus les suivre. J'étais prête à pleurer avec eux, je savais que ça allait mal. Et bah Florence m'a dit "tiens, prends une autre chambre on va tourner" » (Camille, 31 ans, infirmière).

⁸²⁸ Parmi les nombreux travaux sur ce sujet, voir par exemple : Azoulay E., « Donner du pouvoir aux familles des patients de Réanimation », *Laennec*, 2009/4, T. 57, p. 35-46 ; Azoulay E., Pochard F., Chevret S., « Family participation in care to the critically ill : opinions of families and staff », *Intensive care Med*, 2003, Vol. 29, p. 1498-1504 ; Durand-Gasselín J., « Quelle place pour les familles en réanimation ? », *Réanimation*, Vol. 19, Issue 3, Mai 2010, p. 258-264.

⁸²⁹ Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 69.

S'il ne peut s'y réduire totalement, le processus par lequel les soignants tissent des liens plus ou moins forts avec les malades et les familles reste donc façonné par le travail sur le corps, la fréquence des échanges et la personnalisation d'un environnement médicalisé. Aussi est-il possible d'observer que l'attachement aux malades peut « constituer une menace pour l'équilibre des rapports fondé sur le maintien d'une certaine distance entre ses collègues et les reclus »⁸³⁰, mais également dans le maintien des personnels vis-à-vis de l'activité elle-même.

Trajectoires en souffrance et propension à l'émotivité

Une troisième source de tension émotionnelle apparaît dans le cadre des « trajectoires en souffrance », associées par les soignants à la survenue d'un événement brutal et inattendu marquant une rupture durable ou définitive dans la vie du malade. La catégorisation de ces trajectoires repose en premier lieu sur l'âge du malade, la cause de son admission ainsi que sur les séquelles présumées. Car, s'ils s'accordent sur le fait que toute hospitalisation en réanimation constitue nécessairement une épreuve pour les malades, les familles et aussi sans doute pour eux-mêmes, les soignants restent cependant particulièrement sensibles à certains cas, dès lors que ceux-ci leur apparaissent comme des trajectoires « en souffrance » :

« Ce qui me dérange en réanimation c'est, comment dire, j'en ai marre d'avoir des trucs tristes. C'est plein de trucs cons, qui peuvent arriver n'importe quand à n'importe qui. On voit plein de jeunes, et ça, c'était pas trop comme ça avant. Pourtant ça fait cinq ans que j'y suis et on voyait très peu d'anévrismes à trente ans et maintenant, voilà, on en a de plus en plus. Tu vois la misère, tu vois des trucs terribles et du coup tu te projettes. Tu te dis le pauvre, sa vie elle est foutue et toi, t'es comme eux en fait. Et aussi, tu vois la famille, tu vois la souffrance et ça, c'est pesant aussi » (Carine, 33 ans, aide-soignante).

Deux types de représentations prédominent donc dans la catégorisation des « trajectoires en souffrance ». La première renvoie à la prise en charge de patients en âge avancé, hospitalisés le plus souvent pour des pathologies respiratoires, cardiaques, chocs septiques, etc.⁸³¹.

⁸³⁰ Goffman E., 1968, *op. cit.*, p. 130.

⁸³¹ Au sujet des pathologies concernant les personnes âgées prises en charge dans les services : Guidet B., Boumendil A., Garrouste-Orgeas M., Paterona D., « Admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences. État des lieux », *Réanimation*, 2008, Vol. 17, p. 790-801 ; Raveau T, Annweiler C, Chudeau N,

Bien qu'elles suscitent une certaine affliction chez les soignants, ces trajectoires restent cependant associées à la fragilité et à la vulnérabilité qu'ils attribuent au vieillissement⁸³², les rendant alors plus acceptables — ou alors, moins insupportables :

« C'est pas pareil quand ce sont des vieux. Tu te dis que c'est plus simple, que c'est normal en fait. Et puis bon, même si c'est dur aussi parfois, quand c'est des vieux, tu sais qu'ils ont la vie heu, la vie derrière eux et puis voilà, ça passe plus facilement » (Antoine, 38 ans, infirmier).

« Alors oui, d'accord, après j'ai qu'un an et demi de recul par rapport à la réanimation. Du coup, je fais plus ou moins partie des nouvelles. Avant, j'ai fait seize ans de gériatrie. C'est un peu un fossé quoi. C'est autre chose, c'est autre chose rien qu'au niveau de la population parce que tu imagines bien qu'en gériatrie j'avais les personnes âgées et qu'en réanimation... Bon après, c'est dans l'ordre des choses, la mort, enfin voilà, on vieillit et c'est dans l'ordre des choses. Là, ce qui change c'est que ce sont des jeunes, des accidents et que c'est un peu plus dur au niveau moral. Des fois, il faut être costaud quoi... » (Émeline, 42 ans, aide-soignante).

En opposition à ce premier type de trajectoires, les soignants expriment une certaine lassitude, si ce n'est un découragement, envers la prise en charge des patients plus « jeunes », souvent victimes d'accidents biographiques — accidents sur la voie publique, rupture d'anévrisme, accidents domestiques, etc. Ce sentiment est d'autant plus vif, qu'en plus d'être inattendu, il met en jeu l'avenir probable du malade :

« Mais je me rendais pas compte qu'il y avait autant de choses tragiques... Quand tu sais pas, quand tu vis pas dedans, tu ne sais pas. Moi, un cas qui m'a beaucoup touché et qui a touché tout le monde je pense, c'est un monsieur qui a sauté dans vingt centimètres d'eau. Moi, je n'y aurais jamais pensé avant. C'était un jeune qui faisait la fête avec ses copains, et il a sauté dans une mare en pensant qu'il y avait de l'eau et en fait voilà, il est devenu tétraplégique. Combien de fois, nous, on a sauté dans des étangs et tout ça ? Et là, tu te dis merde, c'est débile. C'est pareil, tu te dis, combien de fois tu as des gens

Gergaud S, Thiery S, Gautier J, Beauchet O, Mercat A, Lerolle N., « Évaluation gériatrique standardisée en secteur de réanimation : étude pilote pré-Seniora », *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2013 ; 11(4), p. 389-395.

⁸³² Rappelons que « le vieillissement, appréhendé à l'échelon des populations, se caractérise par une réduction des capacités fonctionnelles et par l'augmentation d'incidence des maladies liées à l'âge. La probabilité d'être victime de ces maladies apparaît donc plus élevée à un âge donné, mais il ne s'agit que d'une possibilité plus forte et non d'une fatalité » : Jeandel C., « Les différents parcours du vieillissement », *Les Tribunes de la santé*, 2005/2, n° 7, p. 29-30.

qui se font renverser dans la rue. Alors, c'est débile, et c'est ça qui est dur » (Carine, 33 ans, aide-soignante).

Cette catégorisation renvoie alors pour les soignants, non seulement aux hasards de la vie dont les conséquences parfois tragiques s'observent en réanimation, mais aussi dans une autre mesure, à l'idée qu'ils restent eux-mêmes particulièrement vulnérables face aux accidents biographiques.

Trajectoires biographiques et « contamination symbolique »

Les sentiments de peur, d'appréhension ou d'angoisse suscités par les trajectoires en souffrance des patients dont ils ont la charge soulèvent une autre source de tension émotionnelle. Celle-ci prend forme lorsque les malades présentent des caractéristiques sociales similaires à celles des soignants, faisant naître une peur de la « contamination symbolique »⁸³³. Ainsi les soignants sont-ils exposés à des malades qui ont l'âge de leur enfant, de leurs parents ou de tout autre proche pour certains, et le même patronyme, le même prénom ou tout autre attribut social similaire à leur propre situation pour d'autres. Dans la plupart des cas, les soignants soulignent alors le « poids » de ces similitudes avec leur propre trajectoire biographique, suscitant chez eux des processus d'identification et des inquiétudes plus ou moins maîtrisées :

« Par contre, il y a un cas qui est dur. C'est quand tu commences à avoir des enfants. Là, tu te dis, heu, tu transposes... Tu penses "accident de voiture". Tu te dis, "attention à ci, attention à ça". Tu sais que ça peut arriver à n'importe qui, donc bon... » (Cyril, 34 ans, infirmier).

« Une fois, ça m'est arrivé d'avoir un petit coup au moral parce que c'était un jeune de vingt ans qui ressemblait vraiment beaucoup à mon gamin et il avait le même nom... Ça m'est arrivé de m'occuper de lui et d'avoir les larmes aux yeux et là, tu te dis "non c'est bon, stop. Tu sors de la chambre et tu vas te poser un peu". Enfin voilà, tu es obligé aussi de prendre du recul à un moment sinon c'est pas possible » (Stéphanie, 44 ans, aide-soignante).

⁸³³ Mercadier C., 2002, *op. cit.*

« Après, ce qui m'a le plus choqué, c'est quand on se retrouve avec des jeunes, quand tu apprends que c'est un accident de scooter et puis que ça a l'âge de tes enfants, là ça te travaille un peu... » (Jean, 45 ans, brancardier).

Par conséquent, le travail sur « matériau humain » engage des affects qui dépassent le seul cadre de la réalisation de soins et qui peuvent conduire dans certains cas au renoncement des soignants vis-à-vis de l'activité. On comprend mieux alors comment la « norme de neutralité affective »⁸³⁴, bien que destinée au contrôle des émotions et des interactions, est également mobilisée par les soignants pour faire face à leurs propres incertitudes.

2.2. Stratégies de défenses et mécanique de la distanciation

Comme on l'a vu, « garder la face » constitue un double impératif dans la conduite du travail, en raison, non seulement, du contrôle des interactions avec les malades et les familles, mais aussi, des enjeux de préservation de soi face à l'incertitude émotionnelle. Néanmoins, le façonnement et la préservation d'une image professionnelle « consistante »⁸³⁵ ne sont rendus possibles qu'au moyen d'un « apprentissage au détachement » (« *detached concern* »)⁸³⁶ convoqué « pour faire face aux aspects les plus éprouvants de leur travail »⁸³⁷. Ainsi peut-on observer quatre principaux types de mécanismes en usage dans la gestion des émotions et le maintien de la « face » en réanimation.

Le premier de ces mécanismes s'observe dans le rapport à l'objet — au matériau humain — lui-même. Il consiste en un « engagement cognitif »⁸³⁸ à travers lequel les soignants concentrent, d'abord et avant tout, leur attention sur le versant technique des soins. Présenté par ces derniers comme une nécessité visant à l'efficacité thérapeutique, cet engagement représente un moyen, pour eux, de se protéger des émotions suscitées par la vulnérabilité des corps fragilisés : en attachant une certaine importance à la démarche thérapeutique ainsi qu'à la réalisation de soins techniques, ils se prémunissent alors face à la complexité émotionnelle que peut générer le travail sur l'homme. Il est d'ailleurs fréquent que les soignants insistent davantage sur le versant technique de la prise en charge, le type de pathologie ou l'environnement matériel, lorsqu'ils présentent l'activité aux élèves et

⁸³⁴ *Ibid.*

⁸³⁵ Goffman E., 1974, *op. cit.*, p. 10.

⁸³⁶ Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 66-75.

⁸³⁷ *Ibid.*, p. 67.

⁸³⁸ *Ibid.*

stagiaires infirmiers ou aides-soignants, cette vision étant soutenue par la nature d'un travail sur des « matériaux humains inanimés ». Ainsi, même lorsqu'ils évoquent « leurs » patients, les soignants ont pour coutume d'employer des acronymes et des euphémismes (« le trauma de la chambre 5 » ; « le suicidé du 12 » ; « le jeune de l'AVP » ; etc.⁸³⁹) destinés à garder une certaine maîtrise sur leurs affects. Il s'agit ici d'une forme de « réductionnisme scientifique », rendue possible par la mobilisation de formules métonymiques qui permettent « d'affronter intellectuellement, émotionnellement et pratiquement des situations qui, sans cela, seraient accablantes et paralysantes »⁸⁴⁰.

À l'engagement intellectuel s'ajoute alors un deuxième type de mécanisme, d'ordre relationnel. Tantôt valorisée et tantôt occultée dans l'imaginaire infirmier⁸⁴¹, la relation de soin constitue en effet un enjeu central dans la mise à distance des familles et dans la gestion des émotions. En réanimation, comme dans d'autres services, elle relève d'un « processus de rationalisation du travail relationnel [où] l'engagement personnel incontrôlé doit laisser la place à une distanciation toute professionnelle »⁸⁴². Ainsi peut-on observer différentes postures de mise à distance, comme, par exemple, lorsque les soignants « surjouent » l'incertitude⁸⁴³. Présentée comme un gage de professionnalisme envers les malades et les familles, la rationalisation de la relation de soin constitue un autre mécanisme de défense, à travers lequel les soignants se protègent des réactions émotionnelles des familles et des malades. Il s'agit alors d'anticiper non seulement le poids des émotions, mais aussi, celui de l'incertitude qui pèse quant à l'évolution de la trajectoire de la maladie.

La trajectoire de la maladie est d'ailleurs le support d'un troisième type de mécanisme de défense que Renée Fox rassemble sous les termes de « magie du scientifique »⁸⁴⁴. Ce mécanisme « consiste essentiellement dans des modes de comportement magiques qui ressemblent et même simulent certaines attitudes médicales scientifiques ou qui se cachent derrière celles-ci et qui aident les médecins et les infirmier(e)s à affronter les problèmes posés

⁸³⁹ La désignation des malades oscille néanmoins entre l'emploi de formules de détachement et celui, à l'inverse, de formules d'attachement (« mon petit patient » ; « ma petite dame », etc.). L'oscillation repose sur donc sur la catégorisation opérée par les soignants, au regard des similitudes entre leur trajectoire sociale et celles des patients.

⁸⁴⁰ *Ibid.* p. 67.

⁸⁴¹ Formarier M., 2007, *art. cit.*

⁸⁴² Loriol M., « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière », *Prévenir*, 2001, n° 40 « Travail et santé », p. 183.

⁸⁴³ Paillet A., 2007, *op. cit.*, p. 207.

⁸⁴⁴ Fox R., « The Sociology of Modern Medical Research » in Leslie C., (ed.), 1976, *Asian Medical Systems*, Berkeley : University of California Press, p. 102-114.

par l'incertitude, les limites des thérapies et leurs significations en "ritualisant leur optimisme" (comme l'aurait écrit l'anthropologue Bronislaw Malinowski) »⁸⁴⁵.

Dans le cas de la réanimation, on retrouve ainsi trois formes caractéristiques de la « magie du scientifique » telle qu'elle a été définie par Renée Fox. Une première forme consiste en effet à afficher une certaine confiance, voire une croyance dans la culture médicale, selon les préceptes du « *we shall overcome* » (surmonter les difficultés)⁸⁴⁶. Malgré leur propension au pessimisme, les soignants entretiennent alors une certaine confiance vis-à-vis de l'évolution de la trajectoire de la maladie, en particulier, lorsque des signes d'amélioration se font jour.

Une deuxième forme consiste en une série informelle de paris ouverts sur la suite de l'hospitalisation et son issue. Derrière ce que Renée Fox nomme les « jeux du hasard », ces paris constituent non seulement « une manière collective d'exprimer la part de hasard inhérente à la science et à la pratique médicale »⁸⁴⁷, mais aussi, lorsqu'un pari est « gagné », une « maîtrise symbolique de ce hasard en même temps qu'une victoire schématique sur cette dernière »⁸⁴⁸. En formulant des paris sur l'évolution d'une maladie, les soignants s'emploient donc à définir une ligne de conduite en adéquation avec l'évolution de la trajectoire qu'ils estiment la plus probable. Cette forme rituelle permet de conserver un rapport cohérent avec la réalisation des soins, visant à anticiper les faux espoirs et les conséquences que ces dernières peuvent avoir sur la croyance en la médecine. Ainsi :

« le jeu de hasard est en même temps une protestation et une requête. C'est une manière rituelle d'affirmer que les actions des professionnels médicaux sur leurs patients, l'évolution d'une maladie, la vie et la mort devraient avoir plus d'ordre et de sens que le jeu de dés ou de roulette »⁸⁴⁹.

Une troisième forme caractéristique de la « magie du scientifique » concerne une pratique rituelle qui consiste en un « syndrome de la célébration »⁸⁵⁰. Cette forme s'apparente aux pratiques de rites de passage⁸⁵¹ en ce qu'elle donne lieu à une « seconde naissance »⁸⁵².

⁸⁴⁵ Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 71-72.

⁸⁴⁶ *Ibid.*, p. 72.

⁸⁴⁷ *Ibid.*, p. 73.

⁸⁴⁸ *Ibid.*

⁸⁴⁹ *Ibid.*

⁸⁵⁰ *Ibid.*, p. 74.

⁸⁵¹ Van Gennep A. 1981 (1909), *op. cit.*

⁸⁵² Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 74.

Il s'agit alors pour les personnels de se remémorer ou de célébrer un événement particulier, à l'occasion par exemple du rétablissement inattendu d'un patient « mal engagé » comme on l'a vu à propos d'Alexis. Ainsi les soignants conservent-ils précieusement certains des mots adressés par les familles à l'issue d'une hospitalisation, non seulement pour se remémorer le sens donné à l'activité, mais aussi pour entretenir un rapport positif au travail.

Un dernier type de mécanisme de défense mobilisé dans l'acceptation face à l'incertitude, à la souffrance et à la mort n'est autre que l'humour. Bien connu dans le milieu médico-social et dans la littérature en sciences sociales⁸⁵³, l'humour constitue en effet une ressource essentielle quand il s'agit de travail sur l'homme et d'interactions difficiles où s'entrecroisent des sentiments d'impuissance, de frustration, de souffrance ou de désarroi. Dans le cadre de l'expérience soignante de la réanimation, l'humour s'articule autour de deux formes bien particulières. La première consiste en l'expression d'un humour à connotations sexuelles et scatologiques qui permet aux soignants de mettre à distance les craintes liées aux tabous de la sexualité et de la souillure⁸⁵⁴ en les tournant en dérision. Il s'agit alors pour les soignants d'exprimer les craintes liées à la transgression des règles de pudeur ou à la contamination symbolique de la souillure :

« La crainte de la souillure du patient entretient la peur de la marque de l'Autre sur soi, “émanation” pathologique, voire pathogène, sur un être tout de blanc vêtu, peur partagée par la majorité du personnel soignant. Cette crainte se soumet donc à deux lectures, non exclusives l'une de l'autre : elle est à la fois l'appréhension biologiquement fondée d'une transmission d'agents pathogènes — donc de la maladie — et l'anxiété du risque de contagion du statut social du malade »⁸⁵⁵.

⁸⁵³ Parmi les travaux sur le sujet, citons par exemple : Besson G., « L'humour, ressource personnelle et collective dans l'action sociale », *Vie sociale*, 2010/2 n° 2, p. 49-58 ; Carole P., « Quand l'humour est un impératif du travail social », *Le Sociographe*, 2010/3 (n° 33), p. 97-105 ; Bouquet B., Riffault J., « L'humour en action : des travailleurs sociaux racontent... », *Vie sociale* 2010/2 (n° 2), p. 77-82, Le Lay S., Pentimalli B., « Enjeux sociologiques d'une analyse de l'humour au travail : le cas des agents d'accueil et des éboueurs », *Travailler*, 2013/1 n° 29, p. 141-181 ; Le Rest P., « Amer humour. Quand le désenchantement du travail social ne fait plus rire ! », *Le Sociographe* 2010/3 (n° 33), p. 87-96 ; Frisch-Gauthier J., « Le rire dans les relations de travail », *Revue Française de Sociologie*. 1961, 2-4, p. 292-303.

⁸⁵⁴ Douglas M., 1992, *op. cit.*

⁸⁵⁵ Amiel C., 2005, *art. cit.*

La seconde forme d'humour relève d'un type bien particulier, que l'on pourrait associer aux activités médicales « à risque » comme dans le cas de la cancérologie⁸⁵⁶ ou de la chirurgie⁸⁵⁷, résultant « d'un mélange d'ironie, de bravade et d'autoquoquerie, souvent impie, provoquant et macabre, il ressemble de près à ce que Freud appelait "Galgenhumor" (humour noir) »⁸⁵⁸. Cet humour noir s'observe particulièrement dans le cas des situations dramatiques ayant trait, pour la plupart d'entre elles, au tabou de la mort ainsi qu'au sentiment d'échec face à celle-ci. Il n'est alors pas rare que les soignants usent de l'humour noir pour se distancier, comme lorsqu'ils rejettent parfois, avec ironie, la faute aux malades « trop fainéants pour s'accrocher » ou qu'ils usent d'euphémismes précisant qu'un malade « a pris rendez-vous avec Saint-Pierre ».

Qu'elle soit à connotation sexuelle, scatologique ou morbide, l'expression humoristique est cependant toujours associée à la mise en péril de l'expérience soignante. Les manifestations de l'humour interviennent dès lors comme catharsis dans des situations de tension exacerbée, situations dans lesquelles l'acceptation du « pire » et le « prendre sur soi » trouvent leurs limites :

« Après, on a des vanes on a des plaisanteries, on a des choses où, prises à froid, c'est... c'est très cru [...]. Enfin voilà, des fois on est obligé aussi de porter les choses en dérision. On n'a pas le choix » (Aurélié, infirmière, 40 ans).

« Et tu as toujours un con qui va dire une connerie et ça va désamorcer la tension parce que, quand tu es à deux, tu ne désamorces pas de la même façon que quand tu es à quinze » (Julie, aide-soignante, 36 ans).

En somme, s'ils sont le fruit d'une socialisation professionnelle caractéristique du travail sur l'homme, ces différents mécanismes de distanciation — cognitifs, relationnels, idéologiques et comportemental — s'inscrivent dans le contexte socioculturel spécifique de la réanimation et de ses incertitudes. Ils constituent en ce sens un ensemble de savoirs et de pratiques informelles qui participent au bon déroulement des soins et au maintien de l'organisation du travail de réanimation. Et pour le dire autrement :

⁸⁵⁶ Joshua A.M., Cotroneo A., Clarke S., « Humor and Oncology », *Journal of Clinical Oncology*, 2005, 23(3), p. 645-648.

⁸⁵⁷ Zolezio E., « Distanciation et humour noir : modes de gestion de la mort par les chirurgiens », in Schepens F., (*dir.*), 2013, *op. cit.*, p. 91-104.

⁸⁵⁸ Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 69.

« Leur magie, leur humour, leur langage spécifique et la façon dont ils se combinent et se complètent nous montrent comment les médecins et les infirmier(e)s ont, en fait, créé un système social et une sous-culture autour de leurs tensions communes et des manières de les appréhender »⁸⁵⁹.

2.3. Des rires aux larmes : des mécanismes de défense sous tension

Bien qu'ils se révèlent particulièrement efficaces dans la gestion de l'émotivité, les mécanismes de défense des soignants se heurtent néanmoins à certaines limites. Il n'est pas rare, en effet, que les soignants expriment une « surcharge » émotionnelle au travail, surcharge qui se manifeste le plus communément par le rire nerveux⁸⁶⁰, le repli sur soi ou par les larmes. Ainsi peut-on observer, à travers les différentes figures d'expression des émotions, une forme de « division sexuelle du travail émotif »⁸⁶¹, caractérisée par une reconfiguration des rapports de genre dans ce contexte professionnel. Le personnel paramédical, majoritairement composé de femmes — malgré la présence d'hommes qui est plus élevée que dans les « services traditionnels » —, valorise en effet un certain rapport à la virilité dans la gestion des émotions en réanimation. Il s'agit alors pour les soignantes d'adopter et de mettre en avant une posture « audacieuse », voire « guerrière »⁸⁶², socialement attribuée aux postures masculines. Cette virilisation des attitudes n'est pas sans rappeler la « matrice de socialisation professionnelle idéaltypique en chirurgie »⁸⁶³ dont l'un des enjeux consiste à se maintenir dans le travail. Aussi les attitudes des soignants de réanimation sont-elles marquées par une tendance à la virilisation :

« J'ai eu une collègue, elle s'attachait trop, c'était comme si c'était sa famille. Et un jour, elle a craqué, elle a pleuré avec la famille. Mais on peut pas faire ça. Enfin, après, si on

⁸⁵⁹ Fox, 1988, *op. cit.*, p. 75.

⁸⁶⁰ Voir notamment à ce sujet : Diatkine G., « Le rire », *Revue française de psychanalyse*, 2006/2 (Vol. 70), p. 529-552.

⁸⁶¹ Soarès A., « Au cœur des services : les larmes au travail », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, [En ligne], 2-2 | 2000b, mis en ligne le 1er novembre 2000, p. 13.

⁸⁶² Pouchelle M.-CH., 2003, *op. cit.*

⁸⁶³ Emmanuelle Zolesio précise à ce propos que la matrice de socialisation professionnelle en chirurgie « se caractérise par des dispositions socialement construites comme masculines, par des modalités de transmission relativement “brutes” et brutales, ainsi que par des effets de renforcement des dispositions “masculines” antérieurement incorporées, visant à confirmer que la socialisation secondaire, dans ce cas, vient renforcer les effets des socialisations antérieures » : Zolesio E., « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle », *Sociologie*, 2012/4, vol. 3, p. 377.

pleure avec la famille, on n'est plus le support pour eux. Et puis, c'est pas dans notre rôle. On ne peut pas travailler en réa si on fait ça » (Cyril, 34 ans, infirmier).

« Quand tu accueilles la famille, et que son gamin de vingt ans est dans le lit, dans le coma avec le respirateur et qu'on sait comment ça va évoluer, tu as intérêt à prendre sur toi aussi. Enfin, c'est horrible parce que tu as l'impression que ça va passer comme une lettre à la poste et puis là, quand les gens s'effondrent devant toi et tu as envie de pleurer avec eux... » (Florence, 30 ans, infirmière).

Bien qu'elle constitue l'une des clés des stratégies de défense déployées par les soignants, la virilisation des postures est néanmoins porteuse de contradictions qui peuvent générer une certaine dissonance émotionnelle⁸⁶⁴. En mettant en porte-à-faux l'usage de la virilité avec des stéréotypes de genre normalisés, ces mécanismes de défense peuvent faire naître des sentiments contradictoires chez les personnels féminins comme masculins. C'est le cas, par exemple, lorsque les aides-soignants et les infirmiers adoptent une attitude d'empathie et de sollicitude en soulignant, dans le même temps, le « risque » pour eux de s'inscrire dans un stéréotype de genre féminisé : « on va pas faire nos pleureuses ». Il en va de même pour les aides-soignantes et les infirmières dont la proximité avec les stéréotypes de genre masculinisés peut devenir problématique : il s'agit alors de ne pas « se prendre pour des bonshommes » ou pour des « mecs », ces stéréotypes étant également associés à l'image de personnels masculins en contradiction avec les stéréotypes de genre féminin, largement partagé dans le milieu. Ainsi les mécanismes de défense sont-ils soumis, au-delà même de la nature du travail sur l'homme, à des stéréotypes de genre qui constituent alors une source « endogène » de tension émotionnelle.

À cette première source de tension émotionnelle s'en ajoute une deuxième, de nature « exogène », induite par les reconfigurations du travail hospitalier. L'épuisement éprouvé devant l'intensification du travail, le manque de reconnaissance par les équipes d'encadrement, l'absence de concertation dans les prises de décisions⁸⁶⁵ ou la peur de l'« éclatement des équipes » constituent en effet des vecteurs de tensions émotionnelles.

⁸⁶⁴ Soarès A., 2000b, *art. cit.*, p. 7.

⁸⁶⁵ Pendant l'enquête, les soignants des trois services observés émettaient fréquemment des plaintes et des inquiétudes quant à l'organisation du travail « décidée par les chefs ». C'est le cas en particulier dans deux des trois services enquêtés, où les inquiétudes portaient alors sur le passage en « douze heures » ainsi que sur les « regroupements d'équipes ». Depuis l'application de ces mesures, le nombre de plaintes n'a cessé d'augmenter auprès des cadres de santé de ces services et plusieurs personnels rencontrés au cours de l'enquête et recontactés par la suite déclaraient avoir quitté les services ou songeaient à partir dans les prochains mois.

D'une part, ils fragilisent les mécanismes de défense individuels et collectifs et, d'autre part, ils font naître de nouvelles tensions au sein du travail. Bien qu'elle résulte de l'accumulation des émotions suscitées par la nature des situations rencontrées en réanimation, la surcharge émotionnelle est également corrélée aux changements de modalités de leur expression ainsi qu'à une charge toujours plus importante de travail induite par les reconfigurations organisationnelles. Outre les difficultés qu'elles génèrent en termes de souffrance au travail⁸⁶⁶, ces dernières s'avèrent problématiques en ce qu'elles fragilisent les stratégies défensives mobilisées pour se prémunir face à ces mêmes souffrances.

S'ils estiment travailler dans des services « bien lotis », les soignants de réanimation pointent cependant l'évolution de l'organisation du travail, insistant en particulier sur les pressions managériales auxquelles ils sont confrontés, l'intensification des rythmes de travail ainsi que l'allongement de la ligne hiérarchique. On observe alors, par exemple, de nombreuses inquiétudes vis-à-vis des pressions managériales opérées dans la redéfinition des lignes d'accueil et de prise en charge des malades et des familles :

« Là, par exemple, je fais partie d'une commission de soins infirmiers et là il y avait les cadres supérieurs qui nous présentaient un projet, c'est heu, c'est le "journal de bienveillance auprès du patient". C'est tout ce qui est prendre "bien" soin du patient, "l'humanité" et tout ça. C'est un petit livret qui est pour les soignants, mais ils appellent plus les patients des patients, ils les appellent des "usagers". C'est le délire de la "patientèle". Nous, on dit les "clients" pour déconner, mais eux [la direction] ils nous demandent presque de parler comme ça. Maintenant la dimension hôtelière elle prend vraiment le dessus » (Florent, 27 ans, infirmier).

Les inquiétudes générées par les pressions managériales s'accompagnent donc d'une certaine appréhension vis-à-vis de l'allongement des lignes hiérarchiques. Celles-ci laissent craindre aux soignants un affaiblissement de la proximité avec les cadres de santé, et par conséquent, une intensification du manque de reconnaissance qui lui était associé jusqu'alors :

⁸⁶⁶ Parmi les travaux sur le mal-être professionnel en milieu hospitalier, citons notamment : Lorient M., « Donner un sens à la plainte de fatigue au travail », *L'Année sociologique* 2003/2, Vol. 53, p. 459-485 ; « Docteurs Blouses » (collectif), « L'hôpital malade de l' "efficacité" », *Revue du MAUSS*, 2013/1, n° 41, p. 53-75 ; Bourret P., 2011, *Prendre soin du travail : un défi pour les cadres à l'hôpital pour sortir le travail réel de son invisibilité*, Paris, Séli Arslan ; Estryn-Behar, M., 1997, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Paris, Estem ; Dejours C., 1993 (1980), *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, (nouvelle édition augmentée) Paris, Bayard ; Dubet F., 2002, *op. cit.* ; Belorgey N., 2010, *op. cit.*

« Le problème c'est que, maintenant à l'hôpital, on a des gestionnaires à la direction. On nous demande de faire des efforts et tout le monde en a fait. Mais ces mecs-là ne connaissent rien de la vie d'un service. Ils n'ont jamais touché un malade. Ils ont fait l'école d'administration puis l'école de direction des hôpitaux à Paris et tout ça, et ils ne connaissent rien à l'hôpital en fait. Ceux qui sont dans l'administratif devraient venir faire un tour chez nous. Ils devraient essayer de faire aide-soignant ou infirmier une journée pour voir ! Mais tu vois, là, ils n'ont toujours connu que la gestion et tout ça, et ça ne marche pas avec ce que nous on voit tous les jours aussi. Et je pense que les futures cadres vont avoir un boulot monstre parce qu'on leur demande de plus en plus de trucs »
(Fabrice, 39 ans, aide-soignant).

Les craintes des soignants s'articulent donc autour de deux lignes organisationnelles, l'une relevant des pressions managériales et de l'intensification du travail, l'autre, de l'allongement des lignes hiérarchiques mettant en jeu la reconnaissance professionnelle et les formes d'expression des sentiments. Or, ces dernières occupent une place essentielle dans les mécanismes de défense collective, permettant non seulement la « valorisation - légitimation de l'initiateur de l'activité », mais aussi, une meilleure maîtrise des émotions. Si la valorisation verticale du travail est rendue plus difficile par l'allongement des lignes hiérarchiques et l'émergence de procédure d'évaluation de type coercitif (comme dans le cas de l'évaluation des pratiques professionnelles – EPP), l'expression des sentiments reste, pour sa part, relativement présente dans les services. Ainsi, comme le précise Catherine, une cadre de santé :

« Nous, on a une réunion toutes les semaines dans chaque unité. On parle des malades, mais des fois, ça se lâche un peu sur autre chose. Mais après, s'il y a des difficultés on peut faire appel à une psychologue. Mais sinon, s'il y a vraiment des difficultés, des fois elles viennent pleurer ici [dans le bureau]. Enfin, ça, ça fait partie à cent cinquante pour cent de mon travail. Moi, mon bureau est toujours ouvert. Et elles le savent. Que ce soit pour dire "je suis contente" ou "je suis pas contente", elles le savent. (Catherine, 50 ans, cadre de santé).

Pour autant, les formes d'expression des sentiments sont elles aussi en pleine transformation, liée à la reconfiguration des missions et du statut des cadres de santé. La plupart des soignants insistent d'ailleurs sur la transformation des cadres de santé en « managers », regrettant — à tort ou à raison — le temps des « surveillantes » et des « infirmières générales » comme on l'a vu plus avant.

À l'instar de la question de la singularité des soins⁸⁶⁷, cette nostalgie laisse entrevoir un autre enjeu que celui de l'évolution du statut de cadre. Elle met en lumière un sentiment d'absence et de distanciation des cadres de santé, liées à la diversification de leurs tâches administratives, qui semble prévaloir dans les représentations des soignants. À cela s'ajoute l'image de « managers » représentatifs d'un plus vaste mouvement de rationalisation reposant sur une pensée gestionnaire formulée aux dépens des affects :

« Le terme de “cadre” se répand de plus en plus, y compris dans le corps principal des professions du soin, où il était question auparavant de “surveillantes” ou d’ “infirmières générales“. Plus que l'accroissement quantitatif, c'est le fait que la notion de cadre se diffuse là où elle n'avait pas cours, dans le sillage de la rationalisation managériale, qui semble fondamentale et qui illustre le lien qui unit l'émergence de la catégorie des cadres et le changement de ses figures emblématiques à des phases différentes du processus général de rationalisation »⁸⁶⁸.

Ainsi, c'est peut-être moins au statut de « surveillante » ou d' « infirmière générale » qu'à l'image « bienveillante » et « familière » qu'est associée cette nostalgie « idéalisée ». D'ailleurs, Catherine, qui se présente elle-même comme une cadre « à l'ancienne »⁸⁶⁹ n'hésite pas à rappeler les lignes de conduite émotionnelle de cette période parfois idéalisée :

« Et puis attends, moi j'ai connu une époque où les infirmières c'était, il fallait pas pleurer. Il fallait pas pleurer parce que si tu pleurais c'est que t'étais pas faite pour ça, il fallait changer de métier. On te disait “tu finiras jamais ta carrière, ceci cela”. Bon...

⁸⁶⁷ Voir le chapitre 4, section 2.

⁸⁶⁸ Divay S., Gadéa C., 2008, *art. cit.*, p. 679.

⁸⁶⁹ La trajectoire biographique de Catherine permet de retracer la construction de cette l'image professionnelle de cadre « à l'ancienne » ainsi que les lignes de conduite qu'elle revendique auprès des personnels paramédicaux de « son » service : d'abord agent de service hospitalier faisant fonction d'aide-soignante en réanimation chirurgicale, Catherine obtient un diplôme d'État d'infirmière en 1997. Elle travaille alors pendant douze ans en tant qu'infirmière en service d'infectiologie et d'hématologie avant d'obtenir un diplôme d'État de cadre de santé en 2009 où elle reprendre un poste en réanimation chirurgicale. Tout au long de sa trajectoire professionnelle, Catherine a donc fait l'expérience de socialisations multiples tout en gardant en mémoire, comme elle le rappelle ouvertement, son ascension verticale et « [s]es principes ».

Après, moi j'ai pleuré avec des familles, j'ai pleuré toute seule, j'ai pleuré quand j'ai perdu des malades et voilà. Mais moi, je leur dis, "mais pleurez, c'est humain de pleurer". Moi, encore maintenant, je peux avoir les larmes aux yeux sur une situation et j'aurai pas honte de pleurer. Moi je suis quelqu'un d'humain, enfin, je suis humain et j'ai de la sensibilité, mais comme tout le monde, comme elles » (Catherine, 50 ans, cadre de santé).

Apparaît finalement une tension entre les deux faces de la relation d'encadrement, qui semble exacerbée par l'évolution de la fonction et des missions managériales des cadres de santé. Aussi cette tension reflète-t-elle plus particulièrement les transformations des lignes de travail, conduites par des principes de normalisation, d'intensification et de rationalisation des tâches dans un contexte où se forment et s'expriment aussi des émotions. Centrée sur la conduite ambivalente des soins de réanimation, elle invite alors à saisir l'évolution des contours de l'objet du travail qui, parce qu'il relève du maniement du matériau humain, laisse supposer quelques questionnements spécifiques en matière de règles de sentiment et de conduite « morale ».

Conclusion du chapitre 5

En tant qu'espace d'urgence et d'incertitude, la réanimation soulève des questions spécifiques, aussi bien dans les champs de l'éthique ou de l'organisation du travail que dans le rapport même à l'objet de travail sur l'homme. Dans le contexte de modernisation de l'hôpital public, certaines de ces questions font émerger de nouvelles problématiques au cœur desquelles se situent le soin et la prise en charge de patients particulièrement vulnérables. La conduite du travail, les « décisions difficiles »⁸⁷⁰ ou la relation de soin sont toujours tributaires d'une part d'incertitude médicale. La part irréductible d'imprévisibilité liée à l'activité médicale s'observe alors aussi bien dans la gestion des rythmes de travail ou dans les interactions aux malades et à leurs proches que dans la régulation des émotions.

Les mécanismes en place pour lutter contre ces incertitudes, ou du moins pour tenter de les maîtriser même partiellement, constituent alors une ressource essentielle pour le bon déroulement des soins. Ainsi peut-on observer comment, tout en se référant à des règles implicites de sentiments, les soignants accomplissent un travail émotionnel afin de garder une certaine maîtrise sur l'incertitude. Paradoxalement, ces mécanismes semblent particulièrement fragilisés par l'émergence d'innovations organisationnelles qui, pourtant, sont convoquées dans un même objectif de régulation, mais sous une forme sensiblement différente. Ce paradoxe tient en partie à ce que la régulation de l'activité hospitalière passe par un ensemble de principes de gestion — normalisation, standardisation des tâches, évaluations des pratiques professionnelles, injonctions managériales, etc. — alors que les stratégies défensives collectives et les principes de travail émotif des soignants passent quant à eux par la mobilisation des affects, de la sensibilité et des règles de sentiments. À travers cette dualité des lignes de conduite apparaît alors un dernier aspect fondamental de la fabrique des soins, avec ce qu'il implique d'incertitude et de vulnérabilité, celui du travail corporel, du travail sur l'homme.

⁸⁷⁰ Paillet A., 2007, *op. cit.*

Chapitre 6

« Corps à corps » : Tensions et concurrences dans la fabrique des soins

« Intubés », « ventilés », « sédatisés », « curarisés », « sondés », « cathétérisés », « trachéotomisés »... Les qualificatifs techniques ne manquent pas pour décrire les malades admis en réanimation. Ils donnent à voir les corps souffrants comme la matière première des soins ou, pour le dire à la manière d'Erving Goffman, comme un « matériau humain »⁸⁷¹. Dans le contexte de prise en charge de patients présentant des défaillances multiviscérales aiguës, ce travail « sur l'homme »⁸⁷² constitue, avec le travail émotionnel, l'autre versant des soins en réanimation. Chargés de la surveillance des paramètres vitaux, des soins techniques, d'hygiène et de confort, les soignants revendiquent à ce titre une certaine expertise du travail « sur l'homme », en ce sens où « le travail du personnel, et par là son univers, n'ont d'autre objet que la personne humaine »⁸⁷³.

Partagé entre les équipes médicales et les personnels soignants, le travail sur matériau humain représente le lieu de vives tensions. Il est l'objet de nouvelles concurrences exacerbées par l'essor d'une philosophie gestionnaire et le renouvellement des lignes d'autorité administrative⁸⁷⁴. En témoignent les protestations des soignants à l'égard des nouvelles orientations sanitaires : « aujourd'hui, on nous demande plus notre avis, on veut juste faire du chiffre avec les malades ! ». Disputé entre les « administrateurs »⁸⁷⁵, les personnels d'encadrement et les personnels soignants, le travail sur l'homme semble bien être au centre des concurrences et des enjeux de professionnalisation des acteurs hospitaliers. Les luttes juridictionnelles qui se déploient autour de la prise en charge des malades se précisent au regard de l'affirmation d'une « économie managériale » qui met en péril les savoirs, les savoir-faire et l'héritage professionnel des soignants de réanimation (*section 1*).

⁸⁷¹ Rappelons qu'« en tant que matériau, les hommes peuvent revêtir en quelque sorte les mêmes caractéristiques que des objets inanimés » : Goffman E., 1968, *op. cit.*, p. 121.

⁸⁷² *Ibid.*

⁸⁷³ Arborio A.-M., 1995, *art. cit.*

⁸⁷⁴ Carricaburu D., Ménoret M., 2011 (2004), *op. cit.*, p. 28.

⁸⁷⁵ On retiendra sous cette catégorie : les directeurs d'Agence Régionale de Santé (ARS) ; directeurs d'hôpital, directeurs généraux adjoints ; directeurs des ressources humaines ; attachés d'administration hospitalière ; coordinateurs généraux des soins.

Face à la transformation de leur quotidien, ces derniers répondent par la réaffirmation de leur appartenance à la discipline, rappelant pour la plupart d'entre eux qu' « ici, on ne travaille pas sur des cartons ». Leurs rhétoriques professionnelles s'accompagnent d'un ensemble de pratiques qui articulent des savoirs experts formalisés et des savoirs profanes, des « techniques du corps »⁸⁷⁶ et des « techniques superflues »⁸⁷⁷ destinées à garantir certains principes d'humanité. Ainsi les soignants s'emploient-ils à la légitimation de leur expertise professionnelle en opposition à l'expertise gestionnaire. Ils rappellent alors la finalité de « ce qui fait » le métier, de ce qui, pour eux, se situe au cœur de la fabrique des soins (*section 2*).

Section 1. « C'est plus compliqué que vous le pensez... » : stratégies plurielles autour du matériau humain

L'introduction d'une philosophie gestionnaire à l'hôpital ne se limite pas au seul contrôle de l'activité. Elle participe aussi de la « production d'une idéologie dominante »⁸⁷⁸, garante de nouvelles identités professionnelles associées à la figure managériale⁸⁷⁹. Comme l'indiquent les travaux entrepris dans le champ des sciences humaines à ce propos⁸⁸⁰, nombreux sont les « administrateurs » et les « managers » qui s'emploient à la légitimation du faisceau de tâches d'organisation dont ils ont la charge. Pour ce faire, ils œuvrent à la redéfinition du travail sur l'homme où le malade, avant d'être appréhendé dans sa seule finalité, constitue une ressource clé de la régulation de l'offre de soins. Se dessinent ici deux approches du travail sur l'homme qui, sans être pleinement exclusives l'une de l'autre, relèvent de dynamiques concurrentes à travers lesquelles se joue la fabrique des soins.

⁸⁷⁶ Mauss M., 1934, « Les techniques du corps ». In : Mauss M., 2001 (1950), *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France.

⁸⁷⁷ Goffman E., 1968, *op. cit.*, p. 123.

⁸⁷⁸ Boltanski L., Bourdieu P., « La production de l'idéologie dominante », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1976, Vol. 2 | 2, p. 3-73.

⁸⁷⁹ Eliott Freidson distingue trois types d'acteurs et de « figures » dont les logiques s'opposent fondamentalement : « marchande » (« *consumers* ») ; « professionnelle » (« *workers* ») ; et « managériale » (« *managers* »). Sans s'inscrire pleinement dans cette approche, on retiendra néanmoins que les tensions et les concurrences professionnelles entre ces groupes s'organisent toujours autour d'un même objet, celui de la définition et du contrôle du travail et de ses finalités : Freidson E., 2001, *op. cit.*

⁸⁸⁰ Voir notamment : Belorgey N., 2010, *op. cit.* ; Schweyer F.-X., 2006, *art. cit.* ; Divay S., Gadéa C., 2008, *art. cit.* ; Robelet M., Serré M., Bourgueil Y., « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des Affaires Sociales*, 2005/1, p. 231-260.

1. Le travail « sur l'homme » comme enjeu de professionnalisation

Considérés par la plupart des soignants de réanimation comme des « bureaucrates » ou des « politiciens » désintéressés de la personne humaine, les acteurs de la modernisation hospitalière ne sont pourtant pas insensibles au travail sur l'homme. Loin de n'être que les « pures figures de la rationalisation et de l'efficacité, opposés aux professionnels animés eux par le souci de bien faire leur travail »⁸⁸¹, ils sont même particulièrement attentifs au maniement du matériau humain. À ceci près que leurs préoccupations se concentrent, pour l'essentiel, moins sur les malades en tant que tels, que sur les dispositifs de comptage, d'évaluation et d'optimisation des soins.

1.1. Le malade au centre des configurations managériales

S'il renvoie le plus souvent aux soins et à la pratique médicale, le travail sur l'homme se retrouve également au cœur des politiques gestionnaires. Observable à deux niveaux, celui des « administrateurs » et celui des « managers », il est l'objet d'attentions organisationnelles dont l'enjeu consiste en la rationalisation de l'offre de soins. Dans le contexte de modernisation de l'hôpital public, il s'inscrit au centre d'une culture gestionnaire qui dépasse le seul cadre de la réalisation des soins.

1.1.1. L'homme comme variable d'ajustement quantitative : point de vue des « administrateurs »

À la différence des acteurs hospitaliers traditionnels, les administrateurs chargés de l'application des orientations sanitaires⁸⁸² mobilisent des savoirs et des savoir-faire centrés non plus sur le malade, mais autour de sa trajectoire et de sa prise en charge au sein de l'établissement. Par conséquent, leur approche du travail sur l'homme diffère sensiblement de celle décrite par Goffman au sujet des institutions totalitaires⁸⁸³. Elle se concrétise par l'introduction des instruments de mesure et de suivi de l'activité hospitalière : outils d'organisation des parcours de santé, dossiers de traçabilité des patients, indicateurs de performance, autoévaluation des réseaux de santé, algorithmes d'aide à la décision

⁸⁸¹ Boussard V., (*dir.*), 2005, *op. cit.*, p. 16.

⁸⁸² Boussard V., Martin E., Vézinat N., « La permanence dans le changement ? Les usages renouvelés de la "modernisation" des entreprises publiques », *Sociétés Contemporaines*, 2015/1, n° 97, p. 5-23.

⁸⁸³ Goffman E., 1968, *op. cit.*

d'orientation des malades, etc. Apprécies par les administrateurs pour leur fonctionnalité, ces instruments le sont tout autant pour une autre raison : en faisant du malade le matériau premier de la mécanique gestionnaire, ils contribuent à la légitimation de leur rôle au sein des services par l'affirmation d'une expertise dont ils revendiquent le monopole. Comme le précise Monsieur R., chargé de l'analyse des dossiers « patient traceur »⁸⁸⁴ :

« Il faut qu'il y ait une pertinence dans les soins. Ça implique que l'on réfléchisse à l'amélioration de la prise en charge des usagers, aux moyens que l'on doit investir pour cette mission [...]. On fonde notre expertise sur les résultats du parcours de soin et c'est aussi ça l'intérêt du « patient traceur ». C'est une analyse du parcours de l'utilisateur tout au long de son hospitalisation, savoir quels ont été les actes, dans quelles indications, dans quelles situations particulières. Ça nous permet de nous interroger sur les pratiques de réalisation, que ce soit les pratiques de suivi ou les pratiques de sécurité par exemple [...] Au final, c'est le résultat qui importe, tout tourne autour de l'utilisateur pour répondre à ses besoins » (Monsieur R., membre du Pôle Information Médicalisée).

Aussi la perspective administrative s'appuie-t-elle sur une comptabilité des tâches réalisées sur les patients comme le précise Madame N., coordinatrice générale des soins, lors d'un échange sur l'« opérationnalité » des indicateurs de suivi et de processus :

« Le principal enjeu des indicateurs de qualité est d'optimiser objectivement la sécurité des patients tout en ayant une vraie traçabilité des actes réalisés. Pour moi, tous les indicateurs doivent être pris en compte pour avoir une vue d'ensemble du chemin clinique [...]. Il faut que l'on sache précisément combien d'actes ont été réalisés sur les patients, s'ils sont tous pertinents... C'est une démarche qui implique que de se demander aussi combien de temps est nécessaire pour tel ou tel acte » (Madame N., Coordinatrice Générale des soins).

⁸⁸⁴ La méthode du « patient traceur » développée par la HAS consiste à « analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. La méthode du patient-traceur a été développée et expérimentée en France dans le cadre de l'évolution des méthodes de visites de certification des établissements de santé, en s'appuyant sur l'expérience d'autres pays telle que celle de la *Joint Commission* aux États-Unis (Joint Commission 2008) » : HAS, 2014, « Le patient-traceur en établissement de santé », Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, *Guide méthodologique*.

L'approche administrative du malade se dessine moins au regard du temps passé auprès de celui-ci, comme c'est le cas pour les soignants, qu'en fonction du temps passé à la réalisation des actes, permettant d' « avoir une vue d'ensemble du chemin clinique ». S'ils sont présentés par les acteurs de la modernisation comme les garants d'une analyse « objective » de la sécurité et de la qualité des soins, les instruments et les outils de la régulation soutiennent donc aussi des intérêts d'ordre professionnel. Non seulement parce qu'ils servent de support aux rhétoriques de justification des acteurs de la modernisation — celles de la qualité, de la sécurité et de la réponse aux besoins des patients —, mais aussi en ce qu'ils leur assurent une certaine légitimité fondée sur des « évidences mathématiques »⁸⁸⁵. La mise en gestion du travail sur l'homme contribue alors au renversement des hiérarchies traditionnelles comme le rappelle Nicolas Belorgey au sujet des usages sociaux du *benchmarking* :

« Ainsi, en mettant en place ces *benchmarks*, les agents de l'AAES [Agence d'audit des établissements de santé] n'introduisent pas la comparaison entre les soignants qui la pratiquent déjà largement, mais en renouvellent les critères, afin d'exercer sur eux une action. Celle-ci passe par la stigmatisation de certains et remet en cause les hiérarchies traditionnelles »⁸⁸⁶.

À l'instar des rapports de *benchmarks* distribués dans les services, nombreux sont les documents institutionnels élaborés et diffusés dans les services qui contribuent à renverser les hiérarchies traditionnelles : bilans, posters, affiches ou brochures arborant, tantôt la marche à suivre dans l'utilisation des instruments de gestion, à l'image du guide méthodologique destiné au « dossier traceur »⁸⁸⁷, et tantôt la mesure de la performance hospitalière :

« Les indicateurs mesurés ont été définis en commun et partagés avec les établissements participants. La comparaison des mesures chiffrées et le questionnement des organisations visent à apporter des éléments de compréhension des mécanismes de la performance dans ces services. En ce sens, les indicateurs interrogent les écarts, les pratiques, et aident à la recherche de pistes d'amélioration »⁸⁸⁸.

⁸⁸⁵ Belorgey N., 2010, *op. cit.* p. 66.

⁸⁸⁶ *Ibid.* p. 74.

⁸⁸⁷ HAS « Le patient-traceur en établissement de santé Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », *Guide méthodologique*, novembre 2014.

⁸⁸⁸ ANAP, 2011, « Réanimation : rapport de benchmark pilote », Agence Nationale d'Appui à la Performance.

Visant à l'amélioration de la performance en réanimation par l'application des outils issus du *new public management*⁸⁸⁹, ces documents présentent un certain avantage pour les administrateurs en ce qu'ils soutiennent leur dynamique professionnelle. En contribuant à l'extension d'une norme d'écriture et de résultats accessibles à tous, par exemple dans le cadre des procédures de certification et d'accréditation, ils inscrivent durablement la comptabilité et la normalisation des tâches au centre des transformations contemporaines de la relation de soins comme l'écrivent Jean-Pierre Garel, Gilbert de Terssac et Franck Cochoy au sujet de l'assurance qualité :

« On constate qu'en prescrivant l'écriture systématique des pratiques de travail à l'ensemble des membres de l'organisation, le référentiel [...] ouvre la voie à une certaine redistribution des cartes dans l'organisation, mais aussi à un renouvellement plus général de la production normative »⁸⁹⁰.

La diffusion de rapports de *benchmark*, de bilans, de posters, etc., les rhétoriques de justification et le contrôle des instruments de mesure du travail sur l'homme participent conjointement au renouvellement du travail sur « matériau humain ». Ce projet rencontre néanmoins des formes d'oppositions en ce qu'il relève d'une approche analogue à « la logique du marché qui substitue parfois la loi de l'offre et de la demande à l'autorité médicale »⁸⁹¹. La mise en gestion du matériau humain se heurte alors aux différentes formes de résistances des soignants, mais aussi, dans une autre mesure, à celles des équipes d'encadrement.

1.1.2. L'humain comme variable d'ajustement qualitative : point de vue des managers

Chargés d' « encadrer des équipes dans les pôles d'activité clinique et médico-technique des établissements et leurs structures internes »⁸⁹², les cadres de santé constituent une catégorie relativement nouvelle de la division du travail d'organisation à l'hôpital. Produit de la modernisation de l'hôpital public, cette catégorie d'acteurs occupe un rôle central dans la régulation de l'offre de soins :

⁸⁸⁹ Belorgey N., 2010, *op. cit.* p. 66.

⁸⁹⁰ Cochoy F., Garel J.-P., Terssac de G., « Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes Iso 9000 », *Revue française de sociologie*, 1998, 39-4. p. 673.

⁸⁹¹ Pierron J.-P., « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, 2007/2, Vol. 25, p. 62.

⁸⁹² Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière.

« La montée de la logique gestionnaire dans les hôpitaux va de pair avec une évolution de la place des cadres au sein des collectifs de travail. Les cadres de santé ne sont généralement pas les promoteurs de cette évolution, qu'ils subissent autant que les autres professionnels et que nombre d'entre eux déplorent, mais ils en sont certainement les "porteurs" au sein des équipes de travail, et les garants de sa mise en œuvre aux yeux de la direction »⁸⁹³.

Ainsi les cadres de santé sont-ils tenus d'œuvrer à la mise en place de démarches qualité centrées, en premier lieu, sur l'hygiène et la sécurité des soins, la gestion du matériel et de l'environnement, l'organisation des effectifs, le suivi du dossier patient et sur la traçabilité. C'est donc par le contrôle et l'évaluation des pratiques soignantes qu'ils œuvrent, en tant qu'intermédiaires, à la régulation de l'offre de soin par la qualité et l'efficacité. S'appuyant sur les outils issus du *new public management* (recommandations, dispositifs d'évaluation des pratiques, groupes de travail, etc.), ils participent au renouvellement du travail sur matériau humain en ce que ce dernier est appréhendé au prisme des dispositifs de gestion qualitative :

« [Les recommandations] c'est important parce que c'est comme ça qu'on peut garantir la sécurité des soins. Moi je leur demande toujours [aux équipes] si elles ont bien vérifié les *check-lists*, si elles ont noté les soins dans le dossier patient, si elles ont rempli le cahier de transmission et tout ça. Le patient il compte évidemment, mais pour que ça se passe bien il faut suivre les recommandations » (Nadine, 42 ans, cadre de santé).

S'ils s'accordent sur l'opérationnalité des procédés et des démarches formalisées dont ils soulignent les avantages en matière d'amélioration de la qualité des soins, les cadres de santé émettent cependant une certaine réserve quant à la philosophie gestionnaire des administrateurs : à la mesure quantitative des soins réalisés, ils privilégient l'évaluation qualitative de leur réalisation :

« Si tu veux, nous on gère pas des lits. On a deux à trois fois plus de personnels que dans les autres services. Après, c'est vrai qu'on a un gros côté matériel, la gestion de la pharmacie, le linge, les consommables et tout. Mais si tu veux, ici, on est très dans le contrôle. Moi je contrôle tout. Je regarde comment les filles travaillent, quand elles laissent du linge par terre je leur dis, quand elles font les soins je vais les voir. Tu vois,

⁸⁹³ Divay S., Gadéa C., 2008, *art. cit.*, p. 677-678.

il faut toujours répéter les choses. C'est des enfants tu sais, c'est des enfants. Et un enfant, tu lui apprends à dire "s'il vous plaît, merci", c'est acquis. Tandis qu'à l'hôpital c'est jamais acquis. Tu es toujours obligé de contrôler après elles. Tu répètes tout le temps. Tout le temps » (Catherine, 50 ans, cadre de santé).

L'infantilisation des personnels qui ressort du témoignage de Catherine ne relève pas que d'une forme de paternalisme hospitalier hérité de l'institutionnalisation de la médecine⁸⁹⁴. Elle souligne davantage l'aspect éducation/formation dont les cadres sont chargés, et qui accompagne les nouveaux entrants dans une socialisation managériale. Le contrôle qui en résulte représente alors un élément clé des dynamiques professionnelles des cadres de santé, chargés de prendre sur eux l'éducation et la formation des soignants. En écho aux programmes de formation définis par les autorités publiques⁸⁹⁵, la « mission contrôle » constitue en effet un trait fondamental de la socialisation professionnelle de ses acteurs. Elle répond, par exemple, aux exigences attendues à l'issue des stages réalisés dans la formation de cadre de santé, telles qu'elles sont définies par les instituts de formation : formulation d'innovations pédagogiques ; identification de la stratégie des soins ; analyse des situations conflictuelles ; confrontation du projet d'établissement ; apports de la dimension managériale, etc. Présentée comme un élément central de la gestion de la qualité, cette dernière dimension prévaut encore davantage dans l'affirmation des conduites professionnelles des cadres de santé, s'inscrivant dans un processus plus vaste de définition de l'activité d'encadrement :

« La question du contrôle, de la maîtrise et, partant, de l'organisation de l'efficacité est, quelles que soient les tendances historiques et sociales des chantiers managériaux, au cœur de leur fonctionnement »⁸⁹⁶.

Être un « bon » cadre c'est avant tout être un « bon » manager comme le précise Sandra, cadre de santé en service de réanimation chirurgicale :

⁸⁹⁴ Comme le précise Kristina Orfali à ce propos : « le mouvement général de la médecine, à partir de la naissance de la clinique, a tendu à progressivement transférer ce rôle hors de la famille par l'institutionnalisation de lieux spécifiques de soins (médecine, hôpital), dont l'existence est elle-même justifiée par l'extrême sophistication de l'expertise médicale et sa spécialisation accrue (naissance des diverses spécialités médicales). L'intervention étatique, mue par des "préoccupations sanitaires et éducatives" (de Singly, 1993), a certainement accentué ce processus. De ce fait, c'est le paternalisme médical qui a remplacé une autorité parentale ou familiale en manque d'expertise » : Orfali K., « L'ingérence profane dans la décision médicale : le malade, la famille et l'éthique », *Revue française des affaires sociales*, 2002/3, p. 103

⁸⁹⁵ Annexe 1 de l'Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

⁸⁹⁶ Boussard V., (*dir.*), 2005, p. 12.

« Un bon cadre, c'est aussi un bon manager. Il faut qu'il véhicule vraiment ses valeurs et ça, c'est compliqué parce que ça se fait par la mission contrôle. C'est le respect de l'être humain, pas de maltraitance, le respect de l'humanité et tout. Et ça, ça passe par la mission contrôle. C'est de passer dans les boxes, de regarder les cahiers de soins, de vérifier des fiches de transport ou les *check-lists*. Enfin, c'est de contrôler ce que font les agents et puis de discuter avec eux, de les mettre devant les faits accomplis aussi. Moi, j'ai une de mes cadres, un jour, qui m'a dit "tu sais, tout peut se dire, mais tout dépend comment on le dit". Moi, on me dit souvent que je suis diplomate, mais c'est parce que j'y mets les formes aussi. Ça marche tout aussi bien de les mettre dans la discussion. Moi j'ai pas envie de leur donner d'ordres parce que de toute façon ça marcherait pas vraiment. Je préfère leur proposer des choses, faire des groupes de travail et tout ça » (Sandra, 37 ans, cadre de santé).

En articulant de la sorte la « mission contrôle » à celle de la communication et de la compréhension au centre d'un projet fédérateur, celui de la qualité des soins, les cadres de santé participent à la redéfinition des soins et, *a fortiori*, à celle du travail sur l'homme. On retrouve ici l'une des principales lignes de conduite du « projet latéral », tel que l'a analysé Nicolas Belorgey au sujet des consultants, précisant à ce propos que :

« *La Stratégie du projet latéral* semble bien décrire ce que font l'AAES⁸⁹⁷, ses consultants, et nombre d'autres intermédiaires : faire accepter aux hospitaliers un certain projet, défini essentiellement par d'autres qu'eux, mais reformulé dans des termes qui, précisément, le rendent acceptable »⁸⁹⁸.

Et c'est justement parce qu'ils sont chargés de la conduite des « projets difficiles »⁸⁹⁹ dans les unités, notamment au regard de la culture transgressive des services de réanimation, que les cadres de santé accordent une importance particulière au management des équipes. Face aux « petites résistances ordinaires » auxquelles ils sont confrontés et dont ils attribuent parfois la responsabilité aux équipes médicales, les cadres de santé s'emploient à démontrer la nécessité de s'en tenir aux procédures formalisées, mais aussi au respect de l'organisation du travail :

⁸⁹⁷ Agence d'audit des établissements de santé.

⁸⁹⁸ Belorgey N., 2010, *op. cit.*, p. 134

⁸⁹⁹ *Ibid.*

« Bah si tu veux, certains médecins ont cultivé un peu l'autonomie des infirmières. Du coup, des fois, on a des dérives parce qu'elles font des choses... Enfin, c'est pareil pour tout en fait. Pour les transports ou pour les aides-soignantes ou quoi, des fois les agents se permettent de dire ou de faire des choses qui ne relèvent pas de leur fonction et nous, on est là aussi pour les cadrer par rapport à ça. Et c'est arrivé qu'on en arrive à avoir des réunions pour remettre les choses à plat. Les brancardiers, normalement, ils n'ont pas à manipuler l'oxygène, à manipuler le scope ou les seringues électriques. Ils le font parce qu'ils sont âgés et parce qu'ils ont pris l'habitude de le faire. Mais en aucun cas, ce n'est dans leurs compétences et donc ça, il faut le rappeler aussi. S'il arrive quelque chose, ils sautent parce qu'ils ont outrepassé leurs compétences. Je saute aussi, parce que si je le savais alors ça veut dire que moi aussi j'ai laissé faire. Dans tous les cas de jurisprudence à l'hôpital, c'est remonté jusqu'à la cadre. Moi, c'est pour les protéger que je fais ça. Et du coup, je leur rappelle qu'ils sont aussi là pour ranger les cartons et tout ça. Même si c'est moins valorisant que l'aide aux soins et bah ça fait partie de leur travail » (Nadine, 42 ans, cadre de santé).

« Contrôler », « encadrer », « remettre les choses à plat », « protéger », « rappeler » les compétences de chacun des membres de l'équipe soignante... Autant de tâches exercées par les cadres de santé qui, articulées à leurs rhétoriques d'encadrement, s'inscrivent dans une « économie managériale »⁹⁰⁰ du travail sur l'homme, garante de leur identité professionnelle.

1.2. L'économie managériale du travail sur l'homme

L'introduction d'une culture de résultats et l'application d'outils et dispositifs managériaux convoqués à cette fin ne se limitent donc pas à la seule recherche de l'efficience, de la performance et de la qualité des soins. L'analyse des discours institutionnels permet en effet d'identifier comment les lignes de conduite théoriques et idéologiques relèvent d'une philosophie gestionnaire dont l'enjeu consiste en un changement durable des pratiques hospitalières et des significations qui lui sont associées. Aussi peut-on rappeler que :

⁹⁰⁰ Empruntée à l'économiste Edwin Mansfield, cette notion présente ici une signification similaire de celle développée dans son *Économie managériale*, mettant en avant l'utilisation conjointe de la microéconomie et les outils d'aide à la décision en vue de prévoir la demande, la production et les coûts de l'activité, les risques et les investissements ainsi que les structures de marché : Mansfield E., 2002, *Économie managériale. Théories et applications*, traduction de la 4^e édition par Bruno Jérôme, Bruxelles, De Boeck, Collection « Ouvertures économiques ».

« Les réformes managériales sont un objet plus vaste que les simples instruments, outils ou dispositifs de gestion, comme les tableaux de bord (...). Une réforme passe non seulement par quelques dispositifs phares — en l’occurrence la T2A⁹⁰¹ —, mais aussi par ce que les gens ont font (...). Les réformes managériales sont donc plus que des instruments ou dispositifs, elles impliquent aussi pour les soignants des façons d’agir, de penser et de sentir »⁹⁰².

En somme, les orientations sanitaires et les dispositifs gestionnaires semblent bien relever d’une « économie managériale » du travail sur l’homme, c’est-à-dire de la mise en gestion des matériaux humains dont la finalité consiste alors en la régulation de l’offre et de la demande de soins. Elle se caractérise par la redéfinition des soins, non seulement à travers la programmation des soins⁹⁰³, mais aussi par l’évaluation de leur qualité au nom de la sécurité des « usagers ». Elle repose sur l’imbrication de principes issus des sciences économiques, en particulier celle de la théorie microéconomique⁹⁰⁴, et de principes de contrôle et de management de la qualité⁹⁰⁵. C’est également pour cette raison que les administrateurs et les personnels d’encadrement assoient leur légitimité sur la nécessité, présentée comme telle par ces derniers, de contribuer à la régulation de l’offre et de la demande de soins par l’optimisation des ressources disponibles. Ainsi le travail sur l’homme est-il appréhendé au regard d’une double lecture économique et managériale, analogue aux principes qui commandent à la régulation du marché :

« Pour ces gestionnaires du social, les ressources du droit (les droits-créances) comptent, en effet, moins que la capacité de l’administration de la santé à se doter d’instruments de gestion capables de maîtriser les dépenses. Les plus visibles de ces hauts fonctionnaires font une critique acerbe de la profession médicale et de ses pratiques : auteurs de nombreux “gaspillages”, car trop peu économiquement “responsabilisés” et contrôlés, les médecins seraient surtout fautifs en délivrant des soins de “qualité” très inégale aux assurés sociaux. La “non-qualité” aurait donc un coût à la fois économique et en termes de santé publique. Dès lors, il conviendrait de remettre en cause le

⁹⁰¹ Tarification à l’activité.

⁹⁰² Belorgey N., 2010, *op. cit.*, p. 17.

⁹⁰³ La tarification à l’activité constitue ici l’élément central de la programmation des soins en ce qu’elle consiste en l’estimation ainsi qu’en l’évaluation du coût moyen de la prise en charge compte tenu de la durée de séjour (« groupe homogène de séjour ») et de l’ensemble des frais engagés par la nature de la prise en charge (« groupe homogène de malades »).

⁹⁰⁴ Chambaretaud S., Hartmann L., « Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles », *Revue de l’Observatoire français des conjonctures économiques*, 2004/4, n° 91, p. 235-268.

⁹⁰⁵ *Ibid.*

compromis historique passé entre l'État, la Sécurité sociale et la profession médicale »⁹⁰⁶.

Enracinés dans la tradition économique, la régulation de l'offre de soin et le contrôle des pratiques arborent cependant une configuration plus contemporaine, sanctionnée par l'avènement de l'économie de la santé en savoir autonome⁹⁰⁷. En témoigne, notamment, la formulation de référentiels communs par la multiplication d'ouvrages, d'articles, d'événements scientifiques⁹⁰⁸ depuis les années 1980 :

« Les années 1970-1980 sont marquées par l'émergence d'une lecture néo-classique de l'économie de la santé qui doit, selon les termes de Jean-Jacques Rosa dans son avant-propos à l'ouvrage de Charles Phelps⁹⁰⁹, constituer une application de la théorie microéconomique classique, tant du côté de l'offre que de la demande de soins. L'hégémonie est telle que Sébastien Darbon et Alain Letourmy⁹¹⁰ se demandent si l'économie de la santé doit être d'inspiration néo-classique. L'analyse théorique en économie de la santé va évoluer passant de l'approche traditionnelle de l'hôpital-entreprise à l'analyse bureaucratique de l'hôpital »⁹¹¹.

Ce mouvement renvoie même plus largement au développement historique du *new public management*⁹¹² en tant que système d'individualisation du contrôle de l'activité. Dans les services, il se traduit par le renouvellement des relations de pouvoir, des rôles et des finalités, autant de transformations vécues par les soignants comme de nouvelles contraintes dans la réalisation des soins :

« Mais aujourd'hui, t'as plus ton mot à dire, c'est la direction qui décide de tout, les budgets, les formations, les équipements. Toi tu as un "semblant" de pouvoir, mais au final, ils ne vont pas t'écouter, même si tu as des idées qui pourraient faire avancer les choses. On te dit "oui, c'est une très bonne idée", mais il n'y a rien derrière et tu es obligé de faire à leur sauce » (Cyril, 34 ans, infirmier).

⁹⁰⁶ Pierru F., 2012, *art. cit.*, p. 36.

⁹⁰⁷ Benamouzig D., 2005, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, Presses Universitaires de France.

⁹⁰⁸ Voir à ce sujet : Serré M., « De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, n° 143, p. 68-79.

⁹⁰⁹ Phelps C. E., 1995, *Les fondements de l'économie de la santé*, Paris, Publi-Union Éditions.

⁹¹⁰ Darbon S. et Letourmy A., « La microéconomie des soins médicaux doit-elle être nécessairement d'inspiration néoclassique ? », *Sciences sociales et santé*, 1983, vol. 1, n° 2, p. 31-75.

⁹¹¹ Domin J.-P., « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation* [En ligne], 17 | 1er semestre, Spring, 2015. Mis en ligne le 30 juin 2015.

⁹¹² Boltanski L., Chiapello E., 1999, *op. cit.*

On retrouve, à travers le renouvellement des lignes d'autorité administrative et la redistribution du pouvoir décisionnel, les traits caractéristiques de la production idéologique portée par les managers comme l'écrit Nicolas Flamant dans son *Anthropologie des managers* :

« Le pouvoir apparaît comme un *mode de communication*⁹¹³ entre les protagonistes d'un espace social donné, c'est-à-dire comme un système de code qui reflète des modes de socialisation [...]. Ce système de codes fixe les modalités de distribution des positions et des statuts respectifs et relatifs des acteurs. Il indique la nature des relations qui unissent ou distinguent ces statuts et ces positions sociales. Enfin, il fournit l'éventail des possibilités et des formes d'interventions sur le monde, c'est-à-dire sur les hommes et sur les choses »⁹¹⁴.

L'économie managériale du travail sur l'homme est davantage qu'une simple manifestation de la modernité hospitalière. Elle constitue un plus vaste système idéologique, structuré par la production de l'offre et la programmation de la demande de soins. Entre autres, elle donne à voir comment la légitimation des administrateurs et des personnels d'encadrement s'appuie sur une redéfinition du travail sur l'homme qui passe par la managérialisation des soins, le contrôle de la qualité et de la performance hospitalière. Et c'est pourquoi elle se heurte aux résistances des soignants qui, comme dans le cadre du travail social, « compteraient parmi les moins réceptifs au langage, aux valeurs et aux pratiques du management, pour des raisons essentiellement culturelles et historiques »⁹¹⁵. En somme, elle permet d'identifier les raisons pour lesquelles les soignants s'opposent à la modernisation de l'hôpital public en même temps qu'ils sont favorables à des changements en profondeur.

⁹¹³ Althabe G., 1969, *Oppression et libération dans l'imaginaire*, Paris, Maspero.

⁹¹⁴ Flamant N., 2002, *Une anthropologie des managers*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. « Sciences sociales et sociétés », p. 14.

⁹¹⁵ Alcaras R.-J., Marchand C., Marrel G., Nonjon M., « La "performance sociale" comme horizon ? Les directeurs départementaux de l'aide et de l'action sociales et leurs perceptions de la managérialisation », *Revue française d'administration publique*, 2011/4 n° 140, p. 759.

2. « Ici, on ne travaille pas sur des cartons... » : le matériau humain au cœur des luttes juridictionnelles

Reposant sur la redéfinition des moyens et des finalités associées au travail sur l'homme, l'économie managériale qui sous-tend les mécanismes de professionnalisation des administrateurs et des personnels d'encadrement rencontre en effet une certaine opposition des personnels médicaux et paramédicaux des services de réanimation. Celle-ci se cristallise en premier lieu autour des conditions de prise en charge des patients, en matière de moyens et de temps consacré à la réalisation des soins, mais aussi, plus largement autour de la définition même du « matériau humain ».

2.1. Une approche plurielle du travail sur « matériau humain »

L'introduction d'une culture de résultats semble pénétrer certaines branches de l'activité médicale⁹¹⁶. Pour autant, la question de la modernisation du système de santé reste encore largement discutée dans les services de réanimation. En cause, la diversité des approches exprimées à l'endroit du matériau humain et de sa prise en charge. Au sein des services, les débats engagés sur « ce que doit » recouvrir le travail sur l'homme se découpent en quatre approches relevant, pour chacune d'entre elles, de stratégies de délimitation des territoires professionnels face aux différents auditoires en présence. Sans prétendre à l'exhaustivité, ce découpage invite non seulement à reconsidérer les tensions générées par les reconfigurations organisationnelles, mais aussi les représentations évolutives associées à la prise en charge des patients admis dans les services.

« Répondre à la demande » : l'approche microéconomique des administrateurs

Situés au premier plan de la modernisation, les administrateurs chargés de l'application des orientations sanitaires portent un regard relativement nouveau sur le matériau humain. Comme l'indiquent Sandrine Chambaretaud et Laurence Hartmann, celui-ci s'appuie notamment sur l'évaluation de l'offre et de la demande de santé, la définition des moyens alloués ainsi que sur le contrôle, *a posteriori* de la qualité des soins réalisés :

⁹¹⁶ Batifoulier P., « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », *Revue Française de Socio-Économie* 2012/2 (n° 10), p. 155.

« La demande de soins, traduction des besoins de santé, est, quant à elle, largement dépendante de l'offre. En effet, le patient, seul, ne dispose pas des connaissances médicales nécessaires pour déterminer ou juger de l'opportunité des soins qui lui sont prodigués en fonction des besoins qu'il exprime. L'utilité et la qualité des soins sont donc difficiles à évaluer par les patients — bien que se développent aujourd'hui des méthodes de révélation des préférences qui tendent à donner un rôle plus actif à ces derniers [...].

Dans cette optique, les procédures de contrôle et de vérification a posteriori de la qualité des soins sont peu envisageables. L'offreur de soins ne peut s'engager vis-à-vis du patient sur l'efficacité des traitements dès lors que de nombreux facteurs individuels peuvent interférer avec le résultat attendu. Arrow considère donc que les soins médicaux sont des biens de confiance : le seul contrôle de la qualité possible réside alors dans des procédures de certification a priori des professionnels de santé »⁹¹⁷.

Ainsi l'expertise administrative du travail sur l'homme répond-elle à une approche microéconomique par laquelle l'individu est considéré à la fois comme un sujet et comme un acteur de sa prise en charge. Pour le dire autrement, c'est donc un « usager du système de santé » qui est en « demande de soin » compte tenu de l'offre disponible. S'inscrivant dans le sillon des autorités publiques ayant contribué à l'émergence de la figure de l'usager⁹¹⁸, cette appellation n'est donc pas laissée au hasard. Elle sert d'appui aux stratégies de professionnalisation des administrateurs en ce qu'elle contribue à la redéfinition de la place du malade en même temps qu'elle met en lumière son rôle d'investisseur/contributeur dans le système de santé :

« Sur le plan économique, on n'échappe pas à un appel permanent, en France comme dans les autres pays occidentaux, à la “responsabilisation” financière des patients, par le biais notamment de l'instauration de “restes à charge”, ceux-ci ayant d'ailleurs beau jeu de faire remarquer qu'on ne peut en toute logique “responsabiliser” des patients dont on soutient par ailleurs qu'ils ne sauraient participer pleinement aux choix les concernant »⁹¹⁹.

⁹¹⁷ Chambaretaud S., Hartmann L., 2004, *art. cit.*, p. 243.

⁹¹⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers.

⁹¹⁹ Le Pen C., « “Patient” ou “personne malade” ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 2009/2, Vol. 60, p. 259.

Cette approche du matériau humain, en tant qu'objet de la demande et de l'offre de soins, se traduit sous les traits de la consommation de soins, de biens médicaux et de dépenses de prévention et de dépistage⁹²⁰. La désignation du malade en tant qu'utilisateur du système de santé représente ici un enjeu central comme le rappellent Jean-François Chadelat, Inspecteur général des affaires sociales et directeur du fonds de financement de la CMU :

« Cette irruption de l'utilisateur dans la sphère de la santé peut contribuer à faire progresser la qualité des décisions en santé publique et en planification sanitaire ainsi la qualité des prestations de prévention et de soins. [N'] est-il pas urgent pour pouvoir imaginer un changement des mentalités des usagers-consommateurs, que les tutelles réalisent "une éducation" pour que la population connaisse les enjeux liés à la santé et à son financement (et éviter le rationnement des soins) et s'y implique davantage ? Les représentants des associations d'utilisateurs et les citoyens ont légitimité à s'approprier de tous les domaines⁹²¹, dont la santé et ses déterminants, pour devenir un levier indispensable de l'amélioration de l'état de santé de la population⁹²² et du système de santé dans un contexte de déficit de l'assurance maladie et de concurrences locales, régionales, européenne et mondiale »⁹²³.

Et c'est bien dans cette perspective que s'inscrivent, à l'échelle locale, les discours des administrateurs, à l'instar de Madame N., coordinatrice générale des soins à l' « hôpital du plateau » :

« Il ne faut pas oublier que les usagers ont un droit d'accès aux soins de qualité. J'aime rappeler qu'ils sont des éléments essentiels de la démocratie sanitaire, que c'est surtout pour eux que l'on doit travailler dans ce sens. On doit veiller à ce que l'ensemble du parcours de soins réponde à leurs attentes » (Madame N., Coordinatrice générale des soins).

⁹²⁰ Chadelat J.F., « Les enjeux du financement de la santé », *Revue française d'administration publique*, 2005/1, n° 113, p. 65-73.

⁹²¹ Pochat H., « La place des usagers dans la régionalisation des politiques de santé ». *Politiques et programmes régionaux de santé*, ADSP 2004, n° 46, p. 21.

⁹²² Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Inspection générale des affaires sociales. Rapport annuel 2002 : Politiques sociales de l'État et territoires. Paris : Documentation française, 2002 ; Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

⁹²³ Bréchat P.-H., Magnin-Feysot C., Segouin C., Bertrand D., « Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives », *Santé Publique*, 2006/2, Vol. 18, p. 245-262.

« Respectez la qualité » : l'approche managériale des cadres de santé

Chargés de la gestion administrative et de l'organisation de la prise en charge des malades dans les unités, les cadres de santé articulent deux niveaux d'expertise du travail sur l'homme. Premièrement, ils s'emploient à l'organisation des ressources matérielles, de la répartition des moyens et des « ressources humaines » de l'unité dont ils ont la charge, s'assurant, par exemple, de la gestion des effectifs, des plannings, de l'offre et de l'évaluation des formations ou de l'accueil des nouveaux personnels. Ce premier niveau d'expertise mobilise des compétences spécifiques en matière d'organisation du travail sur l'homme, notamment, en gestion des équipements et des ressources humaines. Comme le précise Sandra, cadre de santé :

« Je pense que ça [les plannings], c'est le gros du travail avec le matériel. Tu apprends à gérer en urgence. Tu restes toujours attentif, tu regardes s'il ne manque rien. Tu vérifies les bouteilles d'oxygène et les chariots d'urgence [...]. Ensuite, je pense que tout ce qui est gestion des ressources humaines, il faut qu'on ait une ligne de conduite qui doit être la même pour tous et il faut qu'on la respecte aussi. Pas de petits arrangements en famille. C'est un donné pour un rendu » (Sandra, 37 ans, cadre de santé).

À ce premier niveau d'expertise s'en ajoute un deuxième, centré sur le contrôle de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit pour les cadres de santé de veiller au respect des recommandations, procédures et protocoles, mais aussi de s'employer au suivi d'indicateurs et à la traçabilité des actes, comme c'est le cas par exemple du « patient traceur » ou des « fiches d'événements indésirables ». Ce deuxième niveau d'expertise passe par la mise en œuvre d'un management des équipes – également appelé « management de la qualité des soins » – au centre duquel sont convoquées des connaissances en matière de communication, de négociation, d'information et d'incitation participative visant à responsabiliser les soignants :

« Dans les compétences mobilisées par les cadres, ces derniers expriment le fait qu'au-delà de la connaissance du terrain, leur expertise provient aussi de leurs compétences managériales, leurs connaissances en gestion, en méthodologie, en argumentation, en négociation, en organisation et en communication »⁹²⁴.

⁹²⁴ Rivaldi L., « Quelle place peut investir le cadre de santé dans le processus de contractualisation interne ? », Recherche en soins infirmiers 2006/2 (n° 85), p. 84.

Et comme le précise Nadine plus concrètement au sujet des compétences qu'elle mobilise dans la résolution des conflits et dans l'anticipation des tensions :

« Il faut toujours avoir une réponse à donner au cas où on te demanderait des comptes sur pourquoi tu as fait ci ou ça. Quand je convoque une infirmière, je prévois toujours à l'avance ce que je vais lui dire [...]. Et c'est pareil, s'il y a des conflits, je m'assure d'avoir pris toutes les informations auprès de tout le monde pour pouvoir désamorcer la situation » (Nadine, 42 ans, cadre de santé).

En somme, le travail managérial sur l'homme relève d'une logique d'organisation de la prise en charge, en fonction des ressources matérielles et humaines allouées au service, mais aussi d'une logique d'action managériale visant à assurer le contrôle de la qualité et de la sécurité des soins. Les malades auxquels ces mesures sont destinées ne sont cependant pas appréhendées dans leur seule dimension d'usagers « consommateurs de biens ». Ils sont aussi perçus comme le support qui donne du sens au contrôle de la qualité : « l'évaluation de la qualité, c'est pas que pour les équipes, c'est surtout pour les patients au final » (Sandra, 37 ans, cadre de santé). Ceci est d'autant plus vrai en réanimation que la plupart des malades sont inanimés et ne peuvent jamais prétendre tout à fait au titre de « patients consommateurs ». Car, outre l'impossibilité de s'exprimer pour la plupart d'entre eux, c'est en dernier lieu la vulnérabilité et le risque d'une mort proche qui commandent aux soins de réanimation. C'est pourquoi les cadres de santé, qui se présentent parfois comme des cadres d'unité ou de proximité, privilégient le terme de « patients » à celui d'« usagers » employé plus fréquemment par les administrateurs.

« Moi, je ne fais pas ça pour être rentable » : l'approche clinique des médecins réanimateurs anesthésistes

Comme l'a montré Anne Paillet au sujet de la réanimation néonatale, les personnels médicaux de ces services entreprennent « systématiquement, chez tous les nouveau-nés en détresse vitale, une réanimation initiale "d'attente" (avant de choisir de poursuivre ou d'arrêter) »⁹²⁵. Un constat similaire s'observe dans les services de réanimation adulte. Formulées à l'aune de critères médicaux, les décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives sont d'abord définies en raison de l'état clinique du malade.

⁹²⁵ Paillet A., 2007, *op. cit.*, p. 271-272.

Elles le sont ensuite compte tenu de critères sociologiques : à la gravité des défaillances vitales s'ajoutent les choix émis en amont par le patient ou la « personne de confiance », mais aussi son âge ou encore le contexte social dans lequel il pourrait être pris en charge dans le cas d'une trajectoire ascendante de la maladie. Dans le cadre de ces « décisions difficiles »⁹²⁶, les patients font donc presque toujours l'objet d'une réanimation initiale, en attente de décision commune ou du moins consensuelle :

« S'il est difficile de trouver un consensus décisionnel au sujet d'un patient en fin de vie, l'équipe optera pour une poursuite temporaire des traitements malgré leur coût important »⁹²⁷.

Les critères économiques et plus exactement le coût de la prise en charge dans les services n'interviennent qu'en dernier lieu dans les décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements. L'absence de facteurs économiques dans le témoignage de Jean-Marc, médecin anesthésiste-réanimateur, nous éclaire un peu plus sur l'approche clinique du matériau humain :

« Avec mes collègues, notre grande satisfaction c'est que les patients sortent vivants. Après, ça change avec le temps. Aujourd'hui, on a un taux de mortalité qui évolue pour deux raisons. D'abord, parce que quand on accueille des gens un peu limite, on y réfléchit. La loi nous autorise à poser certaines limites et à arrêter les réanimations. Ça, c'est la première chose. Et la deuxième chose, c'est que les familles ont du mal à intégrer que leur proche, même à un certain âge, puisse décéder. Donc il faut toujours faire le maximum [...]. Et je pense qu'on a fait des choses, bon, des choses déraisonnables. Alors, je ne suis pas pour des protocoles qui disent qu'à partir de tel ou tel âge on doit stopper les réanimations, mais il faut que l'on ait suffisamment d'expérience pour pouvoir se dire "voilà, dans le contexte de tel ou tel patient, là, c'est déraisonnable. Ça ne va rien lui apporter ou à sa famille" » (Jean-Marc, 51 ans, médecin anesthésiste-réanimateur).

Cette approche du matériau humain se concentre donc sur les données cliniques et sociologiques aux dépens de leur coût. Elle suscite même de vives oppositions à la codification tarifaire, parfois admise dans d'autres contextes comme l'écrit Philippe Batifoulier au sujet de la médecine de ville :

⁹²⁶ Paillet A., 2007, *loc. cit.*

⁹²⁷ *Ibid.*, p. 459.

« Ce discours de la codification rencontre des succès divers du fait de la résistance des acteurs et de leur capacité à accommoder les règles. Il conduit le patient à envisager davantage le médecin comme un “prestataire de services techniques” (Dumesnil, 2011)⁹²⁸. Il n’est pas sans influence sur la pratique médicale réelle qui se modifie pour intégrer les nouvelles normes de prescriptions. Les nouveaux protocoles médicaux renouvellent la prescription en médecine de ville. En observant le stage des jeunes généralistes chez leurs aînés, G. Bloy (2005)⁹²⁹ rapporte ainsi la forte pénétration de la logique de l’ANAES⁹³⁰ chez les jeunes médecins [...]. La tarification à l’activité qui introduit la concurrence n’est pas possible sans ce processus de codification des soins »⁹³¹.

L’approche clinique des médecins anesthésistes-réanimateurs semble donc bien différente de celle des administrateurs, le versant économique étant *a priori* peu susceptible de faire apparaître des changements majeurs dans l’activité⁹³². Et l’affirmation de cette expertise médicale est telle, qu’elle fait d’ailleurs l’objet de revendications au sein des services, lors de réunions hebdomadaires ou à l’occasion des *staffs* médicaux, mais aussi au plan national comme en témoigne la lettre ouverte formulée par la Société de Réanimation de Langue Française et la Société Française d’Anesthésie et de Réanimation lors de la mise en place des schémas régionaux d’organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) :

« Le SROS 3 défini à partir des normes du décret n° 2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002 n’a pas fait l’objet d’un rendu auprès des organisations représentatives des médecins réanimateurs médicaux et anesthésistes-réanimateurs. Nous serions très intéressés de disposer des données objectives sur l’offre de soins de réanimation en France. L’activité de réanimation est très structurante pour les établissements de soins et contribue à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des patients. Nous aimerions également discuter des suppléments de financement concernant l’activité de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue. Nous avons des informations à vous communiquer sur ce dossier d’importance capitale pour le fonctionnement de nos services »⁹³³.

⁹²⁸ Dumesnil J., 2011, *Art médical et normalisation du soin*, Paris, PUF, coll. « Souffrance et Théorie ».

⁹²⁹ Bloy G., « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales*, 2005, n° 1, p. 103-126.

⁹³⁰ Agence Nationale d’Appui à la Performance.

⁹³¹ Batifoulier P., 2012, *art. cit.*, p. 165.

⁹³² Angelé-Halgand N., Garrot T., « Les biens communs à l’hôpital : De la “T2A” à la tarification au cycle de soins », *Comptabilité - Contrôle – Audit*, 2014/3, Tome 20, p. 24.

⁹³³ Société de Réanimation de Langue Française, Société Française d’Anesthésie et de Réanimation, « Lettre ouverte à Madame la Directrice de l’Hospitalisation de l’Organisation des Soins », le 23 avril 2008.

Bien qu'elle s'apparente à celle des cadres de santé, la terminologie employée par les médecins anesthésistes réanimateurs dans les services est quelque peu différente dans la mesure où elle relève d'une approche clinique spécifique. Lorsqu'ils parlent de « patients », les médecins y associent une signification plus ancienne qui fait écho aux principes de la réanimation, répondant à une norme d'attente partagée dans les services⁹³⁴. Aussi peut-on rappeler que « l'expression même de “patient” renvoie, selon son étymologie latine, aux trois sens de souffrance, de passivité et de résignation (Lebaigue [1881]⁹³⁵) »⁹³⁶.

« Prendre soin des malades » : l'approche hybride du matériau humain

L'approche soignante du matériau humain s'inscrit quant à elle dans un double registre, celui du regard clinique transmis en héritage et de la relation de soin associée aux personnels paramédicaux. Les personnes admises en réanimation sont ainsi désignées le plus souvent par les termes de « patient » ou de « malade », ce dernier signifiant littéralement : « qui se porte mal »⁹³⁷. Si l'on retrouve ici les traits caractéristiques de la réanimation liés à la suppléance des fonctions vitales, l'attention des soignants se concentre plus particulièrement sur le patient, comme le précise Ludivine, infirmière, à ce propos :

« En réanimation, tu fais pas mal de choses différentes, ça va du soin à la toilette, le contact avec le malade, la gestion des familles, tout ça. Quand t'as la direction qui te dit qu'il faut tout noter tout le temps, qu'il faut faire le dossier du patient traceur et tout ça, t'as l'impression qu'ils oublient que ce sont des malades qu'on soigne » (Ludivine, 33 ans, aide-soignante).

L'approche soignante du matériau humain se précise au regard de la répartition des temps de soins, partagée entre la réalisation des soins et l'application des injonctions managériales. La plupart des soignants s'accordent sur la nécessité de recentrer leurs tâches — et leur temps — sur le malade plutôt que sur les recommandations, les procédures, les protocoles ou les tâches d'écriture qu'ils estiment parfois superflues et chronophages au regard des soins :

⁹³⁴ Anne Paillet précise à ce propos que la réanimation initiale d'attente constitue « une norme portée et mise en pratique par l'ensemble de la spécialité » : Paillet A., 2007, *op. cit.*, p. 52.

⁹³⁵ LeBaigue C., 1881, *Dictionnaire français-latin*, Paris.

⁹³⁶ Le Pen C., *art. cit.*, p. 257.

⁹³⁷ Le terme « malade » est une contraction des termes latins *male habitus* — « malabde » qui signifie : « attachement à ce qui est nuisible » : *Dictionnaire Érudit de la langue Française*, Larousse, 2009 [1979], p. 1091.

« Là, ils nous sortent des choses sur les transmissions, sur les prescriptions et tout ça. C'est un truc pour nous dire qu'il faut qu'on revalide deux fois sur les prescriptions. Alors, oui d'accord, ça peut nous aider à nous rappeler certaines choses parce que quand on fait une prise de box on oublie peut-être certaines choses. Mais c'est aussi parce qu'il faut qu'on accélère, c'est pas logique. Plus ils nous demandent des trucs et plus on va en oublier. Mais là, tu vois, la direction a dit aux cadres de poser une organisation sur les endoscopies⁹³⁸ comme quoi toutes les aides-soignantes doivent être formées à nettoyer les endoscopes parce que ça peut être utilisé à tout moment et tout ça. Mais c'est pas sûr que les aides-soignantes trouvent ça intéressant. C'est un truc qui a été imposé et quand c'est imposé comme ça c'est, ça aide pas les gens à s'épanouir. C'est un boulot de merde de passer ta journée à nettoyer le matériel, à remplir la paperasse » (Antoine, 38 ans, infirmier).

Cette perspective laisse entrevoir comment l'approche soignante du travail sur l'homme s'affirme au détriment des prescriptions organisationnelles. Elle se précise au regard des orientations sanitaires portées par les administrateurs, considérées par la plupart des soignants comme des manœuvres politiques et économiques en rupture avec leur propre approche :

« Mais pour moi, la politique de base, l'hôpital qui doit être rentable, c'est pas possible. On ne peut pas soigner des malades dans cette logique-là. En plus, on n'a pas toujours le matériel, les effectifs, le temps. Bon, en réanimation ça va encore, mais ailleurs c'est plus compliqué. On nous demande de faire plus avec moins. On a des anesthésistes qui partent et on sait pas comment ça va se passer plus tard. Ils engagent même des intérimaires pour les blocs ! Il faut pas s'étonner que ça fonctionne plus » (Cyril, 34 ans, infirmier).

L'approche soignante du matériau humain se distingue donc de celle des autres acteurs hospitaliers, et peut-être plus encore vis-à-vis des administrateurs. Elle relève de problématiques locales au cœur desquelles se trouvent le malade, son maniement et ses conditions matérielles de prise en charge. Loin de constituer une ressource pour la régulation de l'offre de soins, le travail matériau humain est renvoyé ici à sa signification première, telle qu'elle avait été présentée par Erving Goffman dans le cadre de l'asile, à savoir, celle de « l'homme comme fin »⁹³⁹.

⁹³⁸ L'endoscopie est une méthode d'exploration visuelle médicale réalisée au moyen d'un conduit souple de quelques millimètres, constitué de fibres optiques et équipé de micro caméras (endoscope).

⁹³⁹ Goffman E., 1968, *op. cit.*, p. 122.

2.2. Divergences managériales, convergences soignantes

Revendiquée par les différents auditoires de la réanimation, l'expertise du travail sur « matériau humain » n'en demeure pas moins le monopole des personnels médicaux et des équipes soignantes. S'il réside en partie dans la place occupée historiquement par ces deux catégories d'acteurs au sein du milieu hospitalier, ce monopole s'appuie également sur les divergences entre les administrateurs et les cadres de santé. Car, bien qu'ils s'accordent sur les orientations sanitaires définies par les autorités publiques, ces derniers affichent néanmoins des points de vue hétérogènes quant aux moyens employés pour contribuer à la régulation de l'offre de soins. Visibles à travers les postures parfois ambiguës des cadres de santé, ces divergences constituent autant de « zones d'incertitudes »⁹⁴⁰ par lesquelles s'expriment et se maintiennent l'expertise médicale et l'approche soignante du travail sur matériau humain.

2.2.1. Divergences autour des orientations managériales

Tenus de répondre à « la prescription des objectifs et à l'allocation des moyens par des instances gestionnaires »⁹⁴¹, les cadres de santé laissent apparaître une certaine distance vis-à-vis des orientations définies par leurs supérieurs hiérarchiques. Celle-ci s'observe d'abord au niveau de la direction des soins à travers les relations qu'ils entretiennent avec les administrateurs. Passée sous silence lors des réunions avec les administrateurs⁹⁴², cette distanciation se manifeste dans les entretiens réalisés auprès des cadres de santé. Ces derniers mettent au jour l'existence d'oppositions cristallisées autour des injonctions de résultats formulées par les administrateurs :

« Nous, la direction ils nous écoutent pas trop en fait. Ils vont nous donner des ordres et il faut qu'on les applique. Ils ne font pas dans le relationnel. On n'a pas notre mot à dire »
(Catherine, 50 ans, cadre de santé).

⁹⁴⁰ Crozier M., Friedberg E., 1977, *op. cit.*

⁹⁴¹ Divay S., Gadéa C., 2008, *art. cit.*, p. 678.

⁹⁴² Réalisée par observation participante transparente, cette enquête peut avoir induit des formes de « dissimulation » et de « façade » de la part des personnels enquêtés. Le mutisme des administrateurs et des cadres de santé au sujet des rapports hiérarchiques lors de mes observations peut néanmoins constituer un indicateur significatif des tensions entre ces deux catégories d'acteurs : Chapoulie J.-M., « Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions, et la sociologie », *Sociétés contemporaines*, n° 40, 2000. p. 5-27.

« Mais comme le dit Madame N. [coordinatrice des soins], “on vous demande d’aller d’un point A à un point B. Peu importe le chemin que vous prenez, mais je veux que vous arriviez à un point B”... Quand tu proposes, on te dit “oui, oui, bien sûr”, mais après, il n’y a plus personne » (Sandra, 37 ans, cadre de santé).

La distanciation des cadres de santé envers les administrateurs s’éclaire donc au regard de la disqualification de certains des chantiers qu’ils s’efforcent de mettre en œuvre dans les services. Ainsi, lorsqu’ils s’emploient à la conduite de projets d’amélioration de la qualité des soins, les cadres de santé semblent confrontés à une absence de soutien ou de reconnaissance⁹⁴³. Et lorsqu’ils se consacrent à la défense des équipes soignantes, ils le font parfois à leur corps défendant en s’exposant à des formes de relégations, voire à des avertissements de la part des administrateurs :

« Alors, si tu fais comme il faut, et même si tu fais mieux, on ne va rien te dire. Mais par contre, si tu fais un écart on te fonce dedans. Une fois j’ai dit un peu ce que je pensais dans une réunion, une grosse réunion. J’ai reçu un mail quelques jours plus tard en me disant que ce serait bien que je me taise... C’était par rapport aux congés et je leur ai dit “non, mais vous vous rendez compte que des gens sont venus pour remplacer d’autres gens, pour remplacer des arrêts, des nuits non compensées et des congés maternité non compensés?”. Quand j’ai dit qu’on avait des arrêts non compensés, j’ai soi-disant “agressé” la direction des soins puisque c’est eux qui décident ou non des compensations... Donc, du coup, on m’a fait comprendre que la prochaine fois, il fallait que je fasse attention à ce que je dis. J’ai passé un sale quart d’heure. Par contre, ça m’a fait comprendre que je n’avais rien à attendre de ces gens-là et que moi, je fais mon boulot, et puis avec ma chef et plus haut je m’en fiche un peu maintenant » (Sandra, 37 ans, cadre de santé).

⁹⁴³ Comme c’est le cas au moment de l’enquête avec l’élaboration d’un projet d’évaluation des pratiques « d’accueil aux familles ». Ce projet, élaboré au sein d’un groupe de travail « accueil des familles en réanimation », porté par deux des cadres de santé du service de réanimation chirurgicale de l’ « hôpital du plateau » a fait l’objet d’une attente de validation de plus de huit semaines par la coordination des soins. À terme, le projet initial a été profondément remanié avant d’être réévalué et validé. Les modifications apportées sous l’autorité de l’équipe de direction se sont traduites par la mise en place d’ « indicateurs satisfaction » *a posteriori*, plutôt que sur une explicitation des attentes des familles *a priori*, telle qu’elle avait été formulée par le groupe de travail.

L'impératif d'alignement aux orientations de leurs supérieurs hiérarchiques traduit aussi la posture ambivalente qu'occupent les cadres de santé au sein des unités. Ces derniers ne manquent pas d'exprimer ce positionnement dans les entretiens. Ils rappellent à la fois les missions de « contrôle » dont ils sont chargés ainsi que la finalité de ces missions, à savoir, de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins :

« Avec la direction on est entre deux chaises. Bon, pas avec mon N+1 [cadre supérieure] parce qu'elle est quand même plus ou moins sur le terrain. Mais avec la direction on a l'impression qu'ils ne comprennent pas. Ils nous disent "on entend bien vos problèmes, on les connaît", mais ils n'y répondent pas. Et voilà, on nous demande de rendre des comptes. La direction nous demande de nous occuper de la gestion des ressources humaines, de gérer les effectifs, de nous occuper des temps travaillés et tout ça. Mais la mission contrôle, l'observance des protocoles, les formations, l'embellissement du service et tout ça, ils ne nous posent pas de questions, ils attendent qu'on les briefe, mais ça ne les intéresse pas vraiment. Et là, ils vont nous demander les chiffres sur les postes et les arrêts. Ils nous disent "mais comment ça se fait que vous n'avez pas réussi à donner tous les congés à tout le monde". Et ça, c'est difficile » (Nadine, 42 ans, cadre de santé).

La « mission contrôle », l' « observance des protocoles », l' « embellissement du service », les « formations », etc. sont autant de tâches qui priment sur la gestion des lits, des effectifs et des autres orientations quantitatives définies par les administrateurs. La prédominance de ces orientations qualitatives sur les orientations quantitatives s'éclaircit davantage au regard des problématiques locales, par opposition aux problématiques générales identifiées par les administrateurs :

« Après, je comprends bien qu'il faut compter les lits. C'est le plan de retour à l'équilibre, tu peux pas faire autrement. Mais les équipes, elles bossent quand même parfois en dehors des heures réglementaires. Rien que ça, ça me pose un peu problème. Enfin, ça devrait être donnant-donnant. La direction, je ne suis pas sûr qu'ils aient toujours conscience de ça. Ils travaillent pour réduire le déficit, mais nous on manque de matériel, on n'a pas toujours les effectifs et, du coup, c'est moi qui rappelle les gens qui sont en congés. Ce sont des détails, mais c'est ce qui fait qu'on peut assurer la qualité du travail aussi » (Sandra, 37 ans, cadre de santé).

2.2.2. *Divergences organisationnelles et convergences soignantes*

La distance que les cadres de santé entretiennent avec les orientations définies par les administrateurs s'observe à un autre niveau. Elle se manifeste aussi par leur posture et leur discours auprès des soignants. Car, s'ils accordent une réelle importance à leur mission de contrôle et au respect des recommandations, ils laissent néanmoins une certaine autonomie aux soignants, exprimée lors des échanges individuels ou à l'occasion des réunions de service. En témoigne par exemple la réunion organisée par Catherine, cadre de santé, peu de temps après la visite de certification de la Haute Autorité de Santé à l'« hôpital du plateau ». Le discours tenu à l'occasion, permet de mieux comprendre comment Catherine, pourtant considérée par la plupart des soignants comme une cadre « qui va à l'essentiel » et qui « ne dit pas les choses à moitié », fait preuve d'une certaine souplesse dans l'application de sa « mission contrôle » :

« — Catherine (Cadre de santé) : Bon, on va pas se dire les choses trente-six mille fois. Il y a des réunions qui ont été faites il y a quelques semaines, mais qu'avec les aides-soignantes. Moi je ne veux pas de ça. On ne se sépare pas. On est une équipe et voilà. [...].

Alors, on va commencer par le travail en binôme. Un binôme c'est une infirmière et une aide-soignante. Je voudrais rappeler que l'aide-soignante travaille sous la responsabilité de l'infirmière. Si une aide-soignante ne fait pas son travail, c'est l'infirmière qui est responsable du travail non fait. Donc les infirmières, quand le travail n'est pas fait, vous devez leur dire. Alors je pense que ça peut être difficile de le dire, mais si vous n'y arrivez pas, moi je veux que vous veniez me le dire [...]. Les aides-soignantes n'ont pas de décret, mais elles ont des domaines de compétence. Les soins de bases, ils sont aussi dans le rôle propre de l'infirmière. Même si c'est la base de leur travail, vous pouvez être en mesure de le dire quand ce n'est pas fait. Le travail en binôme ça veut dire que l'aide-soignante aide l'infirmière aux toilettes. Je pense que vous appréciez que les infirmières démarrent les toilettes, qu'elles vous aident, qu'elles soient présentes pour tourner les malades. Mais ça, c'est normal, parce qu'*en théorie*, les aides-soignantes vous n'avez pas le droit de tourner les malades intubés ventilés toutes seules, bon ça arrive, mais l'important c'est qu'elles [les infirmières] vous aident et ça, c'est normal [...].

Travailler en binôme, ça veut dire aussi que, quand on sert un plateau, quand on donne à manger à un patient, on s'assure que le patient soit en capacité de manger tout seul. C'est-à-dire qu'on prépare son plateau, qu'on lui coupe sa viande, qu'on lui ouvre son yaourt, qu'on met le sucre et qu'on assiste à son repas. On ne lui donne pas son plateau pour aller manger après. On s'assure que le malade a mangé, et s'il ne peut pas, on l'aide à manger. C'est à l'aide-soignante de faire ça, parce que pendant ce temps-là, l'infirmière finit ses soins.

— Une infirmière : Oui, mais des fois aussi quand le malade demande à être seul ou quoi...

— Catherine : Oui, mais c'est comme ça. C'est au cas où il arrive quelque chose. Ça, j'y tiens parce que ça fait plusieurs fois que je passe et que je vois des patients manger seuls. Je comprends bien que vous ayez besoin de vous avancer, mais je veux qu'il y ait toujours quelqu'un avec le patient quand il mange [...].

Travailler en binôme ça veut aussi dire que quand vous êtes en train de manger, alors je vais dire un truc qui fâche, mais votre pause c'est 20 minutes par jour et au bout de 6 heures de travail. Je pense que vous prenez plus de 20 minutes. Moi je ne suis pas contre les pauses, mais il ne faut pas que les pauses empêchent de faire le travail. Après le repas du midi, ce n'est pas à heures fixes. On est à l'hôpital et pas à la maison. On s'occupe des patients, on finit les soins, on gère les entrées, le retour de transferts et tout ça. Le travail en binôme c'est l'aide de chaque côté. Les infirmières n'ont pas à faire des pauses toutes seules alors que les aides-soignantes ont du travail. On est une équipe, on est là pour s'occuper des patients. Je ne vais pas aller vérifier vos pauses. Je ne vais pas aller vérifier vos pauses, mais par contre il faut que le travail soit fait [...].

On n'est pas dans un service lambda. On est dans un service de réanimation, on est dans un service où il faut qu'on connaisse les patients, on regarde s'ils sont souillés, s'ils sont stables et tout ça. Bon, ça demande un travail d'équipe [...].

Je sais que ça ne vous intéresse pas de remplir la paperasse et tout ça, mais rappelez-vous que c'est aussi ça qui fait la qualité et qu'on ne risque pas d'avoir des soucis si ça capote. Je ne dis pas que vous faites mal votre travail, mais on a des choses qu'il faut respecter et moi je suis là pour vous le redire et je vous le redirai à chaque fois ».

Malgré le ton directif employé par Catherine tout au long de cette « remise à plat », les directives managériales défendues restent ambivalentes : elles sont partagées entre des injonctions normatives et l'application des recommandations, procédures et protocoles d'une part, et une marge de manœuvre laissée aux soignants quant à l'application de ces mêmes injonctions normatives d'autre part. C'est le cas, par exemple, en ce qui concerne la réalisation des toilettes en binôme ou la gestion des temps de pause durant le service. Ainsi la mobilisation des malades, qui doit être assurée sous le contrôle d'un personnel infirmier, est-elle parfois effectuée par une aide-soignante avec l'aide d'un brancardier disponible. Il va de même en ce qui concerne la gestion de l'emploi du temps par les soignants, et ce, malgré le temps réglementaire de travail tel qu'il est défini dans le Code du travail⁹⁴⁴. Dans les services, il est en effet d'usage de multiplier de courtes pauses tout au long de la journée plutôt que de respecter l'emploi du temps *normal*. Ceci tient essentiellement au fait que la multiplication des pauses est perçue comme un moyen efficace de récupération physique et morale par les soignants. Mais c'est bien parce que ces pratiques sont tolérées, voire encouragées par les cadres de santé dans certains cas⁹⁴⁵, qu'elles laissent aux soignants la possibilité de se maintenir dans la définition des soins de réanimation.

Si elles s'observent à travers l'unilatéralité des relations de pouvoirs et la condition de « subordination partagée »⁹⁴⁶ des cadres de santé, ces divergences se forment donc, également, de l'« autre côté » du travail administratif. Répondant à la position ambiguë des cadres de santé dans la division du travail hospitalier⁹⁴⁷, cette ambivalence est porteuse de zones d'autonomie à travers lesquelles s'exprime une convergence soignante autour du travail sur l'homme.

⁹⁴⁴ L'article L. 3121-33 du Code du travail précise à ce propos que : « Dès que le temps de travail quotidien atteint six heures, le salarié bénéficie d'un temps de pause d'une durée minimale de vingt minutes ».

⁹⁴⁵ Par exemple, lors de l'annonce d'un décès où il arrive parfois qu'une infirmière ou une aide-soignante se détache de son binôme pour remplacer l'infirmière ou l'aide-soignante chargée de la toilette mortuaire.

⁹⁴⁶ Flamant N., 2002, *op. cit.*, 39.

⁹⁴⁷ Sophie Divay et Charles Gadéa écrivent à ce propos que : « l'hypothèse selon laquelle l'émergence historique du personnage social du cadre, au début du XXe siècle, correspond à une phase spécifique du mouvement de rationalisation, semble ainsi confirmée par l'extension de la catégorie à des univers professionnels, comme celui de la santé, auxquels elle était restée extérieure, et dans lesquels elle fait surgir, à la faveur d'une vigoureuse mise en conformité avec les principes de la rationalité managériale, des personnages nouveaux, incertains, fragilement insérés dans leur être collectif, et dans certains cas attachés à des logiques d'action antinomiques avec cette même rationalité managériale » : Divay S., Gadéa C., 2008, *art. cit.*, p. 687.

Section 2. Le travail sur le corps au cœur de la fabrique des soins

Objet des luttes juridictionnelles qui animent les acteurs de la division du travail de réanimation, la définition du travail sur l'homme est donc au centre des stratégies de professionnalisation des personnels soignants. Face à l'introduction d'outils et de dispositifs gestionnaires convoqués dans la régulation de l'offre de soins, ces derniers s'emploient à la préservation des savoirs et savoir-faire garants de leur identité professionnelle. Pour ce faire, ils réaffirment leur appartenance à une spécialité hautement technique, centrée sur la prise en charge de corps particulièrement vulnérables. Les tâches accomplies sur les corps de malades, le plus souvent inanimés, se cristallisent autour de deux versants : celui des soins techniques impliquant le recours à des savoirs experts formalisés et valorisés au sein des services d'une part, et celui des soins relationnels rendus possibles par la mobilisation de savoirs « profanes » d'autre part. Du premier, ils tirent une forme de légitimité rationnelle légale⁹⁴⁸ mobilisée dans la valorisation de leurs savoir-faire et dans l'autonomisation de leur segment professionnel. Du second, ils font valoir un monopole des « compétences relationnelles exclusives »⁹⁴⁹ qu'ils convoquent afin de préserver la singularité des malades mise en péril par l'objectivation médicale, mais aussi, par l'approche administrative du travail sur l'homme, faisant de l'« usager », l'*objet* de la mécanique d'offre et de régulation des soins. Articulant des savoirs experts et des compétences sociales, les soignants opèrent un travail de régulation partagé entre objectivation et subjectivation des malades, se positionnant comme les garants de la fabrique des soins en réanimation.

1. Le travail sur l'homme au prisme des corps « techniques »⁹⁵⁰

Reposant sur les principes de la clinique⁹⁵¹ et de la médecine expérimentale⁹⁵², la réanimation se définit par la manipulation de malades dont la vie est menacée à court et moyen termes. Dans les services, la prise en charge de ces derniers se cristallise autour du gouvernement des corps « techniques », mais aussi dans le rapport que les membres de la discipline entretiennent avec la « valeur-signé »⁹⁵³ des appareillages de suppléance.

⁹⁴⁸ Weber M., [1921] 1995a, *op. cit.*

⁹⁴⁹ Arborio A.-M., 2012 (2001), *op. cit.*, p. 110.

⁹⁵⁰ Rappelons que l'expression est empruntée aux soignants.

⁹⁵¹ Foucault M., 1963, *op. cit.*

⁹⁵² Bernard C., 1867, *op. cit.*

⁹⁵³ Baudrillard J., 1968, *Le Système des objets. La consommation des signes*, Paris, Gallimard.

En adhérant aux principes de l'impératif thérapeutique, les soignants s'emploient ainsi au maniement de savoirs « experts », habituellement admis à l'endroit du personnel médical, qu'ils mobilisent dans la légitimation de leur juridiction professionnelle.

1.1. Des corps « techniques » : l'héritage clinique dans l'approche soignante du matériau humain

Bien qu'elle soit couramment employée par les soignants de réanimation à l'endroit des corps appareillés, l'expression de « patients techniques » ne se limite pas à cette seule acception. Elle recouvre également une double dimension pratique et symbolique en ce qu'elle répond, d'une part au regard clinique sur le corps qui, d'autre part, rend effective la mise en œuvre de techniques particulièrement invasives : aspirations trachéales, sondage gastrique, extubation, pose de voies veineuses périphériques, etc. Plus largement, cette désignation s'inscrit dans un processus de « mise en objet » des corps des malades qui, à l'instar de l'« engagement cognitif »⁹⁵⁴ convoqué dans la gestion des émotions, constitue une ressource centrale de la réalisation des soins techniques effectués sur des patients vulnérables :

« Tout ce qui est un peu invasif et tout, bon, t'essaies de pas trop te dire qu'il y a le malade, mais des fois c'est pas facile. Tu le vois, quand il est pas confortable et que tu fais une "aspi"⁹⁵⁵ ou la toilette (...). Après, c'est plus facile, je trouve, quand le malade est sédaté parce que t'as pas trop à t'occuper de ça même si tu fais quand même attention » (Florence, 30 ans, infirmière).

Comme l'indique Florence, l'objectivation des corps, qui rend possible la réalisation des soins techniques, est d'autant plus vive lorsque ces derniers sont effectués sur des patients inanimés, sur des matériaux humains « inanimés ». Ainsi le patient *sujet* des soins s'efface-t-il au profit du patient *objet* de soins, en écho à l'imaginaire médical de la réanimation sur lequel reposent nombre de pratiques soignantes en réanimation. L'objectivation du matériau humain relève à ce titre d'un imaginaire professionnel qui dépasse le seul cadre de l'activité médicale.

⁹⁵⁴ Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 66-75.

⁹⁵⁵ Destinées à l'élimination des sécrétions bronchiques et au dégagement des voies respiratoires supérieures, les aspirations trachéales suscitent fréquemment des toux, plus ou moins fortes, souvent inconfortables.

Visible dans les pratiques soignantes, cette imbrication des principes fondateurs de la réanimation consiste, en quelque sorte, en un travail de reproduction de la culture médicale. Celui-ci se manifeste particulièrement au travers de l'observation, la mesure et l'évaluation des corps ou, pour le dire autrement, par l'« art » de faire « parler » les corps traditionnellement associé au personnel médical. C'est le cas, par exemple, lorsque les soignants procèdent à l'examen corporel des malades à l'occasion de soins d'hygiène et de confort⁹⁵⁶, tels que la toilette ou la réfection d'un pansement : le corps fait alors l'objet d'une investigation « en surface », la moindre anomalie corporelle telle qu'une escarre, une irritation, une infection cutanée, etc., suscitant une attention toute particulière de la part des soignants :

« Quand tu fais la toilette, tu regardes bien partout s'il n'y a pas des irritations, dans les plis et tous les petits endroits comme ça où ça pourrait s'infecter. Tu fais attention aux escarres, tu regardes s'il n'y a pas de changements importants, la coloration de la peau, les extrémités. Des fois tu ne vois pas tout, et c'est ton infirmière qui va te demander "tiens, regardes, là tu en penses quoi ?" » (Ludivine, 33 ans, aide-soignante).

Le « coup d'œil » soignant sur le corps se précise au regard des nombreuses tâches de retranscription des mesures physiologiques et des relevés biologiques. Il s'exprime ainsi à travers la notification des relevés de monitoring⁹⁵⁷, de la diurèse, de la température, du poids, de l'épiderme, des gaz du sang et autres mesures liées à l'évaluation physiologique du malade :

« La feuille de soins⁹⁵⁸, c'est un peu la carte d'identité du malade si tu veux. C'est là que tu as toutes les constantes, la température, les prescriptions, tu vois les médicaments qu'il a eus et, quand tu connais un peu, tu comprends comment ça évolue et tout ça » (Alexandre, 27 ans, infirmier).

⁹⁵⁶ Le protocole de surveillance cutanée fait partie des prescriptions qui suscitent l'assentiment des soignants, leur permettant de faire valoir un regard clinique qui s'appuie sur un ensemble d'indicateurs formalisés. Voir la « fiche de suivi du risque d'altération de la peau » en annexes.

⁹⁵⁷ Notamment, l'activité cardiaque et respiratoire, la pression artérielle, l'oxymétrie (SpO2) et la pression veineuse.

⁹⁵⁸ La « feuille de soins » est accolée à proximité des appareils de monitoring. Elle se compose de trois espaces de notification : des constantes vitales ; des prescriptions médicales ; de la consignation des soins.

Dans une autre mesure, la manipulation des corps « techniques » s'exprime au travers de la nécessité *a priori* des gestes invasifs destinés au maintien des fonctions vitales défaillantes. Ouvertement revendiquée par les équipes médicales, cette posture s'observe également dans les pratiques des soignants. C'est le cas, notamment, lors de la réalisation des soins techniques, où sont réalisés des gestes invasifs parfois agressifs, qui ne sont pas sans rappeler la « combativité » des « pionniers » à l'origine de la discipline. Convoquée dans le cadre de la suppléance des fonctions vitales, cette exigence est présentée par les soignants comme une condition préalable à la prise en charge de patients dont le pronostic vital peut être engagé à court ou moyen terme :

« Des fois, ça nous met un coup, on n'est pas insensibles. Il y a des patients, on leur parle jamais, ils sont intubés-ventilés, il y en a qui ont les "chapeaux" et tu ne vois jamais leur visage. Bon, on n'est pas insensibles. Tu prends sur toi quand tu fais une "aspi" ou quand tu poses une sonde urinaire alors que le malade n'est pas sédaté. T'es obligé de prendre sur toi... Après, c'est un service difficile, mais qui apporte beaucoup de, je dirais pas réconfort, mais une sensation de pouvoir sauver aussi les gens. Ça, c'est une sensation réconfortante. On croise des histoires difficiles, mais on a notre rôle à jouer aussi dans ces histoires. Même si c'est difficile on a une certaine satisfaction » (Clarisse, 27 ans, infirmière).

La difficulté qu'ils rencontrent dans la réalisation des gestes techniques, et plus largement dans la manutention des dispositifs invasifs et dans la manipulation de matériaux humains « techniques », est compensée par la « sensation de pouvoir sauver » que nombre de soignants partagent dans les services. Ainsi la plupart d'entre eux adhèrent-ils à l'imaginaire médical en ce qu'ils attribuent une valeur positive aux soins techniques, quand bien même ces derniers sont des plus agressifs.

« C'est à toi de gérer toutes les machines qui le maintiennent en vie artificielle. Le médecin te dit ce qu'il faut faire, il fait les prescriptions et tout ça, et au final, c'est toi qui gères le bon fonctionnement du "respi", les injections et tout ce qui est soins techniques » (Cyril, 34 ans, infirmier).

« Nous, notre travail c'est avant tout de réanimer. Ça veut dire prendre en charge des patients qui sont en état de détresse et d'essayer de les maintenir en vie. On a des cas plus compliqués que d'autres, mais notre compétence c'est de savoir évaluer ce qu'il se passe au plan physiologique, de rétablir les constantes vitales si possible, et de sauver les patients lorsque l'on peut le faire [...]. On me dit parfois que la réanimation a un côté

inhumain, que c'est un service mouvoir, mais quand on peut sauver une personne, on fait ce qu'il faut pour y arriver » (Jean-Marc, 51 ans, médecin anesthésiste-réanimateur).

L'objectivation des corps qui découle du travail sur matériaux « techniques » s'observe donc à travers les différents segments de la division du travail de réanimation, depuis les pratiques médicales, jusqu'à la réalisation des soins techniques par les personnels infirmiers, en passant par le regard clinique des personnels aides-soignants. Cristallisée par le sentiment de responsabilité envers le malade, la « mise en objet » de ces derniers s'appuie donc également sur une culture de l'urgence et de l'improvisation, une éthique de l'audace où la combativité constitue un principe majeur de l'impératif thérapeutique⁹⁵⁹. Ou, pour le dire autrement :

« On n'est pas dans une culture de l'apaisement, en dépit des motivations profondes de nombreux soignants. Mais dans celle du conflit. Guère de caresse. Coup d'estoc »⁹⁶⁰.

1.2. La manipulation des corps « techniques » : entre valeur-signe et revendication de savoirs experts

Bien qu'elle se profile à l'aune d'une culture de l'urgence et de l'incertitude, la manipulation des corps « techniques » ne se limite pas à la seule recherche de l'efficacité thérapeutique. Elle s'inscrit également dans un plus vaste mouvement de professionnalisation, où la maîtrise, même partielle, des connaissances et des dispositifs techniques de suppléance, constitue une ressource dans l'autonomisation des pratiques médicales et soignantes.

Associée de prime abord à la manipulation des appareils de suppléance, la revendication de savoirs experts repose cependant sur un ensemble de tâches, plus ou moins valorisées au sein des services. C'est le cas, notamment, du « travail de bureau »⁹⁶¹ dont les soignants sont chargés lorsqu'ils sont tenus de réaliser les « relevés », de signaler tout changement inhabituel (escarres, irritations, infections⁹⁶²) ou de notifier le déroulement des thérapeutiques (niveaux des injections, horaires, réfection des pansements, etc.).

⁹⁵⁹ Rappelons que l'impératif thérapeutique par la contrainte était déjà présent dans la médecine hippocratique, à l'image de la pratique de la phlébotomie : Héritier J., 1987, *op. cit.*

⁹⁶⁰ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 199.

⁹⁶¹ Peneff J., 1992, *op. cit.*, p. 114.

⁹⁶² Voir en annexe : « Échelle de Braden » (évaluation des risques d'apparition d'escarres) ; « fiche de surveillance continue des infections liées aux soins ».

Loin de constituer un « sale boulot »⁹⁶³ délégué par les personnels médicaux en vue de préserver les tâches les plus prestigieuses de la pratique médicale⁹⁶⁴, le travail d'écriture des constantes vitales et autres données physiologiques s'avère plutôt valorisant pour les soignants de réanimation. En effet, ces derniers le présentent comme un travail complémentaire du regard clinique sur le corps, les rapproche alors un peu plus de l'« art médical » et du prestige qui lui est associé :

« Quand on relève les constantes, on note tout ce qui est nécessaire pour le *staff* médical. On relève la température, les urines, les selles, la saturation en oxygène, la tension artérielle et tout ça (...). Après, on a aussi l'examen de la peau, regarder s'il [le patient] n'a pas d'escarres, et puis on regarde aussi l'état de la peau, les extrémités » (Yoann, 29 ans, infirmier).

Relégué au second plan dans « nombre d'institutions axées sur l'action et l'intervention [où] les agents insistent sur la lourdeur des activités administratives »⁹⁶⁵, ce type spécifique travail de bureau constitue ici un « sale boulot relatif »⁹⁶⁶ en ce qu'il permet aux soignants de faire valoir une expertise « clinique » du malade, dont ils tirent profit lors des interactions avec les familles :

« Après quand tu connais le dossier patient, tu peux expliquer les choses. On ne va pas leur dire [aux familles] “écoutez, ça va à peu près, c'est pas trop mal”. J'aime bien avoir lu le dossier, avoir regardé les bilans, enfin vraiment pouvoir exposer la situation et savoir répondre à leurs questions. C'est pas la peine d'être en réa si tu t'intéresses pas un minimum à ça » (Florent, 27 ans, infirmier).

⁹⁶³ Traduite de l'anglais *dirty work*, la notion de sale boulot développée par Everett C. Hughes dans *Men and their work* en 1958 renvoie aux « activités qui sont le plus souvent occultées [aux] restes de la production socialement reconnue et valorisée » : Lhuillier D., « Le “sale boulot” », *Travailler*, 2005/2, n° 14, p. 74. ; Hughes E. C., *Men and Their Work*, Glencoe (Ill.), Free Press, 1958.

⁹⁶⁴ Everett C. Hughes précise à ce sujet que : « pour étudier correctement la division du travail, il faut, dans chaque système de travail, prendre en compte le point de vue de toutes les catégories de personnes qui y sont impliquées, que leur position soit supérieure ou inférieure, qu'elles soient au centre ou à la périphérie du système. Et ceux qui cherchent à élever les normes de la pratique (et de leur propre statut) dans les métiers ou les institutions de service feraient bien d'envisager dans chaque cas les changements dans les positions ou les autres rôles du système qu'entraîneront les leurs, ainsi que les problèmes que suscitera, pour les autres, toute solution nouvelle apportée à leurs problèmes » : Hughes E. C., 1997 [1958], *op. cit.*, p. 68.

⁹⁶⁵ Peneff J., 1992, *op. cit.*, p. 119.

⁹⁶⁶ Arborio A.-M., 2012 (2001), *op. cit.*

La valorisation de ce type de travail, qui sanctionne une certaine initiation aux savoirs experts, ne se limite pas aux seules interactions avec les familles. Elle est également présentée par les soignants comme une ressource dans l'autonomisation des pratiques, en particulier vis-à-vis des recommandations, procédures, protocoles et fiches techniques, dans la mesure où elle leur permet de revendiquer une certaine maîtrise des connaissances ordinairement réservées à la catégorie médicale. Les soignants mettent à profit ce « sale boulot » administratif pour revendiquer un partage du monopole des tâches valorisées, en l'occurrence celles de la maîtrise des données cliniques. Et comme le précise Anne-Marie Arborio à ce propos :

« Le niveau technique des tâches constitue sans doute un des critères de délimitation du “bon travail” et par contre-coup du “sale boulot” ; il vaut surtout comme ressource argumentative pour faire valoir un monopole sur les tâches valorisées, justifié par la détention exclusive d'une compétence, technique ou formelle, reconnue comme nécessaire à leur réalisation »⁹⁶⁷.

Cette perspective se précise au regard de l'application de ces savoirs, notamment, lors de la manipulation des dispositifs techniques. La plupart des soignants insistent à ce propos sur l'interdépendance entre la maîtrise des savoirs experts et la manipulation des dispositifs techniques. Que ce soit à l'occasion du paramétrage d'un appareil d'hémodialyse ou lors d'une injection en voie périphérique, ils s'emploient volontiers à exposer aux tierces personnes — malades et familles — l'utilisation de tel ou tel objet ainsi que ses effets attendus. C'est également le cas, par exemple, lorsque les personnels infirmiers, responsables la manipulation des seringues autopoussées, expliquent minutieusement aux stagiaires le fonctionnement des dispositifs et des thérapeutiques qu'ils sont amenés à manipuler :

« Quand tu refais les SAP⁹⁶⁸, tu vérifies d'abord tes tubulures, tu regardes s'il n'y a pas de septicémie au niveau de la ponction si tout est propre [...]. Tu regardes bien le niveau des “réa”⁹⁶⁹, et tu vérifies l'écoulement parce que des fois tu peux être surpris surtout si t'as pas vérifié et que tu refais “le plein” [...]. Là, on va gérer la concentration de potassium pour éviter qu'il [le patient] s'emballe parce que le risque c'est qu'il soit en hyperkaliémie. Tu vois [en me montrant les résultats de l'ECG⁹⁷⁰] ? Il y a des fibrillations, ça peut être de l'insuffisance rénale [...] ça veut dire qu'il faut faire baisser

⁹⁶⁷ Arborio A.-M., 1995, *art. cit.*, p. 108.

⁹⁶⁸ Seringues autopoussées.

⁹⁶⁹ Prescriptions thérapeutiques et médicamenteuses.

⁹⁷⁰ Électrocardiogramme.

son taux de potassium dans le sang et après on referra des gaz du sang » (Antoine, 38 ans, infirmier).

Bien qu'ils ne soient que partiellement maîtrisés par les soignants, ces savoirs experts rendent légitime la maîtrise des dispositifs techniques employés dans la suppléance des fonctions vitales. Aussi les personnels entretiennent-ils un rapport particulier avec ces objets techniques, associant une forte valeur symbolique à la manipulation du scope, du respirateur, de l'intubation, etc. Le prestige relatif qu'ils retirent de la manipulation de ces objets réside dans la complexité liée à la manipulation de l'objet d'une part, mais aussi dans la signification symbolique qui leur est associée d'autre part. Ils bénéficient à ce titre du prestige associé à la valeur-signes des objets qu'ils manipulent quotidiennement, au premier lieu desquels se situe le « respirateur », symbole de la réanimation. Celui-ci prévaut en effet sur les autres dispositifs techniques, tels que le sondage urinaire ou la pose d'une voie veineuse périphérique, en raison de sa visibilité, mais aussi de la symbolique qui lui est attribuée dans les services, en écho aux principes énoncés par Claude Bernard pour « modifier [la vie] à tous les degrés »⁹⁷¹. Ainsi entend-on régulièrement dans les services : « la base, c'est le "respi" ». Par leur proximité avec le champ scientifique et par la manipulation de dispositifs techniques chargés d'une forte valeur symbolique, celle de la « ré-animation », les soignants bénéficient donc d'un accès aux savoirs experts qu'ils mobilisent dans l'autonomisation de leurs pratiques, mais aussi dans la délimitation de leur juridiction professionnelle vis-à-vis des « services traditionnels »⁹⁷². C'est le cas des catégories de personnels les moins valorisées dans la division du travail hospitalier qui se présentent comme des membres des services de réanimation, plutôt qu'en tant qu'aide-soignant, brancardier ou agent de service hospitalier :

« Moi quand on me demande, je dis que je travaille en réa. Je dis que je travaille au CHU en réanimation chirurgicale. Alors là les gens sont scotchés. Et souvent après, ils te demandent si ça va, si c'est pas trop dur. Parce que si tu commences à dire "je suis ASHQ"⁹⁷³ brancardier", on va te dire "ha bon ? Tu pousses les malades ?" Bah non, pas forcément, ça arrive, mais pas forcément, c'est pas ce qui m'occupe le plus dans la journée. Alors le temps de rentrer dans les détails, ça dure deux heures » (Yvan, 56 ans, brancardier).

⁹⁷¹ Bernard C., 1878, *op. cit.*, p. 304.

⁹⁷² Voir le chapitre 2.

⁹⁷³ Agent de service hospitalier qualifié.

S'ils valorisent leur position sociale en dehors des services par leur appartenance à la réanimation, les soignants convoquent cependant un autre type de ressources au sein du milieu hospitalier. Ils revendiquent en effet un certain monopole des savoirs profanes sur le corps, par opposition aux savoirs experts dont ils retirent indéniablement certains avantages, rappelant que : « derrière les machines, il y a les patients ».

2. Prendre soin en réanimation : des savoirs profanes au cœur de la fabrique des soins

Appréhendés à l'aune de la clinique et de la médecine expérimentale, les soins de réanimation ne se limitent pas à leur seul versant technique. La « mise en objet » des corps vulnérables, convoquée au nom de l'impératif thérapeutique, s'accompagne en effet d'un autre type de travail, articulant savoirs formalisés et savoirs profanes. Ce travail de préservation de la singularité en milieu technique s'observe à travers la mobilisation de « techniques du corps »⁹⁷⁴ destinées à « redonner du quotidien », mais aussi à travers l'application de « techniques superflues »⁹⁷⁵ visant à garantir certains « principes d'humanité »⁹⁷⁶. Aux soins de réanimation les plus techniques s'adjoint donc un ensemble de pratiques qui, parce qu'elles relèvent d'un « esprit de soin », contribuent à la définition des pratiques et des significations associées à la fabrique des soins de réanimation.

2.1. « Redonner du quotidien » : des corps techniques au prisme des « techniques du corps »

Bien qu'ils accordent une valeur sociale positive aux soins techniques, les soignants de réanimation ne sauraient faire l'économie du versant « relationnel »⁹⁷⁷ des soins dont ils revendiquent le monopole. Inscrits dans le cadre de la prise en charge globale, ces soins relationnels sont présentés par les soignants comme autant de gestes complémentaires des

⁹⁷⁴ Mauss M., 2001 (1950), *op. cit.*

⁹⁷⁵ Goffman E., 1968, *op. cit.*

⁹⁷⁶ *Ibid.*, p. 123.

⁹⁷⁷ Régulièrement employé lors des entretiens, le terme « relationnel » fait ici écho au concept de « soin relationnel » (« *caring* ») tel qu'il a été défini par Jean Watson en 1979 : « le *caring*, dont la finalité est la satisfaction de la personne soignée, favorise le développement des potentialités permettant à une personne de choisir la meilleure action pour elle-même à un moment donné, en tenant compte de l'entourage... Il peut être pratiqué de façon efficace, dans les activités de soins, au travers de relations interpersonnelles » : Watson J., 1998, *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, Traduction française sous la direction de Josianne Bonnet, Paris, Seli Arslan, p. 36 ; Watson, J., 1979, *Nursing : The Philosophy and Science of Caring*, Boston, Little, Brown and Company. 2nd printing 1985, Boulder, CO : University Press of Colorado.

actes techniques en ce qu'ils participent à la préservation de la singularité des patients « techniqués » :

« Quand tu les vois [les malades], qu'ils sont techniqués, ils ont le "respi", les sondes, les "perfs" et tout ça, moi, ça, me dérange parfois un peu (...). Enfin, quand tu fais les soins de confort et tout ça, c'est du relationnel aussi. C'est un relationnel particulier, mais c'est un relationnel quand même et qu'il faut garder » (Angélique, 39 ans, infirmière).

À la suppléance des fonctions biologiques permise par l'appareillage technique, s'ajoute une suppléance des fonctions « sociales » primaires rappelant la « nature sociale »⁹⁷⁸ de l'individu. Les soins d'hygiène et de confort sont donc empreints de « techniques du corps », de pratiques de la vie quotidienne considérées « comme l'ordinaire de la "raison pratique", comme le plus quotidien des ensembles de procédés (non instrumentalisés nécessairement) et comme *habitus* en tant que mot qui "traduit infiniment mieux qu'habitude, l'*exis*, l'*acquis*, et la *faculté* d'Aristote⁹⁷⁹" »⁹⁸⁰. Alors qu'ils sont maintenus en vie artificielle, objectivés par le regard clinique et « techniqués », les malades sont donc également l'objet de « techniques du corps », celui-ci étant le premier outil de l'homme :

« Dans ces conditions, il faut dire tout simplement : nous avons affaire à des techniques du corps. Le corps est le premier et le plus naturel instrument de l'homme. Ou plus exactement, sans parler d'instrument, le premier et le plus naturel objet technique, et en même temps moyen technique, de l'homme, c'est son corps »⁹⁸¹.

L'ensemble des gestes réalisés par les soignants dans le cadre des soins relationnels rappelle alors que le corps est une « réalité institutionnelle »⁹⁸², un objet biologique socialement déterminé. Dans le contexte de haute technicité de la réanimation, les tâches qui contrastent avec le versant technique des soins et la pratique médicale sont nombreuses, ayant trait à tout ce que le corps recouvre de social.

⁹⁷⁸ Marcel Mauss rappelle à ce sujet que la nature sociale de l'individu se compose, entre autres, par un ensemble d'habitudes qui « varient non pas simplement avec les individus et leurs imitations, elles varient surtout avec les sociétés, les éducations, les convenances et les modes, les prestiges. Il faut y voir des techniques et l'ouvrage de la raison pratique collective et individuelle, là où on ne voit d'ordinaire que l'âme et ses facultés de répétition » : Mauss M., [1934] 1950, *op cit.*, p. 370.

⁹⁷⁹ *Ibid.*, p. 354.

⁹⁸⁰ Juan S., 1995, *Les formes élémentaires de la vie quotidienne*, Paris, PUF, coll. « Le sociologue », p. 37.

⁹⁸¹ Mauss M., [1934] 1950, *op cit.*, p. 372.

⁹⁸² Juan S., 2015, *L'École française de socioanthropologie*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines, p. 132.

On observe en effet un éventail de gestes soignants dont l'application dépasse le seul cadre de l'efficacité thérapeutique : laver, masser, coiffer, raser, habiller, couper les ongles ou les cheveux, parfumer, manipuler des fluides corporels et les selles, etc. Et comme le précise une infirmière :

« Bah oui parce qu'ils sont bloqués dans leur lit, ils peuvent rien faire et donc, toi, tu les laves. Enfin, c'est assez bizarre parce qu'ils sont réduits à un corps au final, que tu laves, que tu touches, sans qu'ils aient le choix. Même quand ils sont conscients... Enfin voilà, tu fais tout à leur place, même pour manger au final, parce qu'on les alimente par sonde gastrique » (Léa, 29 ans, infirmière).

Ces soins recouvrent une dimension particulière en réanimation en ce qu'ils sont réalisés sur des matériaux humains « techniques », tributaires du regard clinique. Les gestes les plus anodins en apparence ne le sont jamais totalement, à l'exemple des « soins de bouche »⁹⁸³ qui nécessitent un matériel spécifique (seringue pour l'injection, eau stérile, solution antiseptique, abaisse-langue, compresses stériles, sonde d'aspiration), de l'entretien de la peau impliquant l'application de crèmes thérapeutiques par massage et effleurage, ou de la manipulation des malades « sondés », « perfusés », « curarisés », « sédatisés », « attachés », etc.⁹⁸⁴. Autrement dit, s'ils sont formalisés dans le « référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation »⁹⁸⁵, les soins d'hygiène et de confort oscillent néanmoins entre prédominance du regard clinique et manipulation du corps en tant que réalité institutionnelle, entre des gestes techniques et des techniques du corps :

« On a tous les soins de sonde, les perfusions, les soins de confort, la mobilisation des patients avec le kiné et tout ça. Quand on fait la toilette, c'est les soins de bouche, le brossage de dents, le rasage si c'est des hommes qui arrivent rasés. Après on a le coiffage aussi, on hydrate la peau, on met du lait et tout ça. Des fois on a des familles qui amènent de la crème. C'est pareil s'il y a du déodorant ou du parfum. Enfin tout ça c'est aussi pour redonner du quotidien. Tu vois, le parfum c'est super personnel. C'est son odeur

⁹⁸³ Fréquents en réanimation, du fait de l'intubation des malades, les soins de bouche sont destinés à préserver l'intégrité de la cavité buccale. Il s'agit notamment de prévenir toutes complications liées à la permanence de la sonde d'intubation, tels que la pneumopathie, les infections ou les lésions muqueuses.

⁹⁸⁴ Par exemple, la manipulation des malades sédatisés et curarisés, fait appel à des techniques spécifiques telles que les « changes en planche » consistant à installer le patient sur une planche de transport, soit au moyen d'un appareil de levage, soit en mobilisant le patient et en le « glissant » sur la planche avant de procéder au nettoyage du matelas et au changement des draps.

⁹⁸⁵ Société de Réanimation de langue française ; Collège des réanimateurs extra-universitaires français ; Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques ; Société française d'anesthésie et de réanimation « Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation », *Réanimation*, 2011, Vol. 20, n° 3, p. 737-746.

quoi. Les odeurs, ça fait appel à des souvenirs, à des trucs qui sont vachement profonds.
Donc voilà, nous on s’occupe de ça aussi » (Alice, 32 ans, infirmière).

« Redonner du quotidien », tel est donc l’enjeu, pour les soignants, de la mobilisation des techniques du corps en réanimation. Ainsi les soins relationnels ne consistent-ils pas seulement en l’application de gestes d’hygiène et de confort, tantôt formalisés et tantôt informels, mais aussi en une prise en charge des pratiques habituelles et des usages sociaux du corps que la maladie empêche provisoirement ou indéfiniment. Comme l’écrit Luc Boltanski à ce propos :

« La maladie c’est ce qui enlève sa force au malade, c’est-à-dire ce qui lui interdit de “vivre normalement” et de faire de son corps un usage (professionnel surtout) habituel et familial »⁹⁸⁶.

Et de préciser au sujet du travail sur le corps et des « spécialistes » chargés de la définition de ce travail :

« Aussi l’accroissement de la conscience du corps qui est souvent décrit comme le résultat d’une sorte de croisade contre les “tabous religieux ou sociaux” visant à rendre possible la reconquête de son corps par le sujet peut, tout aussi légitimement, être décrit comme l’aboutissement d’un processus objectif de dépossession culturelle puisqu’il est corrélatif d’un accroissement du besoin social de “spécialistes”, de spécialistes du corps et du besoin social des règles, des instructions et des conseils qu’ils produisent »⁹⁸⁷.

Les soignants de réanimation ne constituent pas des « spécialistes du corps » en tant que tel, à l’image des socio-esthéticiennes employées dans le cadre des services d’oncologie, de soins palliatifs ou de gériatrie⁹⁸⁸. Toutefois, ils mobilisent des « savoirs profanes »⁹⁸⁹ sur le corps et « dont le contenu concret a historiquement évolué et dont les pratiques sont aujourd’hui socialement différenciées »⁹⁹⁰. Ainsi opèrent-ils une évaluation sociale des malades⁹⁹¹ qui intervient dans la réalisation des soins d’hygiène et de confort.

⁹⁸⁶ Boltanski L. « Les usages sociaux du corps », *Économies, Sociétés, Civilisations*. 1971, n° 1, p. 21.

⁹⁸⁷ *Ibid.*, p. 232.

⁹⁸⁸ Voir par exemple à ce sujet : Alloncle J., « Une nouvelle approche en soins palliatifs: la socio-esthétique », *InfoKara*, 2002/2, vol. 17, p. 59-60 ; Reich M., « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique », *L’information psychiatrique*, 2009/3, vol. 85, p. 247-254 ; Arquillière, A., 2013, « Se sentir bien dans sa peau » in Bergeret-Amselek C., *L’avancée en âge, un art de vivre*, Toulouse, Eres.

⁹⁸⁹ Arborio A.-M., 2012 (2001), *op. cit.*, p. 137-140.

⁹⁹⁰ *Ibid.*, p. 140.

⁹⁹¹ *Ibid.*

Cette évaluation tend cependant à s'affaiblir lorsque ces derniers sont dans l'incapacité de s'exprimer ou de manifester quelconques indices de leur réalité sociale. Et s'ils émettent toute sorte d'hypothèse quant à l'origine, au statut social ou aux autres caractéristiques sociodémographiques des malades, la plupart des soignants s'accordent cependant sur le fait que « quand [les malades] arrivent dans le service, ils sont dans des situations aiguës, ils sont tous “à moitié morts” ».

Tout en s'employant au respect des règles d'hygiène définie par la médecine, les soignants articulent donc des savoirs experts formalisés sous la forme de recommandations, protocoles, procédures et fiches techniques, et des savoirs profanes ou, pour le dire autrement, mettent en œuvre des techniques du corps sur des corps techniques :

« Après je pense que les soins de confort pour moi je ne mets pas ça que dans le relationnel, surtout en réa parce que quand tu dois tourner un patient qui est curarisé il faut qu'il soit tourné en “bloc”⁹⁹². Enfin, ça demande de la coordination, du savoir-faire. Enfin ce qu'elles font [les aides-soignantes], mais les brancardiers aussi. Quand ils font les “changes”⁹⁹³ avec elles, ils savent comment manipuler les malades de réa et ça, tout le monde ne sait pas le faire. Franchement, tout le monde acquiert une technicité qui est vraiment importante quoi » (Florent, 27 ans, infirmier).

Les soins d'hygiène et de confort sont donc doublement techniques en ce qu'ils supposent, d'une part, la mise en œuvre de savoirs et de pratiques profanes qui, bien qu'informelles consistent en des procédés, en habitudes, en des techniques du corps, sur, d'autre part, des corps vulnérables et appareillés. Aussi se pose la question du versant relationnel de ces soins à travers lequel prédomine une fois encore le versant technique. S'il se dessine déjà à travers la mobilisation de techniques du corps, le travail relationnel, et à travers lui, celui de la préservation de la singularité des malades, est cependant à chercher du côté d'un autre type de techniques largement partagées au sein des équipes paramédicales.

⁹⁹² Technique de manipulation du malade par le maintien simultané aux chevilles, au bassin, aux épaules et à la tête, réalisé de sorte à conserver l'ajustement horizontal du corps.

⁹⁹³ Notamment les « changes en planche » (*cf. infra*).

2.2. Des « techniques superflues » destinées au maintien du « patient-sujet »

Dans la mesure où elles sont mobilisées dans un contexte où s'impose le versant technique des soins, les techniques du corps ne sauraient constituer une ressource suffisante pour revendiquer un monopole du travail relationnel. Celui-ci se manifeste également à travers la mise en œuvre de « types de démarches techniquement superflues »⁹⁹⁴, ou « techniques superflues », voués à assurer des « principes d'humanité »⁹⁹⁵ comme le rappelle Erving Goffman au sujet de l'asile :

« Selon les principes moraux répandus dans la société qui entoure l'institution totalitaire, la personne est presque toujours considérée comme une fin en soi. Nous pensons constamment dans ces conditions que certains types de démarches, techniquement superflues, doivent être observés dans la manipulation du matériau humain. Ce respect de ce que nous appelons les principes d'humanité fait, par définition, partie de la "responsabilité" de l'institution et c'est là une des garanties que l'institution est censée assurer au reclus en échange de sa liberté »⁹⁹⁶.

À l'instar des institutions totalitaires, les services de réanimation se caractérisent par la privation d'une forme de liberté induite par le recours à des techniques de suppléance. Dans ce contexte, nombreuses sont les pratiques qui œuvrent à la privation de l'autonomie des malades, telles que le cloisonnement, l'isolement ou les mesures de contention destinées à prévenir de tout geste involontaire d'auto extubation quand bien même, ces derniers sont curarisés ou, au contraire, réveillés et conscients. Ainsi entend-on régulièrement au sujet des mesures de contention : « c'est pour son bien s'il [le patient] est attaché ».

Aussi totalisante soit-elle pour des raisons d'efficacité thérapeutique, la prise en charge des malades en réanimation s'accompagne néanmoins de « techniques superflues ». Dans le cadre de la réanimation, comme dans celui de l'asile et des institutions totalitaires en général, ces techniques peuvent être regroupées en deux catégories : la première relève du prospectif, du tabou et de l'interdit et se manifeste sous les traits des « rites d'évitement »⁹⁹⁷ :

⁹⁹⁴ Goffman E., 1968, *op. cit.*, p. 123.

⁹⁹⁵ *Ibidem.*

⁹⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁹⁷ Goffman E., 1974 (1967), *Les rites d'interaction*, traduit de l'anglais par Alain Kihm, Paris, Les Éditions de Minuit, p., 55-68.

« Par “rites d’évitement”, on désigne cette forme de déférence qui incite l’offrant à se tenir à distance du bénéficiaire, afin de ne pas violer ce que Simmel appelle la “sphère idéale” qui entoure celui-ci »⁹⁹⁸.

La seconde, relève du prescriptif, du requis et de l’ordonné et s’exprime alors sous les traits des « rites de présentation »⁹⁹⁹ comme le précise Goffman :

« L’autre type principal de déférence, désigné par le terme *rites de présentation*, comprend tous les actes spécifiques par lesquels l’individu fait savoir au bénéficiaire comment il le traitera au cours de l’interaction à venir »¹⁰⁰⁰.

Ces rites d’évitement se manifestent compte tenu de règles socialement sanctionnées, reflets des tabous et des interdits partagés en dehors des services. Ils renvoient aux règles de pudeur ou d’intimité, destinées à préserver une certaine distance entre les soignants et les malades. Bien que la plupart de ces derniers soient sédatisés, curarisés, et inconscients, les soignants s’emploient au respect de certaines règles de pudeur admises à leur égard : fermer la porte de chambre lors de la toilette, couvrir le corps dénudé, etc. Ces gestes pourtant inopérants au regard de l’impératif thérapeutique dans lesquels ils sont effectués se situent donc à l’articulation de ce qui relève ordinairement de l’ordre du caché, « construit par retranchement progressif de tous les espaces publics, celui qui échappe à la vue, celui de l’étymologie “l’intérieur de l’intérieur”, fait pour être éloigné, mis en frontière avec les autres sphères »¹⁰⁰¹ et de l’individuel, de « ce qui est “uniquement privé”, ce que l’on a en “propre” par rapport à ce qui, dans la sphère privée, comme dans la famille, est commun, c’est-à-dire public »¹⁰⁰². Pour les soignants, ces gestes se rattachent donc moins à l’impératif thérapeutique qu’à la nécessité de respecter des principes moraux et sociaux, et ce, même dans le cadre de services où prédominent pourtant largement le versant technique des soins et la pensée cartésienne :

« Moi je me dis que je voudrais pas, si jamais ça m’arrivait, qu’on me laisse “à poil” dans le lit sans rien. Enfin, quand tu fermes la porte pendant la toilette c’est normal.

⁹⁹⁸ *Ibid.*, p. 56

⁹⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰⁰ *Ibid.*, p. 63.

¹⁰⁰¹ Berrebi-Hoffmann I., 2010, « Les métamorphoses de l’intime : Repenser les relations entre le public et le privé au travail ». *Empan*, 77,(1), p. 15.

¹⁰⁰² *Ibid.*

C'est respecter la personne aussi, son intimité. Tu as beau avoir des malades qui sont sédatisés, qui sont curarisés et tout ça, c'est aussi pour garder un peu de dignité. Ça fait partie de la dignité de la personne » (Camille, 33 ans, infirmière).

Cacher la nudité, respecter l'espace de l'intime et la « dignité de la personne » relèvent en ce sens de règles d' « indépendance »¹⁰⁰³. Ces règles s'expriment alors plus particulièrement lorsque les patients sont « réveillés » et, plus encore, lorsqu'ils souhaitent retrouver une certaine forme d'autonomie sans pour autant en être capables. Quand ces situations se présentent, les soignants de réanimation procèdent à l'évaluation de l'autonomie supposée des patients. En fonction de leur évaluation, les soignants laissent alors une certaine indépendance aux patients. C'est le cas, par exemple, lorsqu'un malade demande à manger seul alors qu'il ne semble pas autonome. Il est aidé par les soignants sans pour autant être totalement assisté. Il en va de même lors de la toilette, lorsque le malade est invité par les personnels à réaliser lui-même la « petite toilette ». Aussi les soignants s'emploient-ils, dans la mesure du possible, à respecter une certaine « distance cérémonielle »¹⁰⁰⁴ observable dans le maniement du matériau humain, mais aussi dans les façons de s'adresser aux malades :

« Dans notre société, les règles qui obligent à garder ses distances sont multiples et puissantes. Elles tendent à se concentrer sur certains points, tels que les emplacements matériels et les biens définis comme étant la « propriété » du bénéficiaire, les organes sexuels, etc. Un domaine important est le soin que l'on doit prendre de ne rien amener dans la discussion qui puisse peiner, embarrasser ou humilier celui à qui on s'adresse »¹⁰⁰⁵.

Ce dernier type de règles met en lumière la seconde catégorie de techniques superflues qui, par opposition aux rites d'évitement, relèvent de l'ordre du prescriptif et du requis visant à montrer une certaine déférence envers les bénéficiaires. Dans les services de réanimation, ces rites de présentation se caractérisent d'abord par la présentation de soi, lorsqu'un soignant se présente au malade en le saluant et en lui exposant son statut. C'est ainsi que l'on entend la même formule de présentation, répétée de façon quasi automatique : « bonjour Monsieur N., je suis l'infirmier qui va s'occuper de vous aujourd'hui ». Et ce, aussi bien lorsque les malades sont sédatisés ou réveillés. S'ensuit presque toujours la présentation des gestes réalisés

¹⁰⁰³ Goffman E., 1974 (1967), p. 59.

¹⁰⁰⁴ *Ibid.*, p. 57.

¹⁰⁰⁵ *Ibid.*, p. 58.

sur et auprès du malade : « on va vous tourner » ; « on va faire un “dextro”¹⁰⁰⁶ » ; « on va aspirer » ; etc. L'énonciation des gestes qui précède leur réalisation relève d'une forme de « discours accompagnateur »¹⁰⁰⁷, dont la signification réside dans l'approche du travail sur l'homme comme finalité, comme l'indique à ce propos Michel Castra au sujet des unités de soins palliatifs :

« L'utilisation constante d'un “discours accompagnateur” visant à avertir au préalable le malade du geste qui va être effectué sur lui “assure la levée des prohibitions ou tensions”¹⁰⁰⁸ inévitablement liées au travail soignant caractérisé par la proximité physique et l'atteinte à l'intimité. L'annonce au malade (parfois presque simultanément au geste) est essentiellement destinée à dissiper tout malentendu ou toute équivoque »¹⁰⁰⁹.

Superflues, ces techniques le sont effectivement au regard de l'impératif thérapeutique. Elles répondent cependant à un impératif moral, en ce qu'elles constituent un ensemble de pratiques rituelles destinées au respect de l'intégrité sociale des malades admis en réanimation, quand bien même ces derniers sont sédatés ou inconscients. Et c'est justement parce qu'elles s'appuient sur un ensemble de règles sociales établies en dehors des services — et du champ médical en général — que les techniques superflues et les techniques du corps, rappellent l'individu à sa réalité institutionnelle dans un contexte où la réalité biologique semble portant l'emporter sur la nature sociale¹⁰¹⁰.

2.3. « Derrière les machines, il y a les malades » : les contributions soignantes dans la fabrique de la « réa »

Bien qu'elles valent comme ressources pour la valorisation des tâches relationnelles, les techniques du corps et les « techniques superflues » ne se limitent pas à cette seule application. Rappelant la nature sociale des patients « techniqués », elles s'inscrivent dans

¹⁰⁰⁶ Réalisation d'un diagnostic instantané de la glycémie.

¹⁰⁰⁷ Castra, M., 2003, *Bien mourir : Sociologie des soins palliatifs*, Paris, Presses Universitaires de France.

¹⁰⁰⁸ « J. Peneff évoque également l'utilisation de ces mêmes “techniques utilisées pour réduire l'ambiguïté de la situation” à propos du déshabillage des patients arrivant aux urgences. J. Peneff, *L'hôpital en urgence, op. cit.*, p. 76. » : cité par Castra, M., 2003, *op. cit.*

¹⁰⁰⁹ *Ibid.*, p. 147.

¹⁰¹⁰ Foucault M., 1963, *op. cit.*

une « économie morale »¹⁰¹¹ des soins au centre de laquelle s'affirment des sentiments moraux à l'égard de malades « techniques ».

Déférence, don de soi, don de soin

Goffman proposait déjà en 1961 une ébauche des conduites d'interactions au sujet des personnels et des reclus au sein des institutions totalitaires¹⁰¹². Ce n'est qu'en 1967 qu'il va étayer un « échafaudage conceptuel en étirant et en tordant un certain nombre de termes appartenant à l'anthropologie commune »¹⁰¹³ afin « de montrer l'efficacité que peut avoir une version modernisée de la psychologie sociale de Durkheim »¹⁰¹⁴. Ainsi précise-t-il à l'endroit de la *déférence*, concept central dans l'analyse qu'il propose des règles de conduite à tenir lors des interactions :

« Par ce mot [*déférence*], je désigne un composant symbolique de l'activité humaine dont la fonction est d'exprimer dans les règles à un bénéficiaire l'appréciation portée *sur* lui, ou sur quelque chose dont il est le symbole, l'extension ou l'agent (...). Nous avons là des signes de dévotion grâce auxquels l'acteur célèbre et confirme la relation qui l'unit au bénéficiaire (...). Tout acte de déférence implique de la part de son auteur une certaine considération, qui inclue souvent une évaluation globale du bénéficiaire. C'est là un sentiment banal, assez familier pour être feint à l'occasion, et pourtant difficile à définir précisément »¹⁰¹⁵.

Dans les services, la déférence portée à l'égard des malades se caractérise en premier lieu compte tenu de la vulnérabilité de ces derniers — ainsi que dans sa manifestation par les familles. À l'incertitude qui pèse quant à l'évolution de la trajectoire s'ajoute donc une évaluation de la vulnérabilité des malades, qui oriente les comportements des soignants dans la réalisation du travail. Ainsi l'attitude adoptée par ces derniers relève-t-elle d'un « esprit de soin » qui, comme le précise Hélène Marche :

¹⁰¹¹ Fassin D., Eideliman J.-S., (Dir.), 2012, *Économies morales contemporaines*, Paris, La Découverte.

¹⁰¹² Goffman E., 1968 (1961), *op. cit.*.

¹⁰¹³ Goffman E., 1974 (1967), *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit, Collection « Le sens commun », p. 43.

¹⁰¹⁴ *Ibid.*

¹⁰¹⁵ *Ibid.*, p. 50-52.

« Est ici entendu en tant qu'*ethos* ou dispositif organisateur de pratiques (Bourdieu, 1984)¹⁰¹⁶. Plutôt que d'être fixé une fois pour toutes, il s'agit d'un système de valeurs que les soignants mobilisent dans la relation aux patients en l'adaptant aux situations auxquelles ils sont confrontés. Autrement dit, les professionnels disposent d'un bagage de normes et de valeurs dans lequel ils vont puiser pour orienter le travail relationnel. Ils le font à partir d'une évaluation des conduites des malades et de leurs conditions d'existence »¹⁰¹⁷.

De cette évaluation découle une forme d'engagement, relative au degré de vulnérabilité que les soignants attribuent aux malades. Cet engagement cristallise donc des valeurs sensiblement différentes, s'inscrivant tantôt dans une médecine de combat et tantôt dans une mission d'humanisation : à la première de ces deux formes d'engagement sont associées des valeurs « guerrières »¹⁰¹⁸, la nécessité de prendre sur soi, de faire face à l'incertitude et de s'engager pleinement dans la lutte contre la maladie ; à la seconde, sont associées des valeurs humanistes exprimées dans les interactions avec les familles ou dans la mobilisation des techniques du corps et de techniques superflues destinées à garantir des principes d'humanité. Renvoyant à la dualité de l'expérience soignante en réanimation, cette oscillation entre postures des « guerrières » et des postures « pacificatrices » n'en reste pas moins marquée par l'engagement dans le travail, qu'il soit émotionnel, physique ou temporel. Aussi entend-on couramment les soignants évoquer leur engagement, en matière d'« investissement », de « don » et de « sacrifice ». Renvoyant communément au don de soi¹⁰¹⁹ et au sacrifice sacerdotal¹⁰²⁰, notamment par rapport au temps de travail non compté¹⁰²¹, l'engagement soignant semble exacerbé par la nature du travail de réanimation, par le contact avec la mort et la finitude humaine, comme l'écrit Marie-Christine Pouchelle à ce propos :

¹⁰¹⁶ Bourdieu P., 1984, *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit.

¹⁰¹⁷ Marche H., 2015, *art. cit.*, p. 2.

¹⁰¹⁸ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 197.

¹⁰¹⁹ Bourgeon, D., 2007, « Le don et la relation de soin : historique et perspectives... », *Recherche en soins infirmiers*, n° 89, (2), p. 4-14.

¹⁰²⁰ Les termes « sacrifice » et « sacré » ont pour racine commune *sacer* : « qui appartient au divin ». S'appuyant sur les travaux de Durkheim, Goffman précise d'ailleurs à ce propos que : « Comme l'indiquait Durkheim : “La personne humaine est chose sacrée ; on n'ose la violer, on se tient à distance de l'enceinte de la personne, en même temps que le bien par excellence, c'est la communion avec autrui” » : Durkheim E., 1968 (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF, cité par Goffman, E., 1974 (1967), *op. cit.*, p. 65.

¹⁰²¹ Bourgeon D., 2013, *art. cit.*, p. 153-166.

« [Aux] rythmes éprouvants il faut ajouter les charges émotionnelles propres à ce genre de service, stress divers liés à la gravité des pathologies et à la responsabilité échues aux soignants, au déni chez certains médecins de la douleur des malades, à la fréquence relative de la mort et à l'impossibilité, faute de groupes de parole ou de réunions de service, de faire collectivement le deuil des patients décédés dans le service et trop vite remplacés, dans les mêmes lits, par de nouveaux arrivants »¹⁰²².

Ainsi les « dons de soi » et les « sacrifices » régulièrement évoqués dans les services sont-ils à lire au prisme de l'engagement, du sacerdoce et de la vocation, quand bien même ces termes ne semblent pas partagés par tous les soignants¹⁰²³. Toujours est-il que ces formes d'engagement semblent bien traduire l'obligation de satisfaire aux attentes des malades et des familles qu'ils rencontrent au quotidien :

« L'offrant s'engage à respecter les attentes et les obligations, substantielles aussi bien que cérémonielles, du bénéficiaire. Il promet de sauvegarder l'idée que le bénéficiaire se fait de lui-même à partir des règles qui le concernent »¹⁰²⁴.

Maintenir une « self-image » professionnelle

Exprimée par l'engagement et le don de soi, la déférence se manifeste aussi à travers la *tenue*, c'est-à-dire par un « comportement cérémoniel qui se révèle typiquement à travers le maintien, le vêtement et l'allure, et qui sert à monter à l'entourage que l'on est une personne douée de certaines qualités, favorables ou défavorables »¹⁰²⁵. C'est donc par la tenue, c'est-à-dire par la manière dont l'individu se présente et adopte son attitude en conséquence, que s'exprime la déférence portée à autrui et par là, l'image sociale qu'il souhaite donner de lui-même :

« Lorsqu'on accomplit un rite de présentation en signe de déférence, offrir une chaise à un invité par exemple, on s'aperçoit qu'on peut le faire avec souplesse et aplomb, d'une façon qui traduit l'assurance et le contrôle de soi, ou bien avec maladresse et hésitation, indices d'un caractère irrésolu. C'est là, en quelque sorte, une liaison fortuite et accessoire entre la tenue et la déférence »¹⁰²⁶.

¹⁰²² Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 134.

¹⁰²³ Plusieurs des enquêtés interrogés à ce propos dans les entretiens, notamment les « nouveaux entrants » préfèrent en effet le terme de « passion » par opposition à celui de « vocation » plutôt utilisé par les « anciens ».

¹⁰²⁴ Goffman E., 1974 (1967), p. 54.

¹⁰²⁵ *Ibid.*, p. 68.

¹⁰²⁶ *Ibid.* p. 72.

La tenue des soignants se révèle cependant quelque peu ambiguë en ce qu'elle traduit des valeurs d'engagement *a priori* contradictoires relevant de l'audace et de l'adversité d'une part, et de l'humanisation et de l'apaisement d'autre part. Au premier de ces deux registres sont associées des attitudes assurées, parfois virulentes, comme c'est le cas dans la réalisation des soins techniques. On observe alors, une posture de retenue et de maîtrise de soi caractérisée par la pesanteur des silences, la précision des gestes ou l'attention constante à l'objet. Au second registre, celui de l'humanisation des soins, sont associées des attitudes d'empathie, de soutien et de sollicitude. Celles-ci se manifestent au travers des précautions prises par les soignants lors de la mobilisation de patients « douloureux », dans l'attention portée au confort durant les soins d'hygiène ou dans le souci de répondre aux inquiétudes des malades et des familles, se traduisant par des formes de sollicitudes diverses : saisir la main du malade, apporter un café, exprimer son émoi, accompagner la famille, etc.

Ces comportements témoignent d'une certaine dualité de l'expérience qui compose les deux versants de la « *self-image* »¹⁰²⁷ professionnelle qu'ils souhaitent donner d'eux-mêmes, et par laquelle s'exprime la déférence qu'ils portent aux « bénéficiaires » des soins :

« C'est ça aussi, quand tu as la famille qui est là devant toi, tu vas pas te barrer alors que tu vois qu'ils sont mal. Ça coûte rien de rester avec eux, et puis moi, on me dit des fois que la réa c'est inhumain, mais c'est pas l'image que j'en ai. On est pas là que pour faire les aspi, gérer les respi et tout ça (...). Quand tu as la famille qui revient te voir ou qui te laisse un mot, souvent ils te remercient d'avoir été là et tout, ça c'est gratifiant aussi »
(Camille, 31 ans, infirmière).

Aussi peut-on relever, à travers le sentiment de gratification à l'égard des mots ou des remerciements adressés aux soignants, une certaine satisfaction vis-à-vis du travail effectué, mais aussi, par rapport à l'image que leur renvoient les bénéficiaires. Dans le cas où la famille fait l'expérience de l'échec de la réanimation, se joue donc une « une mise à l'épreuve de la confiance »¹⁰²⁸ envers les personnels mettant en cause leur image professionnelle. La *tenue*, par l'accompagnement des familles dans la déconstruction de l'espoir constitue ici une condition du maintien de l'image professionnelle que les soignants souhaitent donner d'eux-mêmes, car :

¹⁰²⁷ Fox R., 1988, *op. cit.*, p. 147.

¹⁰²⁸ Legrand E., 2010, *art. cit.*, p. 66.

« Si les profanes maintiennent un espoir inapproprié, cela signifie que les professionnels ont échoué dans leur travail de socialisation des familles à la mort de leur proche. Or, ces situations laissent les familles non seulement désemparées, mais suspicieuses envers les médecins [...] envers le système de soins, en tant qu'institution »¹⁰²⁹.

Exprimée à travers leur « bonne » tenue, la déférence portée par les soignants envers les malades et les familles semble donc justifiée par l'image que ces derniers sont susceptibles de leur renvoyer. L'engagement et le don de soi des soignants trouvent donc leur origine dans la déférence que les bénéficiaires témoignent à leur égard ou, pour le dire autrement :

« Il faut donc bien voir que, dans bien des cas, il serait inconvenant de prendre sur soi ce que les autres sont prêts à nous attribuer, car chacune de ces deux images est la garantie et la justification de l'autre, non son reflet (...). Même s'il est vrai que l'individu détient un moi unique et qui n'appartient qu'à lui, le signe de cette possession est entièrement le produit d'un labeur cérémoniel collectif : la partie que sa bonne tenue exprime n'est pas plus significative que celle que les autres lui renvoient par la déférence qu'ils lui manifestent »¹⁰³⁰.

Les coulisses de la réanimation : l'économie morale des soignants

Cette perspective se précise au regard d'une « économie morale »¹⁰³¹ des soins en réanimation, permettant de dépasser le seul cadre de l'interaction et de révéler en quoi la fabrique des soins relève d'un plus vaste système impliquant des questions d'ordre sociétal. Développée initialement par Edward Thompson à propos de l'histoire économique et sociale des milieux populaires anglais du XVIII^e siècle¹⁰³², le concept d'« économie morale » a fait l'objet d'une réinterprétation contemporaine, centrée sur la compréhension des normes et des obligations sociales qui commandent aux individus. Comme le précise Didier Fassin à cet égard :

¹⁰²⁹ *Ibid.*

¹⁰³⁰ Goffman E., 1974 (1967), p. 75.

¹⁰³¹ Fassin D., Eideliman J.-S., (*Dir.*), 2012, *op. cit.*

¹⁰³² Thompson E., 1963, *The making of the English working class*, Harmondsworth, Penguin Books ; Thompson E., « The Moral Economy of the English Crowd in the Eighteenth Century », *Past & Present*, 1971, n° 50 : 76-136.

« Premièrement, l'économie morale correspond à un système d'échanges de biens et de prestations. Elle caractérise les sociétés d'avant le marché, qu'il s'agisse de sociétés traditionnelles lointaines qu'étudient les ethnologues ou anciennes que décrivent les historiens [...]. Mais, deuxièmement, l'économie morale correspond aussi à un système de normes et d'obligations. Elle oriente les jugements et les actes, distingue ce qui se fait et ce qui ne se fait pas. Plus que des règles économiques, ce sont des principes de bonne vie, de justice, de dignité, de respect, en somme de reconnaissance, pourrait-on dire en se référant à Axel Honneth¹⁰³³ »¹⁰³⁴.

Dans cette acception contemporaine, l'économie morale consiste donc en un système de normes et de valeurs qui orientent les conduites individuelles et collectives qui, dans le cadre des soins de réanimation, se traduisent en matière d'engagement et d'attitudes à la fois « combatives » et « humanistes ». L'économie morale des soignants de réanimation se cristallise donc autour de valeurs galvanisées par l'impératif thérapeutique et le maintien de la singularité des malades. Leurs conduites dépassent ainsi le seul cadre du regard clinique et de l'économie managériale du travail sur l'homme : outre la réalisation des soins techniques et l'observance des injonctions managériales, s'imposent alors « la production, la circulation et l'utilisation des valeurs et des sentiments dans l'espace social autour de questions de société »¹⁰³⁵, telles que l'« humanisation des soins »¹⁰³⁶, l'« encapacitation » (« *empowerment* ») des acteurs¹⁰³⁷ ou le « respect de la dignité de la personne humaine »¹⁰³⁸.

Et c'est justement parce qu'elles œuvrent au maintien de la singularité et à la réappropriation de leur corps par les malades « techniqués », même lorsque la trajectoire de la maladie est descendante¹⁰³⁹, que les pratiques soignantes relèvent d'une économie morale qui vaut comme ressource centrale dans l'affirmation de ce qui, pour eux, détermine l'activité au regard de l'objectivation médicale et gestionnaire.

¹⁰³³ Honneth A., [1992] 2000, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Éd. du Cerf. Notamment le chapitre 5 « Modèles de reconnaissance intersubjective ».

¹⁰³⁴ Fassin D., « Les économies morales revisitées », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 2009/6 (64e année), p. 1243-1244.

¹⁰³⁵ Fassin D., 2012, *art. cit.*, p. 653.

¹⁰³⁶ En témoignent par exemple, la « VI^e Conférence de consensus » organisée conjointement par la SRLF et la SFAR à Paris le 19 novembre 2009, sur la thématique « Mieux vivre la Réanimation », ou les recommandations élaborées par la Fédération de la Réanimation dont le chapitre 6 est réservé aux « Droit des patients et principes de bientraitance » : Fédération de la Réanimation, 2011, Référentiel « Structures et Organisation des Unités de Réanimation. 300 Recommandations ».

¹⁰³⁷ Andrieu B., 2012, *L'autosanté: Vers une médecine réflexive*, Paris: Armand Colin.

¹⁰³⁸ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ; Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

¹⁰³⁹ Kentish-Barnes N., Valy J., 2016 (2013), *art. cit.*, p. 27.

Conclusion du chapitre 6

Situé au cœur des préoccupations qui animent les acteurs de la division du travail hospitalier, le travail sur matériau humain représente l'espace des tensions et des concurrences à l'œuvre dans la fabrique du soin. Enjeu des luttes juridictionnelles partagées entre les administrateurs et les managers d'une part, et les équipes médicales et paramédicales d'autre part, il se révèle protéiforme et hétérogène. Dans les services de réanimation, les corps souffrants, « techniqués » et vulnérables sont soumis à une double grille de lecture et, par conséquent, à un double travail sur l'homme : d'une part, ils font concrètement l'*objet* de la prise en charge technique convoquée au nom de l'impératif thérapeutique face à l'urgence et à l'incertitude ; d'autre part, ils sont *sujets* à un ensemble de gestes et de pratiques commandées par une économie morale des soins qui vise au maintien de leur singularité.

Loin de se limiter à l'objectivation médicale et managériale, le matériau humain représente également le lieu de l'obligation, du cérémoniel et de l'institué ou, pour le dire autrement, l'endroit du sacré¹⁰⁴⁰. Et c'est justement parce qu'ils s'emploient au respect de la personne humaine, à travers la mobilisation des savoirs profanes, de techniques du corps et de techniques superflues, que les soignants de réanimation sont en mesure de revendiquer un monopole du travail sur l'homme, quand bien même celui-ci serait « techniqué-usager-du-système-de-santé ». Les dynamiques professionnelles des soignants de réanimation relèvent en ce sens d'une anthropologie de la santé, telle qu'elle a été définie par Didier Fassin, et de laquelle ils tirent une légitimité qui leur permet de s'imposer face à l'individuation clinique et managériale :

« Premièrement, le vivant humain, tel que nous l'appréhendons, résulte d'un jeu entre nature et culture ; deuxièmement, la santé est une production sociale, car c'est la société qui définit ce qui relève de la santé ou plutôt qui donne une expression sanitaire à certaines réalités de préférence à d'autres ; troisièmement, le travail d'objectivation contribue à cette production et devient donc inséparable d'une opération de subjectivation »¹⁰⁴¹.

¹⁰⁴⁰ Durkheim E., 1968 (1912), *op. cit.*

¹⁰⁴¹ Fassin D., « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé » *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 24, n° 1, 2000, p. 101.

Conclusion de la partie III

L'examen du quotidien en réanimation révèle que la fabrique des soins ne saurait se soustraire aux impératifs moraux qu'impliquent le travail sur l' « entre-deux » et le maniement des corps techniqués. Malgré l'environnement hautement technique des services, les patients ne sont jamais totalement l'*objet* de la prise en charge. S'ils sont « intubés », « ventilés », « sédatisés », « curarisés », « cathétérisés », « sondés », etc., ils restent cependant *sujets* des soins. Aux actes techniques s'adjoint toujours une forme de tenue et de déférence qui relèvent à la fois de règles de présentation de soi¹⁰⁴² et de règles de sentiments admises à l'endroit des malades et de leurs familles. La réalisation des soins de réanimation résulte donc d'impératifs communs qui dépassent le seul cadre hospitalier. Ce constat vaut non seulement par rapport aux vagues de réformes entreprises par les autorités publiques, mais aussi vis-à-vis de l'imaginaire médical sur lequel repose la réanimation. Devant la mise en gestion des patients-usagers et la mise en objet des malades « techniqués », la notion d' « hospitalité »¹⁰⁴³ reprend même tout son sens.

Elle permet aux soignants de se maintenir dans la définition de leur travail. Et c'est précisément parce que la rationalisation gestionnaire et la montée de nouvelles incertitudes médicales s'intensifient que les impératifs moraux se font plus urgents : pour les malades, ils constituent un garde-fou à l'objectivation et à la dépersonnalisation que représentent les dispositifs à l'œuvre dans la modernisation de l'hôpital public ; pour les soignants, ils sont un moyen de se prémunir face à la contingence organisationnelle. En somme, l'économie morale de la prise en charge des patients « techniqués » montre que la fabrique des soins de réanimation dépend tout au moins, si ce n'est totalement, de principes définis en dehors même du cadre dans lequel elle se déploie. Elle révèle ainsi la teneur des enjeux socio-anthropologiques qui se dévoilent un peu plus aujourd'hui dans des espaces encore largement fermés au public.

¹⁰⁴² Goffman E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne, 1. la présentation de soi*, Paris, Les Éditions de Minuit, Collection « Le sens commun ».

¹⁰⁴³ Du latin classique *hospitalitas*, et *hospitem*, au double sens de droit réciproque et d'accueil de l'autre.

Conclusion générale

Médecine d'urgence et d'incertitude, la réanimation l'est indéniablement. Façonnée à l'aune des évolutions biomédicales et de l'investigation des corps « en souffrance », elle repose sur la formulation d'un paradigme qui renouvelle le rapport au corps, à la maladie et à la mort. L'« esprit de la réanimation » est marqué par les questionnements éthiques relatifs à la fin de vie¹⁰⁴⁴, mais aussi par les transformations inhérentes à la modernisation de l'hôpital public¹⁰⁴⁵. Tenus de s'adapter à la montée d'exigences managériales définies en dehors des services, les soignants font face à un certain paradoxe : alors qu'ils sont sollicités dans la modernisation de leurs pratiques, ils voient leur autonomie entravée par l'utilisation des outils et des dispositifs prévus à cet effet. Les transformations de l'hôpital public invitent alors à saisir les dynamiques professionnelles dans le cadre d'une « triple évolution résumée par la formule d'injonction au professionnalisme (tournant commercial dans les entreprises, rationalisation comptable de l'action publique, montée en exigence éthique des usagers) »¹⁰⁴⁶. Dans les services, ce renouvellement se dessine au prisme de l'héritage clinique au fondement des pratiques et des représentations, de l'ajustement aux exigences managériales, et de la gestion de l'incertitude qui commande à la régulation des émotions. La transformation des soins de réanimation ne résulte donc pas de la seule introduction d'outils et dispositifs gestionnaires empruntés au secteur privé. Elle tient aussi à l'ambition des soignants de maintenir leur segment, mêlant des pratiques expertes et des savoirs profanes, mais également à la nécessité de répondre à une incertitude médicale toujours plus pesante et dont les effets se font sentir dans l'accueil des familles comme dans le rapport au travail sur l'homme.

Cette conclusion propose d'apporter quelques éclairages sur ce qui, au carrefour de la sociologie des groupes professionnels et d'une anthropologie de la santé, relève de la fabrique des soins de réanimation. Au-delà des stratégies employées dans la préservation du segment et dans la définition du travail, elle invite tout autant à interroger le travail sur l'homme et ses conditions d'application, à l'aune du renouvellement des auditoires et de leur expérience d'une médecine ambivalente.

¹⁰⁴⁴ Paillet A., 2007, *op. cit.*

¹⁰⁴⁵ Belorgey N., 2010, *op. cit.*

¹⁰⁴⁶ Boussard V., Demazière D., Milburn P. (dirs.), 2010, *op. cit.*, p. 10.

Soignant-e-s en réanimation : un segment hybride en quête d'autonomie

Cette enquête menée dans trois services de réanimation médicale et chirurgicale permet d'établir un premier constat général sur les soignants de ces services : soumis à l'hégémonie médicale ainsi qu'à la montée d'exigences managériales, ils conservent néanmoins une part irréductible d'autonomie dans la conduite du travail. En cause, l'hybridation du segment qui repose sur le portage d'une ligne d'autorité médicale de nature charismatique¹⁰⁴⁷. S'ils sont dotés d'une visibilité relative en dehors des services et plus encore à l'extérieur du monde hospitalier, ce sont avant tout des soignants de « réa ». Partant de l'hypothèse qu'ils bénéficiaient d'une identité en dormance au regard de professions établies¹⁰⁴⁸, ma recherche a permis d'identifier les soubassements historiques qui soutiennent l'imaginaire professionnel et les contours de ce collectif. Elle montre que l'audace se situe au cœur du travail, la lutte contre la maladie s'exprimant à chaque instant de la prise en charge des malades (Chapitre 1). L'analyse de la socialisation professionnelle des soignants permet d'affirmer que l'audace n'est pas l'apanage des personnels médicaux. Elle est également partagée par les soignants et représente même un prérequis de l'entrée dans le collectif : « tout le monde ne peut pas travailler en réa ».

Cette configuration qui articule des postures « guerrières » médicales et une attitude « pacificatrice » attribuée à la figure traditionnelle paramédicale¹⁰⁴⁹, met en évidence l'ambivalence du collectif au sein des services et du monde hospitalier : s'ils se distinguent des « services traditionnels », ils ne sont pourtant pas reconnus formellement comme des « soignants de réanimation » — à la différence des infirmiers anesthésistes ou des infirmiers de bloc opératoire. Ils se situent donc à la frontière des « groupes professionnels », définis comme « des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique »¹⁰⁵⁰. Et même s'ils s'emploient à la fermeture de leur marché du travail (Chapitre 2), ils restent, en définitive, dans l'ombre des médecins anesthésistes-réanimateurs.

¹⁰⁴⁷ Carricaburu D., Ménoret M., 2011 (2004), *op. cit.*, p. 28.

¹⁰⁴⁸ Wilensky H., « The professionalization of everyone ? », *American journal of sociology*, 1964, vol. 70/2.

¹⁰⁴⁹ Petitat A., « La profession infirmière. Un siècle de mutations », in Aïach P., Fassin D. (Dir.) 1994, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, p. 227-259.

¹⁰⁵⁰ Demazière D., Gadéa C., 2009, *op. cit.*, p. 20.

Néanmoins, leurs pratiques ne se limitent pas à la seule exécution des prescriptions médicales. Elles oscillent entre l'application de prescriptions valorisantes spécifiques aux soins de réanimation et des tâches relevant du « rôle propre » infirmier, partagées avec les personnels aides-soignants. Ainsi l'imaginaire soignant de la réanimation repose-t-il sur l'exacerbation de la dualité traditionnellement admise à l'endroit des soins¹⁰⁵¹, répartie entre l'hétéronomie clinique et l'autonomie soignante.

En conséquence, on préférera retenir, à propos de la désignation du collectif soignant de réanimation, l'acceptation de « segment »¹⁰⁵² à celle de « groupe » professionnel. Le portage médical et la socialisation par les pairs invitent même à penser ce collectif sous les traits d'un segment professionnel « hybride ». Forts de leurs statuts et de la diversité des tâches qu'ils accomplissent au quotidien, les soignants de « réa » se présentent en effet comme les artisans du soin en milieu technique. Ils revendiquent un champ spécifique de compétences, fondé sur l'articulation des gestes hautement techniques et des savoir-faire relationnels particuliers. En cela, ils constituent un segment hybride à la frontière du soin et de la clinique. Visible dans la distinction qu'ils opèrent à l'égard des services « traditionnels », cette hybridation résulte d'abord du processus de socialisation professionnelle à l'œuvre dans les services. La conversion doctrinale des nouveaux entrants est sanctionnée par l'incorporation des pratiques et des significations associées aux « soins de réanimation ». Elle passe par un double apprentissage : celui de l'adhésion à une spécialité qui implique de « prendre sur soi » et de recourir à des techniques invasives, parfois même au détriment des principes de « bientraitance » (*good care*)¹⁰⁵³ ; celui, aussi, de l'affiliation à la figure soignante caractérisée par l'intérêt porté aux tâches relationnelles et à la prise en charge de patients « douloureux ». S'il se révèle déjà dans les trajectoires biographiques qui précèdent l'entrée dans la carrière soignante en réanimation, l'attrait pour les soins techniques et relationnels s'accroît au regard d'une socialisation assurée par les pairs.

¹⁰⁵¹ Acker F., « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, Vol. 9, n° 2, 1991, p. 123-143.

¹⁰⁵² Rappelons que la notion de « segment professionnel », utilisée par Rue Bucher et Anselm Strauss, désigne « [l]es groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession [...]. On ne s'attend pas dans ce monde à ce que les membres d'une profession aient les mêmes intérêts : l'important c'est qu'ils en persuadent l'extérieur, les professions sont un conglomerat lâche de segments réunis sous le même drapeau » : Bucher R., Strauss A., « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, 1961, 66 (4), pp. 325-334. In : Strauss A., 1992, *op. cit.*, p. 67-87.

¹⁰⁵³ Voir à ce sujet le numéro thématique : « Pour une bientraitance : faut-il repenser le soin ? » *Gérontologie et société* 2010/2, vol. 33, n° 133, 206 pages.

En reprenant les catégorisations indigènes du segment, on peut dire que la confirmation des nouveaux entrants ne s'opère qu'à une condition : être « techniciens » tout autant que « relationnels ». L'acceptation de segment hybride met alors en lumière l'interdépendance entre le versant technique (*cure*) et le versant relationnel (*care*) des soins, dans des services où prédominent pourtant les technologies biomédicales et l'impératif thérapeutique. Outre la « matrice socialisatrice »¹⁰⁵⁴ des soignants de réanimation, l'articulation des soins techniques et des soins relationnels s'enracine aussi dans les configurations locales du travail. La plupart des tâches sont en effet réalisées conjointement par les personnels infirmiers et aides-soignants : « en réa, tu travailles vraiment en binôme ». Une telle configuration repose sur la nature même des soins réalisés sur les patients appareillés. Les tâches valorisées et le « sale boulot » sont l'objet d'une dilution entre ces deux catégories d'acteurs : aux aides-soignantes profitent les compétences techniques des soins infirmiers ; aux infirmières profitent les compétences relationnelles de leur binôme. Induite par ces configurations, la distribution des savoirs infirmiers et aides-soignants est commandée, au surplus, par un ensemble d'obligations réciproques¹⁰⁵⁵ contrôlées par les membres du segment. Qu'elle se manifeste au regard des configurations locales ou de la socialisation par les pairs, l'articulation des savoirs experts et des compétences profanes semble donc toujours sanctionnée par le collectif. Ce faisant, elle représente une ressource pour la délimitation et le maintien de leurs juridictions professionnelles menacées.

L'injonction au professionnalisme : une ressource pour l'autonomisation ?

Considérée *a priori* comme une entrave à l'expression de leur autonomie professionnelle, la prolifération de normes, recommandations, protocoles et fiches techniques constitue un autre type de ressource pour l'affirmation du segment. L'investigation des pratiques soignantes montre en effet que les dispositifs employés dans la rationalisation des soins sont l'objet d'un ajustement quotidien qui, bien que convoqué dans l'intérêt des patients, sert tout autant l'intérêt du collectif. L'analyse de la fabrique des soins se précise donc au regard de la modernisation du système de santé et des exigences managériales à l'œuvre dans la définition de « ce qui fait » le métier.

¹⁰⁵⁴ Zolezio E., 2012, *art. cit.*

¹⁰⁵⁵ L'échange des savoirs et des « petits services » au sein des unités n'est pas sans rappeler la triple obligation de donner, de recevoir et de rendre, telle que la présentait Marcel Mauss dans son *Essai sur le don* en 1925 : Mauss M., 2007, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Texte extrait de *L'Année sociologique*, seconde série, 1924-1925, t. 1., Paris, Presses Universitaires de France, p. 147-159.

Sous les traits d'une « injonction au professionnalisme »¹⁰⁵⁶, la prolifération normative tend à disqualifier les soignants. Cette disqualification s'observe aussi bien dans les méthodes d'élaboration des « bonnes pratiques » que dans la définition « quantitative » de la qualité des soins, impliquant toutes deux la maîtrise de savoirs bureaucratiques exclusifs (Chapitre 3). De l'élaboration « experte » des recommandations à l'évaluation de leur application en passant par l'obligation de formations « volontaires », la modernisation de l'hôpital public met à l'épreuve le professionnalisme soignant endogène (« *from within* »)¹⁰⁵⁷. Devant l'émergence d'un professionnalisme exogène (« *from above* »)¹⁰⁵⁸ défini en dehors du segment, les personnels procèdent cependant à l'ajustement des prescriptions organisationnelles qu'ils sont tenus d'appliquer. Ainsi les recommandations de bonne pratique, les procédures, les protocoles de soins et les dispositifs d'évaluation sont-ils l'objet de « bricolages normatifs » convoqués, paradoxalement, au nom de la qualité des soins. Mais la « circulation des règles »¹⁰⁵⁹ ne se limite pas à la seule subversion des outils et des dispositifs gestionnaires. Elle s'appuie sur une catégorisation des injonctions qui se traduit par une attitude d'*assentiment* à l'égard des prescriptions thérapeutiques, une attitude de *dissentiment* à l'encontre des prescriptions bureaucratiques, et une attitude de *simulation* vis-à-vis des prescriptions managériales (Chapitre 4).

L'analyse de la circulation des règles met en relief certaines des contradictions à l'œuvre dans la modernisation de l'hôpital public : sensiblement opposées, les voies empruntées par les acteurs de la gestion et les personnels soignants se rejoignent néanmoins autour d'un objectif commun, celui de l'amélioration continue de la qualité des soins. Ce sont donc des enjeux normatifs qui sont engagés dans la redéfinition de la maladie et de sa prise en charge, de la prévention des risques infectieux et de l'anticipation de l'urgence, du travail d'écriture et de la traçabilité et, plus largement, du travail sur le matériau humain. Les divergences observées à travers la prolifération des recommandations et les « écarts à la norme » qui en découlent laissent entrevoir des questionnements qui dépassent le seul cadre de l'organisation des soins. Elles révèlent un deuxième résultat, inattendu : celui d'une expertise soignante destinée à maîtriser l'incertitude inhérente à la réanimation, mais aussi à préserver la singularité de malades « techniqués » au moyen de rites et de conduites morales.

¹⁰⁵⁶ Boussard V., Demazière D., Milburn P. (*Dir.*), 2010, *op. cit.*

¹⁰⁵⁷ Evetts J., « The sociology of professional groups : New questions and different explanations », *Knowledge, Work and Society*, n° 1, 2003, pp. 33–55.

¹⁰⁵⁸ *Ibid.*

¹⁰⁵⁹ Denis, J., 2007, *art. cit.*

L'expertise soignante du travail d' « entre-deux »

Le deuxième résultat principal qui se dégage de ma recherche touche donc à la « nature » des soins de réanimation. L'analyse de la fabrique des soins montre que le travail reste toujours tributaire des incertitudes médicales et relationnelles qui résultent de la manipulation des corps « techniqués ». Et lorsqu'elle ne se heurte pas au caractère inachevé de la maîtrise des connaissances par les médecins, l'organisation des soins n'en dépend pas moins de l'incertitude liée aux limites de la science médicale elle-même.

Dans ce contexte, les soignants ne peuvent faire l'économie des aléas cliniques inhérents à la réanimation. Au contraire, ils opèrent une hiérarchisation des tâches dont l'enjeu consiste à garder un certain contrôle du travail. Pour ce faire, ils structurent leurs pratiques autour d'une norme de vigilance destinée à maîtriser les temps de soins. La « routine de l'urgence » qui se dessine en marge de la clinique et de l'organisation se concrétise par l'oscillation continue entre l'exécution des exigences prescriptives qui définissent l'activité et leur ajustement au nom du « bon » déroulement des soins. Derrière l'état d'urgence qui commande à la réalisation des soins se dévoile l'autre versant de l'organisation, celui de l'incertitude systémique (Chapitre 5). Aux arbitrages normatifs s'adjoint alors un autre type de travail, tout aussi implicite, de gestion des émotions. Employé dans la régulation des flux des malades et des familles, celui-ci se manifeste par l'ambivalence des attitudes adoptées par les soignants : marquée la plupart du temps par la recherche de neutralité affective, la relation de soins se caractérise également par l'expression des émotions lorsque celle-ci permet d'accompagner les familles dans la trajectoire de la maladie¹⁰⁶⁰. La gestion des émotions des familles constitue donc une ressource dans le contrôle des interactions, mais aussi dans l'expérience soignante de la réanimation en ce qu'elle implique pour eux de « garder la face ».

Dans un environnement largement dominé par la rationalité technique, la formation à l'incertitude et l'expression des affects représentent donc un impératif pour la maîtrise d'événements qui, *a priori*, ne semblent jamais pouvoir l'être absolument. Rappelant que « l'incertitude est fondamentale dans la condition humaine »¹⁰⁶¹, la fabrique des soins de réanimation ouvre la réflexion sur les conditions qui commandent au maniement des corps.

¹⁰⁶⁰ Émilie Legrand précise à ce propos que « dans le cas particulier des trajectoires descendantes, il est fondamental que les familles parviennent à déconstruire l'espoir. Le rôle des professionnels, en termes de transmission de l'information, est alors déterminant » : Legrand É., 2010, *art. cit.*, p. 66.

¹⁰⁶¹ Malherbes J.-F., 1988, Préface à Fox R., 1988, *op cit.*, p. 9.

On constate en effet que le travail sur « matériau humain » se caractérise par son ambivalence dans les services de réanimation. À l'image de la discipline, partagée entre une « médecine de combat »¹⁰⁶² et une « mission médicale de sauvetage »¹⁰⁶³, la manipulation des corps « techniques » recouvre deux versants. Loin d'être exclusifs l'un de l'autre, ils se révèlent même indivisibles, formant le socle commun de la fabrique des soins de réanimation.

Le maniement des patients admis dans les services renvoie à un imaginaire professionnel dual : maintenir la vie certes, mais parfois au prix de la déshumanisation des malades. Les tâches accomplies sur les corps de malades le plus souvent inanimés se cristallisent autour de l'ambivalence des soins. Elles impliquent le recours à des savoirs experts valorisés en même temps qu'elles reposent sur la mobilisation de savoirs « profanes » méconnus, voire dissimulés. Témoins de l'héritage professionnel dont les soignants sont légataires, les soins techniques relèvent d'abord d'un impératif thérapeutique qui semble d'autant plus urgent dans les services de réanimation que ces derniers « apparaissent par excellence comme les domaines de l'entre-deux »¹⁰⁶⁴. Aussi les soignants s'emploient-ils à la mise en objet des corps qu'ils appellent « techniques » afin d'œuvrer au maintien de la vie artificielle. Ils observent, touchent, scrutent, mesurent, évaluent, etc., faisant des corps l'*objet* des soins. Pour autant, la « mise en objet » des corps appareillés s'accompagne d'un ensemble de pratiques qui visent à garantir certains principes d'humanité. Superflues au regard de l'activité clinique, ces pratiques sont complémentaires des soins techniques, se situant au cœur du versant relationnel des soins de réanimation.

Ce constat paraît d'abord surprenant compte tenu de l'environnement technique dans lequel se déploient ces pratiques. Il l'est également par rapport à l'adhésion des soignants à une médecine de combat. Mais les tâches relationnelles sont loin d'être sous-estimées. Elles sont même valorisées en ce qu'elles permettent une prise en charge « globale » de malades « techniques ». S'employant à l'application de « techniques du corps »¹⁰⁶⁵ et de « techniques superflues »¹⁰⁶⁶, les soignants œuvrent ainsi à la préservation de la singularité des malades dépersonnalisés. Cette entreprise se manifeste comme une conséquence inéluctable du travail sur le corps : dans la mesure où le poids des technologies biomédicales et la mort biologique sont particulièrement présents dans les services, il s'agit de pallier la « mort sociale [qui]

¹⁰⁶² Paillet A., 2007, *op. cit.*, p. 163-174.

¹⁰⁶³ *Ibid.*

¹⁰⁶⁴ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 82.

¹⁰⁶⁵ Mauss M., 2001 [1934], *op. cit.*

¹⁰⁶⁶ Goffman E., 1968, *op. cit.*, p. 123.

commence lorsque l'institution perd tout intérêt ou souci pour l'individu en fin de vie en tant qu'être humain et le traite comme un corps, comme s'il était déjà mort »¹⁰⁶⁷. C'est d'ailleurs dans la trajectoire du mourir que l'on observe plus particulièrement la portée des soins relationnels : la manipulation des malades « dé-techniqués » repose alors moins sur les prescriptions thérapeutiques et les injonctions organisationnelles que sur des prescriptions sociales, des normes et des règles admises collectivement, dont l'enjeu consiste autant en ce qu'elles « apportent symboliquement au mort »¹⁰⁶⁸ que dans un souci de « transcender l'angoisse de mort chez les survivants »¹⁰⁶⁹.

Ainsi la fabrique des soins de réanimation relève-t-elle d'une expertise de l'entre-deux « où il s'agit de vie et de mort, d'ici et d'au-delà, de voyage et de temps suspendu, d'endormissement et de réanimation, de corps et de rites »¹⁰⁷⁰. L'ensemble des pratiques mises en œuvre dans la manipulation des corps vulnérables, qu'ils soient « techniqués » ou bien « dé-techniqués », consiste en quelque sorte à remédier à la « désymbolisation »¹⁰⁷¹ induite par le raisonnement clinique et la rationalité gestionnaire. Artisans de l'entre-deux, procédant à l'articulation continue de savoirs formels et de compétences profanes, les soignants de réanimation incarnent finalement un groupe limitrophe, aux frontières de la clinique et de l'organisation dont ils semblent pourtant constituer les garde-fous.

Perspectives de recherche

En mettant au jour l'oscillation continue entre les exigences prescriptives et les normes définies à l'intérieur du segment, ma recherche fait état d'un dernier constat : les personnels médicaux et les personnels soignants peut-être plus encore, ne semblent plus en mesure de faire l'économie des auditoires en présence. En parallèle de l'émergence de nouveaux acteurs professionnels¹⁰⁷² et du renouveau des rôles attribués à certains acteurs

¹⁰⁶⁷ Sudnow D., 1970, « Dying in a public hospital », In : Brim O., Freeman H.E., Levine S., Scotch N.A., eds, *the dying patient*, New York, Russel Sage Foundation, p. 192.

¹⁰⁶⁸ Thomas L.-V., 1991 (1988), *La mort*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », p. 92.

¹⁰⁶⁹ *Ibid.*, p. 91.

¹⁰⁷⁰ Pouchelle M.-C., 2003, *op. cit.*, p. 14.

¹⁰⁷¹ Camille Tarot écrit à ce propos que « si l'on définit la symbolisation comme le processus de la production et de l'investissement des symboles, la désymbolisation désignerait le fait de désinvestir de leur dimension symbolique, ou de leur inscription dans l'ordre symbolique, des objets, des événements, des discours » : Tarot C., « Un phénomène-clé des sociétés contemporaines : la désymbolisation », In Dupont Y., (*Dir.*), 2007 (2003), *Dictionnaire des risques*, Paris, Armand Colin, p. 148.

¹⁰⁷² À l'image des consultants : Belorgey N., 2010, *op. cit.*

historiques¹⁰⁷³, le développement des « pratiques collaboratives »¹⁰⁷⁴ invite en effet à approfondir l'examen de la fabrique des soins de réanimation. L'injonction croissante de participation des familles aux processus thérapeutique et décisionnel¹⁰⁷⁵ ouvre la voie au partage de l'espace réservé que représente la réanimation. Aussi l'implication des familles suscite-t-elle de nouvelles interrogations au sujet des juridictions professionnelles des soignants, de leurs représentations de l'activité et de ses contours. Les questions posées par l'ouverture progressive des services de réanimation s'inscrivent ainsi dans la dynamique des travaux déjà menés dans d'autres spécialités. En ce sens, Isabelle Baszanger a analysé l'émergence d'un segment professionnel de médecine de la douleur à travers le travail de légitimation des savoirs et des pratiques qui lui sont propres¹⁰⁷⁶. Michel Castra a montré comment le militantisme palliatif en faveur du bien-mourir a conduit à un processus de segmentation au sein du corps médical¹⁰⁷⁷. Alors qu'Émilie Legrand a étudié l'expérience des familles en réanimation¹⁰⁷⁸, l'analyse de leur place au sein des unités reste encore limitée. Dans ce contexte, ma recherche a pour vocation de se prolonger du côté des familles.

Dans les unités, le renouveau de la place attribuée aux malades, et plus particulièrement aux familles, se traduit par un paradoxe : considérées à bien des égards comme « demandeuses » ou « consommatrices de soins », ces dernières semblent également représenter une ressource pour les reconfigurations professionnelles en cours et à venir. Ceci paraît d'autant plus vraisemblable que les soignants voient leur juridiction fragilisée à mesure que les injonctions managériales se précisent. L'ouverture des services pose alors plusieurs questions : si la présence des familles au sein des unités peut constituer une ressource pour les soignants, en est-il de même à leur égard ? Comment peuvent-elles s'imposer dans les processus thérapeutique et décisionnel encore largement gouvernés par les personnels médicaux ? Quels sont les moyens à leur disposition pour faire valoir leurs représentations et leurs compétences profanes ?

¹⁰⁷³ Tels que les directeurs d'hôpital : Schweyer F.-X., 2006a, *art. cit.* ; Schweyer F.-X., 2006b, *art. cit.*

¹⁰⁷⁴ Voir à ce sujet : Bureau E., Hermann-Mesfen J., « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé*, [En ligne], 8 | 2014, mis en ligne le 21 avril 2015. Et dans la littérature spécialisée : Bouchard M., Gallagher F., St-Cyr Tribble D., « Déterminants des pratiques collaboratives en milieu scolaire dans la promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique et rôle de l'infirmière dans ces pratiques », *Recherche en soins infirmiers*, 2015, 120, (1), 61-77.

¹⁰⁷⁵ Azoulay É., 2009, *art. cit.*, p. 35-46.

¹⁰⁷⁶ Baszanger I., 1990, « Émergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation : Le cas des médecins de la douleur », *Revue Française de Sociologie*, n° 31, 2, p. 257-282.

¹⁰⁷⁷ Castra M., 2003, *op. cit.*

¹⁰⁷⁸ Legrand É., 2010, *art. cit.*

En somme, derrière l'impératif de collaboration convoqué à la fois par les autorités publiques¹⁰⁷⁹ et par les usagers¹⁰⁸⁰, semble se dessiner un ordre négocié¹⁰⁸¹ des soins de réanimation, articulant l'expérience des soignants et des familles dans un contexte où ces dernières, restées dans l'ombre des malades, paraissent pourtant pouvoir jouer un rôle essentiel. Non seulement en matière d'organisation et de participation aux soins, mais aussi, plus largement, dans la définition de ce qui fait le métier, dans la fabrique conjointe des soins de réanimation. Questionner la place des familles en réanimation permettrait de penser les évolutions à venir dans des services où, comme le rappellent souvent les soignants : « le plus important dans le relationnel en réa, c'est pas le patient, c'est la famille ». Enfin, cette perspective inviterait à se pencher sur la définition elle-même de la « famille » qui, loin de représenter une entité homogène¹⁰⁸², révèle toute sa complexité face à l'urgence, à la souffrance et à l'incertitude.

¹⁰⁷⁹ Rappelons que l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée introduit les représentants d'usagers dans les conseils d'administration des établissements publics de santé. Plus récemment, c'est la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (version consolidée en 2018) qui a permis d'élargir la présence des représentants d'usagers au sein d'autres Instances telles que les instances consultatives régionales ou nationales et les établissements publics nationaux.

¹⁰⁸⁰ Notamment à travers les « mouvements sociaux de santé » et « le monde associatif de la santé » : Carricaburu D., Ménoret M., 2011 (2004), *op. cit.*, p. 161-177.

¹⁰⁸¹ Strauss A., 1992, *op. cit.*

¹⁰⁸² Comme le rappelle notamment l'« affaire Vincent Lambert », ce jeune homme de 32 ans victime d'un accident de la route en état « pauci-relationnel » (de conscience minimale) dont les proches restent encore aujourd'hui vivement partagés quant aux décisions d'arrêt ou de poursuite des thérapeutiques.

Bibliographie

Ouvrages de référence et articles

ABBOTT A., 1988, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago-Londres, University of Chicago Press.

ABBOTT A., 2001, *Time matters. On theory and method*, Chicago, The University of Chicago Press.

ABBOTT A., « Écologies liées : à propos du système des professions », in MENGER P. (dir.), 2003, *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, Éditions de la MSH.

ACKER F., « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, 1991, Vol. 9, n° 2, p. 123-143.

ACKER F., « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, 2005/1, p. 161-181.

ACKER F., « Infirmières : des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ? », *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, 2008/2, p. 61-67.

ADAM P., HERZLICH C., 2009 (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin.

AFNOR, 1987, *Vocabulaire de la documentation*, 2e édition, Agence Française de Normalisation.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), 1999, *Les recommandations pour la pratique clinique — Base méthodologique pour leur réalisation en France*, Paris : ANAES.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), *Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation*, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, septembre 2004.

Agence Nationale d'Appui à la Performance, 2011, « Réanimation : rapport de benchmark pilote », Paris, ANAP, p. 7-1.

AIACH P., FASSIN D., (dirs.) 1994, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos,

AISSANI L., « Infirmière en réanimation : Une spécialisation ? », *Recherche en soins infirmiers*, 4/2006, n° 87, p. 140-149.

ALBERA D., 2001, « Terrains minés », *Ethnologie française*, vol. 31, n° 1, p. 5-13.

ALCARAS R.-J., MARCHAND C., MARREL G., NONJON M., « La "performance sociale" comme horizon ? Les directeurs départementaux de l'aide et de l'action sociales et leurs perceptions de la managérialisation », *Revue française d'administration publique*, 2011/4 n° 140, p. 757-771.

ALLONCLE J., « Une nouvelle approche en soins palliatifs : la socio-esthétique », *InfoKara*, 2002/2, vol. 17, p. 59-60.

ALTHABE G., 1969, *Oppression et libération dans l'imaginaire*, Paris, Maspero.

AMIEL C., « "On sait qu'il n'y a pas de "vrais" risques". Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 3, 2005, p. 37-58.

ANAP, 2012, « La performance à mon service. Plaquette de présentation de l'ANAP », Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux.

ANDRIEU B., 2012, *L'autosanté : Vers une médecine réflexive*, Paris : Armand Colin.

ANGELE-HALGAND N., GARROT T., « Les biens communs à l'hôpital : De la "T2A" à la tarification au cycle de soins », *Comptabilité — Contrôle — Audit*, 2014/3, Tome 20, p. 15-41.

ARBORIO A.-M., « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 3, 1995, p. 93-126.

ARBORIO A.-M., « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 22, 1996. p. 87-106.

ARBORIO A.-M., 2012 (2001), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, Collection « Sociologiques ».

AROMATARIO O., « Infirmière de santé publique : une approche différente de l'homme et de sa santé », *Santé Publique*, 2004/2, vol. 16, p. 353-356.

ARQUILLIERE, A., 2013, « Se sentir bien dans sa peau », in BERGERET-AMSELEK C., *L'avancée en âge, un art de vivre*, Toulouse, Ères, p. 277-283.

AUBRY F., « Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes : une comparaison France-Québec », *Formation emploi* [En ligne], 119 | juillet-septembre 2012, mis en ligne le 26 octobre 2012.

AUBRY F., « Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante », *Temporalités*, [en ligne], 16 | 2012, mis en ligne le 13 décembre 2012.

AZOULAY É., « Donner du pouvoir aux familles des patients de Réanimation », *Laennec*, 2009/4, T. 57, p. 35-46.

BARRAS V., PANESE F., « L'utopie médicale de la réanimation des corps (XIXe-XXIe siècles) », *Mouvements*, 2006/3, n° 45-46, p. 36-42.

BASZANGER I., « Émergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation : Le cas des médecins de la douleur », *Revue Française de Sociologie*, 1990/2, n° 31, p. 257-282.

BATIFOULIER P., « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », *Revue Française de Socio-Économie*, 2012/2, n° 10, p. 155-174.

BAUDRILLARD J., 1968, *Le Système des objets. La consommation des signes*, Paris, Gallimard.

BEAUD S., « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l' "entretien ethnographique" », *Politix*, 1996/3, vol. 9, n° 35, p. 226-257.

BEAUD S., WEBER F., 2010 (1997), *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, Collection « Repères ».

BECKER H. S., 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

BECKER H., « Notes on the Concept of Commitment », *The American Journal of Sociology*, 1960, vol. 66, n° 1, pp. 32-40.

BECKER H., GEER B., RIESMAN D., WEISS R. (eds), *Institutions and the Person : Essai in Honor of Everett Hughes*, Chicago, Free Press.

BEECHER H. K., 1966, « Ethics and Clinical Research », *New England Journal of Medicine*, 274, pp. 1354-1360.

BELORGEY N., « Pourquoi attend-on aux urgences ? Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière », *Travail et emploi*, 2013/1, n° 133, p. 25-38.

BELORGEY N., 2010, *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, Collection « Textes à l'appui/Enquêtes de terrain ».

BENAMOUZIG D, PIERRU F., « Le professionnel et le “système” : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, 2011, vol. 53, n° 3, p. 327-334.

BENAMOUZIG D., 2005, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, Presses Universitaires de France.

BERGERON H., 2010, « Les politiques de santé publique », in BORRAZ O., GUIRAUDON V. (dir.), *Politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 79-111.

BERGERON H., CASTEL P., HAURAY B., 2015, « Evidence based medicine », *Dictionnaire critique de l'expertise : Santé, travail, environnement*, Paris, Presses de Sciences Po (PFNSP).

BERNARD C., 1867, *Principes de médecine expérimentale*, Paris, Émile Martinet.

BERNARD C., 1878, *La Science expérimentale*, Paris, Librairie J.-B. Baillière & Fils.

BERREBI-HOFFMANN I., « Les métamorphoses de l'intime : Repenser les relations entre le public et le privé au travail », *Empan*, 2010, vol. 77, n° 1, p. 13-17.

BESSION G., « L'humour, ressource personnelle et collective dans l'action sociale », *Vie sociale*, 2010/2, n° 2, p. 49-58.

BEZES P., DEMAZIERE D., « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, 2011, vol. 53, n° 3, p. 294-305.

BILLIER-RECKEL M., DUMONT C., FIMA O., « Diagnostic infirmier où en sommes-nous ? », *Recherche en Soins Infirmiers*, 1994/3, n° 36, p. 5-11.

BINET L., BOCHET M., STRUMZA M.V., 1945, *Nouveaux aspects de la lutte contre la mort*. Paris, Presses Universitaires de France.

BIZET M.-P., « Vous avez dit “protocoles” ? Les protocoles dans la pratique infirmière », *Recherche en soins infirmiers*, 1993, n° 32, p. 68-70.

BLOY G., « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales*, 2005, n° 1, p. 103-126.

BOLTANSKI L. « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26^e année, n° 1, 1971. p. 205-233.

BOLTANSKI L., BOURDIEU P., « La production de l'idéologie dominante », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1976, vol. 2, n° 2-3, p. 3-73.

BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, Collection « Essais ».

BOUCHARD M., GALLAGHER F., ST-CYR TRIBBLE D., « Déterminants des pratiques collaboratives en milieu scolaire dans la promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique et rôle de l'infirmière dans ces pratiques », *Recherche en soins infirmiers*, 2015, vol. 120, n° 1, p. 61-77.

BOUQUET B., RIFFAULT J., « L'humour en action : des travailleurs sociaux racontent... », *Vie sociale*, 2010, vol. 2, n° 2, p. 77-82.

BOURDIEU P., 1984, *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit.

BOURGEON D., « De quelques déterminants paramédicaux à l'esquisse d'une figure soignante », *Recherche en soins infirmiers*, 2002/06, n° 69, p. 5-29.

BOURGEON, D., « Le don et la relation de soin : historique et perspectives... », *Recherche en soins infirmiers*, 2007, vol. 89, n° 2, p. 4-14.

BOURRET P., 2011, *Prendre soin du travail : un défi pour les cadres à l'hôpital pour sortir le travail réel de son invisibilité*, Paris, Séli Arslan.

BOUSSARD V., (dir.), 2005, *Au nom de la norme. Les dispositifs de gestion entre normes organisationnelles et normes professionnelles*, Paris, L'Harmattan, Collection « Logiques Sociales ».

BOUSSARD V., DEMAZIERE D., MILBURN P., (dir.), 2010, *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, Collection « Des Sociétés ».

BOUSSARD V., MARTIN E., VEZINAT N., « La permanence dans le changement ? Les usages renouvelés de la "modernisation" des entreprises publiques », *Sociétés Contemporaines*, 2015/1, n° 97, p. 5-23.

BOUVIER G., PILARSKI C., « Soixante ans d'économie française : des mutations structurelles profondes », INSEE « Première », n° 1201, juillet 2008.

BRECHAT P.-H., MAGNIN-FEYSOT C., SEGOUIN C., BERTRAND D., « Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives », *Santé Publique*, 2006/2, vol. 18, p. 245-262.

BUCHER R., STRAUSS A., « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, 1961, 66 (4), p. 325-334.

BUREAU E., HERMANN-MESFEN J., « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé*, [En ligne], 8 | 2014, mis en ligne le 21 avril 2015.

CANGUILHEM G., « Claude Bernard, Cahier de notes (1850-1860), présenté et commenté par M. D. Grmek, avec une préface de Robert Courrier », *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, 1966, Tome 19, n° 4, p. 405-406.

CAROLE P., « Quand l'humour est un impératif du travail social », *Le Sociographe*, 2010, vol. 33, n° 3, p. 97-105.

CARRICABURU D., LHUILIER D., MERLE V., « Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital », *Santé Publique*, mai/juin 2008, vol. 20, hors-série, p. 57-67.

CARRICABURU D., MENORET M., 2011 (2004), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, Collection « U ».

CASTEL P., « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 2008/1, vol. 26, p. 9-32.

CASTRA, M., 2003, *Bien mourir : Sociologie des soins palliatifs*, Paris, Presses Universitaires de France.

CAUSSAT L., FENINA A., GEFFROY Y., « Quarante années de dépenses de santé : une rétopolation des comptes de la santé de 1960 à 2001 », *Études et Résultats*, n° 243 juin 2003, DREES.

CAZALAÀ J.-B., CHAVAGNAC B., COUSIN M.-T., GAY R., LOUVILLE Y. (dirs.) 2014, *Anesthésie, analgésie, réanimation, SAMU. Notre histoire, de 1945 aux années 2000*, Tome I, « L'anesthésie-réanimation », Éd. Glyphes.

CAZALAÀ J.-B., CHAVAGNAC B., COUSIN M.-T., GAY R., LOUVILLE Y., (dirs.), 2016, *Anesthésie, analgésie, réanimation, SAMU. Notre histoire, de 1945 aux années 2000*, Tome III, « Réanimation », Éd. Glyphes.

CHADELAT J. F., « Les enjeux du financement de la santé », *Revue française d'administration publique*, 2005, vol. 113, n° 1, p. 65-73.

CHAMBARETAUD S., HARTMANN L., « Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles », *Revue de l'Observatoire français des conjonctures économiques*, 2004, vol. 91, n° 4, p. 235-268.

CHAPOULIE J.-M., « Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions, et la sociologie », *Sociétés contemporaines*, 2000, vol. 40, n° 4, p. 5-27

CHAPOULIE J.-M., « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, 1973, vol. 14, n° 1, p. 86-114.

CHARRIER P., 2004, *Sociologie des imaginaires professionnels. Le cas des cheminots*, Paris : Ed. Zagros, Coll. Sociologies.

CHAUVENET A., ORLIC F., « Interroger la police », *Sociologie du travail*, 1985, n° 4, p. 453-467.

CHRISTAKIS N. A., 1999, *Death Foretold : Prophecy and Prognosis in Medical Care*, Chicago and London, The University of Chicago Press.

CLASTRES P., 1972, *Chronique des Indiens Guayaki. Ce que savent les Aché*, Paris, Plon.

CLOAREC P., « Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle », *Recherche en soins infirmiers*, 2008, vol. 93, n° 2, p. 28-31.

CLOT, Y., FAÏTA, D., « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes », *Travailler*, 2000, n° 4, p. 7-42.

COCHOY F., GAREL J.-P., TERSSAC de G., « Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes Iso 9000 », *Revue française de sociologie*, 1998, vol. 39, n° 4, p.197-220.

COMTET I., « Entre usage professionnel des TIC et structure organisationnelle : la capacité au bricolage comme compétence adaptative », *Études de communication*, 2009, n° 33, p. 119-134.

CORNILLEAU G., DEBRAND T., « Crise et déficit de l'assurance maladie. Faut-il changer de paradigme ? », *Revue de l'OFCE*, 2011, vol. 116, n° 1, p. 315-332.

COUSIN M.-T., 2005, *L'Anesthésie-Réanimation en France. Des origines à 1965, Tome 2 : Réanimation. Les nouveaux professionnels*, Paris, Édition L'Harmattan, Collection « Sciences & Société ».

CRAMPE-CASNABET M., « Les conceptions philosophiques », *Revue Française d'Histoire des Idées Politiques*, 2003, vol. 18, n° 2, p. 275-277.

CROZIER, M., FRIEDBERG, E., 1977, *L'acteur et le Système*, Paris, Le Seuil.

DANIELLOU, F., LAVILLE, A., TEIGER, C., « Fiction et réalité dans le travail ouvrier », *Les Cahiers Français*, 1983, vol. 209, p. 39-45.

DARBON S., LETOURMY A., « La microéconomie des soins médicaux doit-elle être nécessairement d'inspiration néo-classique ? », *Sciences sociales et santé*, 1983, vol. 1, n° 2, p. 31-75.

DAVIS F., « Uncertainty in Medical Prognosis Clinical and Functional », *The American Journal of Sociology*, 1960, 66/1, 41-47.

DAVIS F., 1968, « Professional socialization as Subjective Experience : The Process of Doctrinal Conversion among Student Nurses », in : BECKER H., GEER B., RIESMAN D., WEISS R. (eds), *Institutions and the Person : Essai in Honor of Everett Hughes*, Chicago, Free Press, p. 235-251.

DE VILLIERS J.-F., MDCCLXXI (1771), *Méthode pour rappeler les Noyés à la vie, recueillie des meilleurs auteurs*, Paris, Imprimerie Royale.

Déclaration “Iura et Bona” sur l'euthanasie et sur l'observation d'un usage thérapeutique droit et proportionné des médicaments analgésiques, *Documentation Catholique*, 1980, n° 77, p. 697-700.

DEFEBVRE M., CERF E., FOURNIER P., PUISIEUX F., LOENS I., « Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour “Médecine” de la région Nord-Pas-de-Calais », *Santé Publique*, 2007, vol. 19, n° 2, p. 133-146.

DE CERTEAU M., 1980, *L'invention du quotidien*, Paris, Seuil.

DEJOURS C., 1993 (1980), *Travail : usure mentale. De la Psychopathologie à la psychodynamique du travail*, (nouvelle édition augmentée) Paris, Bayard.

DEJOURS C., 1998, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Le Seuil.

DELBROUCK M., « Burn-out et médecine. Le syndrome d'épuisement professionnel », *Cahiers de psychologie clinique*, 2007/1, n° 28, p. 121-132.

DEMAILLY A., « “L'humour contre le persiflage”. Une heuristique dans le travail social et l'action collective », *Le sociographe*, 2010, vol. 33, n° 3, p. 13-23.

DEMAZIERE D., GADEA C. (dirs.), 2009, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, Collection « Recherches ».

DENIS, J., « La prescription ordinaire. Circulation et énonciation des règles au travail », *Sociologie du Travail*, 2007, vol. 49, n° 4, p. 496-513.

DENISE T., 2015, «La modernisation de l'hôpital public en France : l'idéal technocratique de normalisation», in GRAND I., JUAN S., VIGNET J., (dirs.), *La technocratie en France. Une nouvelle classe dirigeante ?*, Éd. Les Bords de l'Eau, Collection « Documents », p. 123-135.

DESROSIERES A., THEVENOT L., 1988, *Les catégories socioprofessionnelles*, Paris, La Découverte, Collection « Repères ».

DEVOS V., TASKIN L., «Gestion par les compétences et nouvelles formes d'organisation du temps et de l'espace», *Revue française de gestion*, 2005, vol. 156, n° 3, p. 93-104.

DIVAY S., «La professionnalisation dormante de la médiation sociale», *Informations sociales*, 2012, vol. 170, n° 2, p. 102-108.

DIVAY S., «Les dessous cachés de la transmission du métier de soignante», *SociologieS* [En ligne], Dossiers, *La transmission du métier*, mis en ligne le 07 mars 2014.

DIVAY S., « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l' "absentéisme" dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, 2010, vol. 77, n° 1., p. 87-109.

DOCTEURS BLOUSES (collectif), « L'hôpital malade de l' "efficience" », *Revue du MAUSS*, 2013/1, n° 41, p. 53-75.

DODIER N., BASZANGER I., «Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique», *Revue française de sociologie*, 1997, vol. 38, n° 1, p. 37-66.

DOMIN J.-P., « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation* [En ligne], 17 | 1er semestre, Spring, 2015, mis en ligne le 30 juin 2015.

DOMIN J.P., « Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu », *Revue du MAUSS*, 2013/1, n° 41, p. 33.

DOUGLAS M., 2001, *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Éditions La Découverte et Syros.

DOUGLAS M., CALVEZ M., « The self as a risk taker. A cultural theory of contagion in relation to AIDS », in : Douglas M. (Dir.), 1996, *Risk and Blame. Essays in cultural theory*, London & Nex York, Routledge, p. 102-21.

DOUGUET F., MUNOZ J., LÉBOUL D., « Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur l'activité des personnels soignants », *Études et document de travail*, n° 48, DREES, 2005, p. 36-37.

DUBAR C. « Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques », *Sociétés contemporaines* 1998, vol. 29, n° 1, p. 73-85.

DUBAR C., 2010 (1991), *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, Collection « U ».

DUBAR C., ENGRAND S., « Formation continue et dynamique des identités professionnelles », *Formation Emploi*, 1991, n° 34, p. 87-88.

DUBET F., 2002, *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil.

DUJARIER M.-A., 2006, *L'idéal au travail*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection « Partage du savoir ».

DUMAS C.-L., « Éloge de Henri Fouquet. Prononcé dans la séance publique de l'École de médecine de Montpellier », 11 novembre 1807, Montpellier, Izar.

DUMESNIL J., 2011, *Art médical et normalisation du soin*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection « Souffrance et Théorie ».

DUMEZ H., « De l'obligation de rendre des comptes ou *accountability* », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 2008, vol. 91, n° 1, p. 4-8.

DURAND-GASSELIN J., « Quelle place pour les familles en réanimation ? », *Réanimation*, 2010, vol. 19, n° 3, p. 258-264.

DURKHEIM E., 1973 (1893, 1902), *De la division du travail social*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige « Grands textes ».

DURKHEIM E., 1990 (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige « Grands textes ».

DURKHEIM E., 1995 (1950), *Leçons de sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige « Grands textes ».

DUVAL J., « Une réforme symbolique de la sécurité sociale. Les médias et le "trou de la Sécu" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, vol. 143, n° 3, p. 53-67.

EICHER L. D., KUERT W., MARÉCHAL R., GREY V., FRONTARD R., STUREN O., THOR A., BARCHIETTO R., LATIMER J., 1997, *L'histoire d'une amitié partagée. Souvenirs à propos des cinquante premières années de l'ISO*, Genève, Organisation internationale de normalisation.

ESTRYN-BEHAR M., 1999 (1997), *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Paris, Estem.

EVETTS J., « The sociology of professional groups : New questions and different explanations », *Knowledge, Work and Society*, n° 1, 2003, p. 33–55

FASSIN D., « Les économies morales revisitées », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 2009, vol. 64^e année, n° 6, p. 1237-1266.

FASSIN D., « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé » *Anthropologie et Sociétés*, 2000, vol. 24, n° 1, p. 95-116.

FASSIN D., EIDELIMAN J.-S., (dirs.), 2012, *Économies morales contemporaines*, Paris, La Découverte.

FAVRET-SAADA J., « Être affecté », *Gradhiva*, 1990, n°8, p. 3-9.

FAYOL H., 1916, *Administration industrielle et générale*, Paris, Dunod.

FIELD M. J., LOHR K. N., 1990, *Clinical practice guidelines. Directions of a new program*, Institute of Medicine, Washington, National Academy Press.

FLAMANT N., 2002, *Une anthropologie des managers*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection « Sciences sociales et sociétés ».

FORMARIER M., JOVIC L. « Approche scientifique des protocoles de soins infirmiers », *Recherche Soins Infirmiers*, 1993, n° 32, p. 75-83.

FORMARIER M., « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en Soins Infirmiers*, 2007, vol. 89, n° 2, p. 33-42.

FOUCAULT M., 1963, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France.

FOUCAULT M., 1994 (1976-1979), *Dits et écrits*, tome III, Paris, Gallimard « Quarto ».

FOUCAULT M., 1994 (1980-1988), *Dits et écrits*, tome IV, Paris, Gallimard « Quarto ».

FOUCAULT M., BARRET-KRIEGEL B., THALAMY A., BEGUIN F. FORTIER B., 1979, *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Payot.

FOX R., 1957, « Training for Uncertainty », in MERTON R. K., READER G. G., KENDALL P. L. (eds), *The Student Physician*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, pp. 207-241.

FOX R., 1976, « Medical Evolution », In LOUBSER J. J., BAUM R. C., EFFRAT A., LIDZ M. V., (eds). *Exploration in General Theory in Social Science*, New York, The Free Press, pp. 773-787.

FOX R., 1976, « The Sociology of Modern Medical Research » in LESLIE C., (ed.), *Asian Medical Systems*, Berkeley, University of California Press, pp. 102-114.

FOX R., 1988, *L'incertitude médicale*, Paris, L'Harmattan. Collection « Catalyses ».

FRAISSE S., ROBELET M., VINOT D., « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, 2003, vol. 146, n° 5, p. 155-166.

FREIDSON E., 1984, *La profession médicale*, Payot, Paris.

FREIDSON E., 2001, *Professionalism, The third Logic*, Cambridge, Polity Press.

FRIEDMANN G., NAVILLE P., 1961-1962, *Traité de sociologie du travail*, Paris, Armand Colin, tomes I et II.

FRISCH-GAUTHIER J., « Le rire dans les relations de travail », *Revue Française de Sociologie*, 1961, vol. 2, n° 4, p. 292-303.

GADEA C., 2003, *Les cadres en France. Une énigme sociologique*, Paris, Éd. Belin.

GASTINNE H., BOLLAERT P.E., « La tarification à l'activité en réanimation (T2A) », *Réanimation*, 2005, n° 14, p. 457-458.

GEORGES-TARRAGANO C., PIERRU F., de CELEYRAN F., MECHALI D., ROCHEFORT J., « Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass », *Les Tribunes de la santé*, 2013, vol. 39, n° 2, p. 87-95.

GIRARD R., 1982, *Le bouc émissaire*, Paris, Grasset.

GODEAU E., « Dans un amphithéâtre... La fréquentation des morts dans la formation des médecins », *Terrain*, 1994, n° 20, p. 82-96.

GOFFMAN E., 1968 (1961), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les Éditions de minuit, Collection « Le sens commun ».

GOFFMAN E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne, 1. la présentation de soi*, Paris, Les Éditions de Minuit, Collection « Le sens commun ».

GOFFMAN E., 1974 (1967), *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit, Collection « Le sens commun ».

GRAND I., JUAN S., VIGNET J., (dirs.), *La technocratie en France. Une nouvelle classe dirigeante ?*, Éd. Les Bords de l'Eau, Collection « Documents ».

GRIMALDI A., « Les hôpitaux en quête de rentabilité : à quel prix ? », *Revue du MAUSS*, 2013, vol. 41, n° 1, p. 25-33.

GROSJEAN M., GIRIN J., (dirs.), *La Transgression des Règles au Travail*, Paris, L'Harmattan.

GROSSETTI M., « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2006, vol. 120, n° 1, p. 5-28.

HAMBURGER J., 1954, *Techniques de réanimation médicale*, Paris, Flammarion.

HARDY A.-C., « La formation de l'objet du travail médical », *Travail et Emploi* [En ligne], 141 | janvier-mars 2015, mis en ligne le 1er janvier 2017.

HARDY A.-C., 2013, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Paris, Éditions de l'EHESP.

HARDY-DUBERNET A.-C., FAURE Y., « Le choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue de l'examen classant national en 2005 », Document de travail, Série Études, 2006/12, n° 66, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

HASSENTEUFEL P., « Les systèmes de santé entre conceptualisation économique et reconceptualisation politiques », *Socio-logos, Revue de l'Association Française de Sociologie* [En ligne], 9/2014, mis en ligne le 11 mars 2014.

HAUDEVILLE B., WOLFF D., « Enjeux & déterminants de l'implication des entreprises dans le processus de normalisation », *Revue d'économie industrielle*, 2004, vol. 108, p. 21-40.

HÉRITIER J., 1987, *La sève de l'homme. De l'Âge d'or de la saignée aux débuts de l'hématologie*, Paris, Denoël.

HERREROS G., « L'hôpital à l'épreuve des réformes », *Socio-anthropologie* [En ligne], 21 | 2007, mis en ligne le 26 novembre 2008.

HERREROS G., 2012, *La violence ordinaire dans les organisations. Plaidoyer pour des organisations réflexives*, Toulouse, Erès.

HERREROS G., MILLY B., 2011, *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, Paris, L'Harmattan.

HIBOU B., 2012, *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*, Paris, Éd. La Découverte.

HINTERMEYER P., « Les critères du bien mourir », *Gérontologie et société*, 2004, vol. 27, n° 108, p. 73-87.

HOCHSCHILD A., « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 2003, vol. 9, no. 1, p. 19-49.

HOCHSCHILD A., 1983, *The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press.

HONNETH A., 2000 (1992), *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Éd. du Cerf.

HONORE L., « Travail en situation et prise en compte du risque : le cas des services de réanimation néonatale », *Management & Avenir*, 2015, vol. 75, n° 1, p. 89-107.

HUGHES E. C., « The Social Drama of Work », *Mid-American Review of Sociology*, 1976, 1 (1), pp. 1-7. Traduit sous le titre : « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 115, décembre 1996, p. 94-99.

HUGHES E. C., 1950, « Cycles, Turning Points, and Careers », communication présentée à la 8^e conférence annuelle de Theology in Action, South Byfield, Massachusetts, septembre 1950. Texte repris dans *Sociological Eye*, 1971, New Brunswick, Transaction Books.

HUGHES E. C., 1951, « Studying the nurse's work », *American Journal of Nursing*, vol. 51, p. 294-295.

HUGHES E. C. 1955, « Social Role and the Division of Labor », *Bulletin of the Committee on Human Development*, University of Chicago, pp. 32-8.

HUGHES E. C., 1981 (1958), *Men and their work*, Westport, Greenwood Press Reprint.

HUGHES E. C., 1996, *Le regard sociologique : essais choisis*, Textes réunis par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Éd. de l'EHESS.

IDE P., « La mort de l'être humain s'identifie-t-elle à la mort du cerveau ? Une remise en cause des critères médicaux actuellement utilisés », *Liberté politique*, 1999, n° 8, p. 73-92.

ILLICH I., 1976, *Medical Nemesis : The Expropriation of Health*. New York, Pantheon.

IMBERT F., LE DOARE H., SENOTIER D., 1992, *Les infirmières et leur coordination. 1988-1989*, Paris, Lemarre.

JEANDEL C., « Les différents parcours du vieillissement », *Les Tribunes de la santé*, 2005, vol. 7, n° 2, p. 25-35.

JOSHUA A.M., COTRONEO A., CLARKE S., « Humor and Oncology », *Journal of Clinical Oncology*, 2005, vol. 23, n° 3, pp. 645-648.

JOVIC L., COMPAGNON A., FABRE F., « Les outils de bonnes pratiques et d'aide pour l'action de soins », *Recherche en soins infirmiers*, 2002, n° 69, p. 30-40.

JUAN S., « Méthodologie de la démarche de recherche en sociologie. Didactique du projet de recherche », *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 1995/06, n° 47, p. 47-78.

JUAN S., 1995, *Les formes élémentaires de la vie quotidienne*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection « Le sociologue ».

JUAN S., « Le concept de routine dans la socio-anthropologie de la vie quotidienne », *Espace, populations, sociétés*, [En ligne], 2015/1-2 | 2015, mis en ligne le 1er juillet 2015.

JUAN S., 2015, *L'École française de socioanthropologie*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines.

KENTISH-BARNES N., « "Mourir à l'heure du médecin". Décisions de fin de vie en réanimation », *Revue française de sociologie*, 2007, vol. 48, n° 3, p. 449-475.

KERGOAT D., KNIBIEHLER Y. (dirs.), 1984, *Cornette et blouses blanches. Les infirmières dans la société française*, Paris, Hachette.

KOUABENAN D. R., « Incertitude, croyances et management de la sécurité », *Le travail humain*, 2007, vol. 70, n° 3, p. 271-287.

LALANDE F., VEBER O., *La mort à l'hôpital*, tome I, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, novembre 2009.

LAPLACE L., KAMENDJE B., NIZARD J., COZ J.M., CHAPERON J., « Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 1990 », *Santé Publique*, 1/2002, vol. 14, pp. 47-56.

LAPLANTINE F., 2006 (1996), *La description ethnographique*, Paris, Armand Colin, Collection « 128/Sciences sociales ».

LARCAN A., 1993, « La réanimation médicale. Contribution de l'École française à son développement », *Histoire des sciences médicales*, tome XXVII ; n° 3, p. 257-269.

LE LAY S., PENTIMALLI B., « Enjeux sociologiques d'une analyse de l'humour au travail : le cas des agents d'accueil et des éboueurs », *Travailler*, 2013, vol. 29, n° 1, p. 141-181.

LE PEN C., « “Patient” ou “personne malade” ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 2009/2, vol. 60, p. 259.

LE PLAY F., 1855, *Les Ouvriers européens. Études sur les travaux, la vie domestique et la condition morale des populations ouvrières de l'Europe, précédées d'un exposé de la méthode d'observation*, Paris, Imprimerie Impériale.

LE PLAY F., 1870, *L'Organisation du travail, selon la coutume des ateliers et la loi du Décalogue*, Paris, Dentu/Tours, Marne.

LE PLAY F., 1879, *La Méthode sociale, abrégé des « Ouvriers européens »*, Tours, Marne, Paris, Méridiens-Klincksieck

LE REST P., « Amer humour. Quand le désenchantement du travail social ne fait plus rire ! », *Le Sociographe* 2010/3, vol. 33, p. 87-96.

LEGRAND É., « Quand la réanimation échoue : l'expérience des familles », *Sciences sociales et santé*, 2010, vol. 28, n° 1, p. 43-70.

LÉVI-STRAUSS C., 1960, *La Pensée sauvage*, Paris, Éd. Plon.

LHUILIER D., « Le “sale boulot” », *Travailler*, 2005, vol. 14, n° 2, p. 73-98.

LIGNIER W., « Implications ethnographiques », *Genèses*, vol. 90, n° 1, 2013, p. 2-6.

LITTRE E., 1844, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Paris, Baillière, p. 628-632. Traduction de Jouanna J., 1992, Hippocrate, Paris, Librairie Arthème Fayard, annexe I. « Portrait d'Hippocrate de Cos ».

LINHART D., 2015, *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*, Paris, Erès, Collection « Sociologie clinique ».

LORIOU M., « Donner un sens à la plainte de fatigue au travail », *L'Année sociologique*, 2003/2, vol. 53, p. 459-485.

LORIOU M., « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière », *Prévenir*, 2001, vol. 40, p.183-188.

MANSFIELD E., 2002, *Économie managériale. Théories et applications*, traduction de la 4^e édition par Bruno Jérôme, Bruxelles, De Boeck, Collection « Ouvertures économiques ».

MANTZ J.-M., « Éloge de Maurice Goulon (1919-2008) », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2009, vol. 193, n° 8, p. 1719-1726.

MARCHE H., « Au-delà de l'autonomie du patient : l' "esprit de soin" dans les trajectoires de cancer avancé », *Anthropologie & Santé* [En ligne], octobre 2015, mis en ligne le 12 mars 2015.

MASSE R., BENOIST J., (dirs.), 2002, *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala.

MAUSS M., « L'expression obligatoire des sentiments (rituels oraux funéraires australiens) », *Journal de psychologie*, vol. 18, 1921, texte repris dans, Mauss M., 1968, *Essais de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit, p. 88.

MAUSS M., 1906, « Essai sur les variations saisonnières des sociétés Eskimos. Étude de morphologie sociale », in : Mauss M., 2001 (1950), *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige.

MAUSS M., 1923-1924 « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », in Mauss M., 2001 (1950), *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige.

MAUSS M., 1934, « Les techniques du corps » in : Mauss M., 2001 (1950), *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige.

MAUSS M., 1969 (1927), *Œuvres*, tome III, p. 205.

MENORET M., 1999, *Les temps du cancer*, Paris, Éditions du CNRS.

MENORET M., « Informer, mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 2007/1, Vol. 25, p. 33-54.

MEOT T., « Derrière chaque norme se cache un dessein », *Écologie & politique*, 2007/1, n° 34, p. 119-128.

MERCADIER C., 2002, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant soigné*, Paris, Seli Arslan.

MINO J., FRATTINI M., « Les soins palliatifs en France : "mettre en pratiques" une politique de santé », *Revue française des affaires sociales*, 2007, n° 2, p. 137-156.

MINTZBERG H., 1973, *The Nature of Managerial Work*, New York, Harper & Row.

MOLLARET P., GOULON M., « Le coma dépassé » (Mémoire préliminaire), *Revue neurologique*, 1959, n° 101, p. 3-15.

MOLLARET P., POCIDALO J.-J., « Le centre de réanimation respiratoire de l'hôpital Claude Bernard », *Postgraduate Medical Journal*, 1961/3.

MOULIAS R., MOULIAS S., BUSBY F. *et al.*, « Pour une bientraitance : faut-il repenser le soin ? », *Gérontologie et société*, 2010/2, vol. 33, n° 133, 206 p.

NATALI J., « Éloge de Maurice Cara (1917-2009) », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2011, 195, n° 7, pp. 1451-1461.

Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

OTTENI J.-C., « Église catholique et étudiants en professions de santé », Thèse de doctorat en théologie catholique sous la direction de Marie-Jo Thiel. Soutenue le 18 septembre 2009, Université de Strasbourg.

PAILLET A., 2000, « D'où viennent les interrogations morales ? Les usages rhétoriques des innovations par les pédiatres réanimateurs français », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 18, p. 43-64.

PARADEISE C., « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, Vol. 20, n° 2, 1988, p. 9-21.

PARSONS T., 1951, *The Social System*, Glencoe (Illinois), Free Press.

PASSERON J.C., « Biographies, flux, trajectoires », *Enquête* [En ligne], 5 | 1989.

PAUGAM S. (dir.), 2010, *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection « Que sais-je ? ».

PENEFF J., 1992, *L'hôpital en urgence. Étude par observation participante*, Paris, Métailié.

PETITAT A., « La profession infirmière. Un siècle de mutations », in AÏACH P., FASSIND D. (dirs.) 1994, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, p. 227-259.

PHELPS C. E., 1995, *Les fondements de l'économie de la santé*, Paris, Publi-Union Éditions.

PIE XII : « En réponse à trois questions de morale médicale sur la réanimation », discours prononcé le 24 novembre 1957, *Documentation Catholique* 1957, n° 1267, col. 1607.

PIERRON J.-P., « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, 2007/2, Vol. 25, p. 62.

PIERRU F., « L' "hôpital-entreprise". Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix.*, vol. 12, n° 46, 1999, p. 7-47.

PIERRU F., « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2012, vol. 194, n° 4, p. 32-51.

PIETTE A., 1996, *Ethnographie de l'action. L'observation des détails*, Paris, Métailié.

POCHAT H., « La place des usagers dans la régionalisation des politiques de santé », *Politiques et programmes régionaux de santé*, ADSP 2004, n° 46, p. 21.

POUCHELLE M.-C., 2003, *L'hôpital corps et âmes. Essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Séli Arslan.

REICH M., « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique », *L'information psychiatrique*, 2009/3, vol. 85, p. 247-254.

REYNAUD J.-D., « Conflit et régulation sociale. Esquisse d'une théorie de la régulation conjointe », *Revue française de Sociologie*, vol. 20, n° 2, 1979, p. 367-376.

REYNAUD, J.-D., « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de Sociologie*, vol. 29, n° 1, 1988, p. 5-18.

REYNAUD J. D., 1997 (1989), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, Collection « U ».

REYNAUD J. D., 1999 (1995), *Le conflit, la négociation et la règle*, Toulouse, Octarès.

RICHARD C., CHASTRE J., PERROTIN D., PAPAZIAN L., « Médecine intensive-réanimation : une spécialité à part entière dès 2017 », *Médecine Intensive Réanimation*, 2016, vol. 25, n° 6, p. 554.

RIVALDI L., « Quelle place peut investir le cadre de santé dans le processus de contractualisation interne ? », *Recherche en soins infirmiers* 2006/2 (n° 85), p. 84.

ROBELET M., Serré M., Bourgueil Y., « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des Affaires Sociales*, 2005/1, p. 231-260

ROLLAND C., SICOT F., « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », *Gouvernement et action publique*, 2012/3, n° 3, p. 72.

ROTH J., 1963, *Timetables. Structuring the Passage of Time in Hospital Treatment and Other Careers*, Indianapolis, Bobbs-Merrill

- ROY D., 2006 (1953), *Un Sociologue à l'Usine*, Paris, La Découverte
- SACKETT D., ROSENBERG W., GRAY J., HAYNES R., RICHARDSON S., « EBM: what it is and what it is not », *BMJ*, 1996, n° 312, p. 71-2.
- SAINSAULIEU R. 1977, *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*. Paris, Presses de Sciences Po (PFNSP).
- SCHEPENS F., 2016 (2013), (dir.), *Les soignants et la mort*, Toulouse, Éditions Érès, Collection « Clinique du travail ».
- SCHWEYER F.-X., 2006a, « L'hôpital, une transformation sous contrainte. Hôpital et hospitaliers dans la revue », *Revue française des affaires sociales*, 2006/4, p. 203-223.
- SCHWEYER F.-X., 2006b, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XLIV-135 | 2006, mis en ligne le 13 octobre 2009.
- SEGRESTIN D., 2004, *Les chantiers du manager*, Paris, Armand Colin.
- SERRE M., « De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, n° 143, p. 68-79.
- SIX, F., 1999, *De la prescription à la préparation du travail. Apports de l'ergonomie à la prévention et à l'organisation du travail sur les chantiers du BTP*, Habilitation à diriger des recherches en Ergonomie, Lille, Université Charles de Gaulle.
- SIX F., 2002, « De la prescription à la préparation du travail ; la dimension sociale du travail. Exemple du travail des compagnons et de l'encadrement sur les chantiers du Bâtiment », Communication présentée au 37^e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, p. 132.
- SOARES A., 2000a, « La charge émotionnelle du travail infirmier », *Objectif Prévention*, Vol. 23, n° 2, p. 10-1.
- SOARES A., 2000b, « Au cœur des services : les larmes au travail », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, [En ligne], 2-2 |, mis en ligne le 1er novembre 2000.
- STINCHCOMB A.-L., 1979, « Social Mobility in Industrial Labor Markets », *Acta Sociologica*, XXII n° 3, pp. 217 — 245.
- STRAUSS A., 1970, « Careers, Personality and Adult Socialization », *Sociological Words, Methods and Substance*, Allen Lane, Penguin Press, pp. 245-260.

STRAUSS A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie quantitative et interactionniste*, textes réunis et présentés par Isabelle Bazzanger. Paris, L'Harmattan, p. 143-189.

STRAUSS A., SCHATZMAN L., BUCHER B., EHRLICH D., SABSIN M., « The hospital audits negotiated order », In FREIDSON E. (Ed.), *The Hospital in modern society*, 1963, New York, The Free Press, pp. 147-168.

STRAUSS A., FAGERHAUGH S., SUCZEK B., WIENER C., 1985, *Social Organization of Medical Work*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 8-39.

SUDNOW D., 1970, « Dying in a public hospital », in : BRIM O., FREEMAN H.E., LEVINE S., SCOTCH N.A., (eds), *The dying patient*, New York, Russel Sage Foundation, pp. 191-208.

TANGUY L., « De l'éducation à la formation : quelles réformes ? », *Éducation et sociétés*, 2/2005, n° 16, p. 99-122.

TAROT C., « Un phénomène-clé des sociétés contemporaines : la désymbolisation », in Dupont Y., (Dir.), 2007 (2003), *Dictionnaire des risques*, Paris, Armand Colin.

TAROT, C., 2008, *Le symbolique et le sacré : Théories de la religion*, Paris, La Découverte.

TAYLOR F. W., 1965 (1911), *The Principle of Scientific Management*. Traduit en français sous le titre *La direction scientifique des entreprises*, Paris, Dunod.

THEODORIDES J., « Le professeur Pierre Mollaret (1898-1987) », *Histoire des Sciences Médicales*, Organe officiel de la Société française d'histoire de la médecine, t. XXIII, n° 1, 1989.

THOMAS L.-V., 1991 (1988), *La mort*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. « Que sais-je ? ».

THOMAS L.-V., « En hommage à Louis-Vincent Thomas. Le cadavre », *Études sur la mort. Thanatologie*, 2006, vol. 129, n° 1, p. 11-22. Texte publié initialement dans : THOMAS L.-V., 1980, *Le cadavre. De la Biologie à l'Anthropologie*, Bruxelles, Éditions Complexe, collection « De la science ».

THOMPSON E., 1963, *The making of the English working class*, Harmondsworth, Penguin Books.

THOMPSON E., « The Moral Economy of the English Crowd in the Eighteenth Century », *Past & Present*, 1971, n° 50 : 76-136.

TORNY D., « La traçabilité comme technique de gouvernement des hommes et des choses », *Politix*, vol. 11, n° 44, 1998/4, p. 51-75.

TROTOUX J., GERMAIN M., « Tout un siècle à l'hôpital Boucicaut », *La lettre de l'ADAMAP*, 2008, n° 12.

VACHON F., 2010, *Médecin à l'hôpital Claude Bernard. Tome I : À quoi tient une vie*, Paris, Éditions Glyphes.

VACHON F., « Histoire de la réanimation médicale française : 1954-1975 », *Réanimation*, vol. 20, n° 1, 01/2011, p. 72-78.

VACHON F., LISSAC J., « Jean-Jacques Pocidalo », *Réanimation-Urgences*, 1997, vol. 6, n° 3, p. 271-272.

VAN GENNEP A., 1981 (1909), *Les rites de passage*, Paris, Picard.

VEGA A., 2000, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des archives contemporaines.

VINCENT F., « Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail "en 12 heures" » à l'hôpital public, Thèse de doctorat en sociologie, 2016, Université Paris-Dauphine.

VINCENT, G., ARCOS, C., PRIGENT, A., « Les conséquences de la crise économique sur l'hôpital », *Les Tribunes de la santé*, 2012, Vol. 36, n° 3, p. 47-54.

WATSON, J., 1998 (1979), *Nursing : The Philosophy and Science of Caring*, Boston, Little, Brown and Company, University Press of Colorado. Traduit en français sous le titre *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, Paris, Seli Arslan.

WEBER M., 1995a (1921), *Économie et société. Tome I : Les catégories de la sociologie*, Paris, Plon.

WEBER M., 1995b (1921), *Économie et société. Tome II : L'organisation et les puissances de la société dans leur rapport à l'économie*, Paris, Plon.

WEBER M., 2002 (1904-1905), *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Flammarion, Collection « Champs classiques ».

WEST J. B., 2005, « The physiological challenges of the 1952 Copenhagen poliomyelitis epidemic and a renaissance in clinical respiratory physiology », *Journal of Applied Physiology*, 2005, vol. 99, n° 2, pp. 424-432.

WILENSKY H., 1964, « The professionalization of everyone ? », *American journal of sociology*, 70, 2, pp. 137-158.

ZERUBAVEL E., 1979, *Patterns of Time in Hospital Life : A sociological Perspective*, Chicago, University of Chicago Press.

ZOLESIO E., « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle », *Sociologie*, 2012, vol. 3, n° 4, p. 377-394.

ZOLEZIO E., « Distanciation et humour noir : modes de gestion de la mort par les chirurgiens », in SCHEPENS F., (dir.), 2016 (2013), p. 91-104.

Littérature spécialisée

« Facteurs pronostiques chez les malades de réanimation », 2^e Conférence de Consensus Européenne en Réanimation et Médecine d'Urgence, 9 - 10 décembre 1993, Maison de la Chimie, Paris (France).

« Référentiel de compétence de l'infirmière de réanimation », élaboré par la Société de Réanimation de Langue Française, le Collège des Réanimateurs Extra-Universitaires Français, le Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques, et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 2011, *Réanimation*, 2011, vol. 20, Suppl. n° 3.

AZOULAY É., POCHARD F., CHEVRET S., « Family participation in care to the critically ill : opinions of families and staff », *Intensive care Medicine*, 2003, Vol. 29, p. 1498-1504.

DRINKER P., SHAW L. A., « An Apparatus for the Prolonged Administration of Artificial Respiration », *Journal of Clinical Investigation*, 1929, vol. 7, n° 2, pp. 229-247.

ENGSTRÖM C.-G., « Treatment of Severe Cases of Respiratory Paralysis by the Engström Universal Respirator », *British Medical Journal*, 1954, Sept. 18, p. 666-669

FOURRIER F., BOITEAU R., CHARBONNEAU P., DRAULT J.-N., DRAY S., FARKAS J.-C., LECLERC F., MISSET B., RIGAUD J.-P., SAULNIER F., SOURY-LAVERGNE A., THEVENIN D., WOLFF M., « Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations », *Réanimation*, 2012, vol., 21, p. 523-539.

GARRIGUES B., « Étude CRRéa : Évaluation médico-économique du Coût Réel d'une journée en REanimation », Montpellier, séminaire ENC 2 – 09 et 10 décembre 2010.

GIRARDET P., ANGLADE D., DURAND M., DURET J., 1999, « Scores de gravité en réanimation », 39^e Conférences d'Actualisation en Anesthésie-Réanimation, SFAR, Paris, Ed. Elsevier, p. 659-678.

GUIDET B., BOUMENDIL A., GARROUSTE-ORGEAS M., PATERONA D., « Admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences. État des lieux », *Réanimation*, 2008, Vol. 17, p. 790-801.

Haute Autorité de Santé, « Le patient-traceur en établissement de santé Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », *Guide méthodologique*, novembre 2014, Paris, HAS.

Haute Autorité de Santé, « Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode "Recommandations pour la pratique clinique", Guide méthodologique, décembre 2010, Paris, HAS.

Haute Autorité de Santé, L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, juin 2005, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, Paris, HAS.

Haute Autorité de Santé, Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, Direction de l'Accréditation, HAS, édition 2007.

IBSEN B., « The anæsthetist's viewpoint on the treatment of respiratory complications in poliomyelitis during the epidemic in Copenhagen, 1952 », *Proceeding of Royal Society of Medicine*, 1954, vol. 47, pp. 72-74.

LASSEN H., « A preliminary report of the 1952 epidemic of poliomyelitis in Copenhagen, with special reference to the treatment of acute respiratory insufficiency », *The Lancet*, 1953/1, pp. 37-41.

MOCQUOT P., « La réanimation du cœur », *Revue de Chirurgie*, 1909, vol. 39, p. 696-719.

RAVEAU T., ANNWEILER C., CHUDEAU N., GERGAUD S., THIERY S., GAUTIER J., BEAUCHET O., MERCAT A., LEROLLE N., « Évaluation gériatrique standardisée en secteur de réanimation : étude pilote pré-Seniora », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 2013 ; 11 (4), p. 389-95.

Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition on Brain Death, « A Definition of Irreversible Coma », *Journal of the American Medical Association*, 205, 1968, p. 337-340.

Société de Réanimation de langue française ; Collège des réanimateurs extra-universitaires français ; Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques ; Société française d'anesthésie et de réanimation « Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation », *Réanimation*, 2011, Vol. 20, n° 3, p. 737-746.

Société de Réanimation de Langue Française, 2002, « Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte », Recommandations de la Société de Réanimation en Langue Française.

Société de Réanimation de Langue Française, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, « Lettre ouverte à Madame la Directrice de l'Hospitalisation de l'Organisation des Soins », le 23 avril 2008.

Références juridiques

Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. Publié au JORF le 4 décembre 2015.

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

Arrêté du 20 juin 2002 modifiant les arrêtés du 4 mai 1988 relatifs d'une part à la liste, d'autre part à la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.

Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.

Arrêté du 4 septembre 1970 portant approbation du règlement relatif à la qualification des médecins établi par le Conseil National de l'Ordre. Paru au J.O le 3 octobre 1970.

Circulaire DHOS/F2/2008/233 du 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des établissements de Santé ou la circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé.

Circulaire n° 67 du 24 avril 1968 relative à l'application du décret n° 47-20-2057 du 20 octobre 1947 relatif aux autopsies et prélèvements (non parue au Journal Officiel).

Décret n° 43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

Décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

Décret n° 56-944 du 18 septembre 1956 portant création d'un comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale. Paru au JORF le 22 septembre 1956.

Décret n° 83-132 du 23 février 1983 portant création d'un Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

Décret de compétence n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique.

Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux.

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, parue au JORF du 3 janvier 1971, p. 67.

Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente.

Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L. 372 relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.

Loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979 relative aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, parue au JORF n° 179 le 2 août 1991.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Parue au J.O.R.F. du 5 mars 2002.

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, parue au JORF n° 239 du 19 décembre 2003 page 21641, texte n° 1.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie parue au JORF n° 190 du 17 août 2004 page 14598.

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, parue au JORF n° 0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1.

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.

Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de Centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Publiée au JORF du 31 décembre 1958.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, parue au JORF n° 98 du 25 avril 1996.

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

ANNEXES

Table des annexes

LEXIQUE — SIGLES ET ABRÉVIATIONS	375
ÉCHANTILLONAGE DES PERSONNES INTERVIEWEES	376
FICHES TECHNIQUES ET PROTOCOLES	382
- « Fiche de connaissance de la personne soignée »	382
- « Fiche de transmissions ciblées »	384
- « Fiche de neurophysiologie »	386
- « Échelle de Braden »	387
- « Fiche de surveillance continue des infections liées aux soins »	388
- « Fiche de suivi du risque d'altération de la peau »	389
- « Fiche de traçabilité reconditionnement d'une chambre »	390

LEXIQUE — SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADMD : Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

CAFAS : Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Aide-Soignant.e

CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique

CNERM : Collège National des Enseignants de Réanimation Médicale

DEAS : Diplôme d'État d'Aide-Soignante

DECS : Diplôme d'État des Cadres de Santé

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires de type I

DGF : Dotation Globale de Financement

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

ECG : Électrocardiogramme.

GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

IADE : Infirmier-e Anesthésiste Diplômé-e d'État

IDE : Infirmier.e Diplôme.e d'État

LATA : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives

PIC : Capteur de Pression Intracrânienne

PMSI : Programme de médicalisation du système d'information

SAP : Seringues autopoussées

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFRL : Société de Réanimation de Langue Française

SROS : Schéma Régional d'Offre de Santé

VNI : Ventilation Non Invasive

Échantillonnage des personnes interviewées

[N.C. = non communiqué]

N°	Prénoms modifiés	Profession (statut actuel)	Âge	Ancienneté en réanimation âge à l'entrée	Services et statuts antérieurs	Diplômes (année d'obtention)	Situation familiale (profession du conjoint)	Enfant(s) (âge)	Origines familiales — profession des parents	Date d'entretien / commentaire
1	Léa	Infirmière	29 ans	4 ans (25 ans)	Non communiqué	BAC S (2008) IDE (2011)	Célibataire	0	N.C.	2015
2	Florent	Infirmier (en formation IADE)	27 ans	4 ans (23 ans)	Chirurgie digestive viscérale (1 an) Soins intensifs (1 an)	BAC S (2006) IDE (2009)	En couple (Infirmière)	0	Ophtalmologue / Salariée	2015
3	Adèle	Aide-soignante	32 ans	5 ans (25 ans)	Chirurgie viscérale (N.C.) O.R.L. / Maison de cure (N.C.)	BAC SMS DPAS (2000)	Mariée (Ouvrier)	1 (3 ans)	Agent d'entretien / Institutrice	2015
4	Clarisse	Infirmière	27 ans	4 ans (23 ans)	Réanimation cardiaque (2 mois)	BAC S (deux premières années de médecine) IDE (2008)	En couple (N.C.)	0	Sapeur-pompier / Aide-soignante	2015
5	Mélanie	Infirmière	28 ans	3 ans (25 ans)	O.R.L. (4 ans) Soins intensifs/cardiologie (1 an)	BAC SMS (2004) IDE (2007)	En couple (Médecin)	0	Salariés de la fonction publique	2015
6	Jean	Aide-soignant (SAMU)	45 ans	11 ans (34 ans)	Brancardier en réanimation (11 ans) Chirurgie digestive et générale (8 ans)	CAP ébénisterie (1986) DEAS (2014)	Marié	2 (15 ans et 19 ans)	N.C.	2015

7	Aurélie	Infirmière	40 ans	5 ans (35 ans)	N.C.	BAC S (1993) IUT mesure physique (1995) IDE (2010)	En couple (Ingénieur)	2 (16 et 12 ans)	Salariés en entreprise	2015
8	Angélique	Infirmière	39 ans	8 ans (31 ans)	Réanimation polyvalente (4 ans)	BAC SMS (1997) IDE (1999)	Mariée (Aide-soignant)	2 (5 et 7 ans)	Ouvrier spécialisé / Aide-soignante	2015
9	Cyril	Infirmier	34 ans	10 ans (25 ans)	Médecine polyvalente — hospitalisation des urgences (N.C.) Neurologie (2 ans)	IDE (2003) BAC S (2000)	En couple (Infirmière)	2 (8 mois et 3 ans)	N.C.	2015
10	Jérémy	Brancardier	28 ans	7 ans (21 ans)	Cardiologie (1 an)	Niveau BAC (reçu au concours IDE, attend un financement du CHU)	Célibataire	0	Infirmier / Secrétaire médicale	2015
11	Olivier	Brancardier	47 ans	26 ans (21 ans)	N.C.	CAP bâtiment (N.C.)	Divorcé	1 (15 ans)	Technicien de maintenance hospitalier / Mère au foyer	2015 Entretien téléphonique
12	Alexandre	Infirmier	27 ans	5 ans (22 ans)	Médecine générale (1 an)	BAC SMS (2006) IDE (2009)	En couple (Infirmier)	0	Ambulancier (ex-marin) / Secrétaire comptable	2015 Entretien téléphonique
13	Florence	Infirmière	30 ans	7 ans (23 ans)	Médecine polyvalente — hospitalisation des urgences (N.C.)	BAC ES (2005) IDE (2008)	En couple (Ouvrier du bâtiment)	1 (4 ans)	Ingénieur d'État / Infirmière	2015

14	Carine	Aide-soignante	33 ans	5 ans (29 ans)	Auxiliaire de vie à domicile (5 ans)	CAP Coiffure (1996) DEAS (2010)	En couple (Ouvrier du bâtiment)	2 (13 et 8 ans)	Aide-soignant ; Agent d'entretien	2015
15	Julie	Aide-soignante	36 ans	7 ans (29 ans)	ASH faisant fonction d'aide-soignante en gériatrie	BEP Sanitaire et social (1997) DEAS (2009)	En couple (Électricien)	2 (9 et 5 ans)	Ouvrier spécialisé / Aide-soignante	2015
16	Asma	Infirmière	32 ans	6 ans (26 ans)	Chirurgie thoracique (5 ans)	BAC SMS IDE	En couple	2	Ouvriers	2016 Entretien téléphonique
17	Justine	Infirmière	29 ans	5 ans (24 ans)	Chirurgie digestive et générale (3 ans)	BAC SMS IDE	En couple (N.C.)	0	Cadre administratif / Infirmière	2016
18	Aurélié	Aide-soignante	38 ans	4 ans (34 ans)	Médecine interne (3 ans) O.R.L. (4 ans)	BEP Sanitaire et social DEAS	Mariée (Ouvrier spécialisé)	2 (9 et 6 ans)	Ouvrier / Employée de la fonction publique	2016
19	Martine	Aide-soignante	42 ans	2 ans (40 ans)	Maison de retraite (11 ans)	VAE Aide à domicile DEAS	Mariée (Maçon)	N.C.	Artisan / Salariée	2016 Entretien téléphonique
20	Sébastien	Aide-soignant	35 ans	3 ans (32 ans)	Chirurgie digestive viscérale (3 ans) Médecine polyvalente (6 ans)	BAC SMS 1 ^{ère} année IDE	Célibataire	0	Électricien / Secrétaire comptable	2016 Entretien téléphonique
21	Marion	Infirmière	27 ans	4 ans (23 ans)	Réanimation polyvalente (2 ans)	BAC S IDE	En couple (Employé des services généraux)	0	Agent de sécurité (retraité) / Employée à domicile	2016

22	Fabrice	Aide-soignant de nuit	39 ans	6 ans (33 ans)	Réanimation chirurgicale de jour (5 ans) Maison de retraite (7 ans)	BEP sanitaire et social (1993) / BAC SMS (1997) / DEAS (2000)	En couple (N.C.)	0	Éducateur technique spécialisé / Assistante de service social	2015
23	Émeline	Aide-soignante	42 ans	2 ans (40 ans)	ASH en gériatrie (16 ans)	BEP sanitaire et social (1993) / DEAS (2013)	En couple (Ouvrier)	1 (20 ans)	Chauffeur routier / Aide-soignante	2016
24	Stéphanie	Aide-soignante (en formation IDE)	44 ans	2 ans (42 ans)	Réanimation chirurgicale (2 ans) Néphrologie (4 ans) ASH en gériatrie (14 ans)	DEAS (2013)	Divorcée	1 (18 ans)	Agriculteurs exploitants	2016 Entretien téléphonique
25	Antoine	Infirmier	38 ans	5 ans (33 ans)	SSPI (2 ans)	BAC STI IDE (2008)	Célibataire	0	Ouvrier spécialisé / Fonctionnaire des impôts	2016
26	Leïla	Aide-soignante	27 ans	2 ans (25 ans)	Auxiliaire de vie à domicile (N.C.) Maternité / néonatalogie (2 ans)	BAC L. (2008) / DEAS (2010)	En couple (Ouvrier du bâtiment)	1 (2 ans)	Ouvriers non qualifiés	2016
27	Claudine	Agent de service hospitalier	53 ans	3 ans (50 ans)	Agent d'entretien en institution scolaire (16 ans) Employée de maison (N.C.)	Aucun	Veuve	2 (19 et 25 ans)	Agent de sécurité / Agent d'entretien	2016.

28	Nicole	Assistante- préparatrice en pharmacie hospitalière	44 ans	2 ans (42 ans)	ASH en réanimation chirurgicale (2 ans) Préparatrice en pharmacie (N.C.)	BAC L (N.C.) CAP préparatrice en pharmacie (mention complémentaire ; 1993)	En couple (aide- pharmacien)	2 (14 et 18 ans)	Artisan / Mère au foyer	2016 Entretien téléphonique
29	Sandra	Cadre de santé	37 ans	2 ans (35 ans)	IADE au bloc des urgences (7 ans) IDE en réanimation chirurgicale (6 ans)	BAC S (1996) IDE (1999) IADE(2007) DECS (2014)	En couple (Agent de maîtrise)	1 (6 ans)	Pompier / Mère au foyer	2016
30	Catherine	Cadre de santé	50 ans	10 ans (39 ans)	FFCS en réanimation (2 ans) IDE hématologie (12 ans) ASH (4 ans)	DECS (2009) IDE (N.C.) BEP sanitaire et social (1987)	Célibataire	1 (18 ans)	Plombier chauffagiste / Secrétaire	2016
31	Jean- Marc	Médecin	52 ans	21 ans (31 ans)	Médecine interne (5 ans)	BAC S (N.C.) PH (1993) MAR (1995)	Marié (Sage- femme)	3 (34, 29 et 21 ans)	Ouvrier non qualifié / Femme de ménage	2016
32	Yoann	Infirmier	29 ans	4 ans (25 ans)	Chirurgie thoracique (1 an)	BAC S (2006), IDE (2010)	En couple (Chômage)	0	Employé / Institutrice	2015
33	Marie- Pierre	Aide- soignante	58 ans	21 ans (35 ans)	Maison de retraite (6 ans)	CAFAS (N.C.) BEP Sanitaire et social (N.C.)	Mariée (Retraité)	2 (31 et 29 ans)	Artisan couvreur / N.C.	2015
34	Camille	Infirmière	31 ans	3 ans (28 ans)	Cardiologie (3 ans) Médecine interne (4 ans)	BAC SMS IDE	En couple (Ouvrier)	1 (2 ans)	Agent commercial / Employée	2016

35	Ludivine	Aide-soignante	33 ans	1 an (32 ans)	Auxiliaire de vie à domicile (N.C.) Maison de retraite (N.C.)	CAP Petite enfance DEAS	En couple (N.C.)	2 (5 et 2 ans)	Ébéniste / Aide-soignante	2016 Entretien téléphonique
36	Solène	Aide-soignante	40 ans	4 ans (36 ans)	ASH faisant fonction d'aide-soignante en gériatrie (6 ans)	N.C.	Mariée (Mécanicien)	2 (N.C.)	Ouvrier / Agent de service hospitalier	2016
37	Nadine	Cadre de santé	42 ans	7 ans 35 ans	FFCS en réanimation médicale (1 an) IDE en hématologie (11 ans)	N.C.	Mariée (Technicien)	2 (11 et 7 ans)	Artisan / Secrétaire comptable	2017

1. « Fiche de connaissance de la personne soignée »

		Fiche de connaissance de la personne soignée	
		Motif d'Hospitalisation	
<p>Personnes à contacter</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Lien de parenté :</p> <p>Tél. domicile :</p> <p>Tél. travail :</p> <p>Tél. autre :</p>	<p>Personnes à contacter</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Lien de parenté :</p> <p>Tél. domicile :</p> <p>Tél. travail :</p> <p>Tél. autre :</p>	<p>Personne de confiance</p> <p>OUI : <input type="checkbox"/> NON ADAPTE <input type="checkbox"/></p> <p>NON : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p>	<p>Représentant légal*</p> <p><i>* Si mineur ou majeur protégé</i></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Lien de parenté :</p> <p>Tél. domicile :</p> <p>Tél. travail :</p> <p>Tél. autre :</p> <p>Adresse :</p> <p>Autorisation d'opérer : oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/></p> <p>Carnet de santé : oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/></p>
<p>Bracelet d'identification</p> <p>Le patient a refusé <input type="checkbox"/></p>	<p>Recherche de bactéries émergentes</p> <p>-L'hospitalisation fait suite à un rapatriement sanitaire de l'étranger oui* non*</p> <p>-Le patient a été hospitalisé à l'étranger l'année précédente oui* non*</p> <p><i>* entourer la bonne réponse</i></p> <p>Si une réponse est positive effectuer un écouvillonnage rectal ou une coproculture (cf protocole réf.11861)</p>		
<p>Mode de vie</p> <p>Domicile : <input type="checkbox"/></p> <p>Autres* : <input type="checkbox"/></p> <p>* RPA, maison de retraite, foyer</p>	<p>Intervenants à domicile</p> <p>Médecin traitant :</p> <p>.....</p> <p>IDE libérale</p> <p>.....</p> <p>Autres :</p>		<p>Informations recueillies</p> <p>Date :</p> <p>par :</p> <p>Fonction :</p> <p>Complétées le :</p> <p>par : fonction :</p>

Données obligatoires à renseigner à l'entrée (sous 48h suivant l'admission).

Evaluation nutritionnelle

Taille déclarée : Poids à l'entrée :
 → IMC :

Poids habituel : → Perte de poids récente en %
 MNA :

- état nutritionnel normal obésité
 dénutrition modérée dénutrition sévère

Alimentation

Autonomie oui non

Matériel spécifique :

Type d'alimentation :

- orale parentérale

- entérale

Nbre de repas / jour :

Texture :

- normale hachée mixée liquide

Régime oui non

- suivi non suivi

Habitudes alimentaires :

* aversions :

* pratiques liées aux habitudes

culturelles :

Boissons alcoolisées :

- oui non occasionnellement

Quantité :

Etat bucco dentaire :

* édentation totale partielle

* prothèse haut bas adapté

Respiration

Tabagisme

- oui non

Nbre de paquets / jour

Position de confort :

- Assis
 Demi-assis
 Couché

Assistance technique nécessaire à domicile :

- O2
 Trachéotomie
 Autre

Sommeil

Heure de lever :

Heure de coucher :

Sieste

Rite d'endormissement

- tisane somnifère
 Autre :

Communication

Langue française oui non

langue parlée

Mode de vie

- seul couple Famille
 Autre

Nbre d'enfants Age

Personnes à charges :

Entourage proche :

Soins d'hygiène

Autonomie:

- oui non
 aide partielle aide totale

Toilette

- au lavabo au bain

Religion

Croyances religieuses

- oui non

Valeurs et croyances à respecter

les rituels:

- oui non

Activités et loisirs

Profession ou ancienne profession :

Scolarité

Activités

Rôle associatif

Douleur

EVA :

autre échelle : type

Score :

Escarres

Score de Braden :

Non adapté : .

Elimination

Urines :

Autonome : oui non

Incontinence jour nuit

protections : jour nuit

Sonde urinaire oui non

Selles :

Autonome : oui non

Incontinence jour nuit

jour : protection

nuit : protection

Stomies :

Constipation

- oui non

utilisation de laxatifs

Prévention

Allergies :

Vaccination anti-tétanique à jour

Drogues oui non

Automédication :

Douleur chronique :

Désorientation :

Protection juridique :

- Sauvegarde de justice

- curatelle tutelle

Remarques

Marche: oui non

- Canne déambulateur

fauteuil roulant

autre:

Se déplacer :

- dans son domicile à l'extérieur

avec aide sans aide

S'asseoir : oui non

avec aide sans aide

Alité oui non

Activités physiques :

Caractéristiques du domicile :

- appartement maison

- escalier ascenseur

Animaux de compagnie

Loisirs préférés

Passé temps

Activités physiques

RESPIRATION :

Air ambiant
 Sous O2 : ... l/min S. Nasale Lunettes Masque H. Concentration
 Intubation n° : Buccale Nasale Repère :
 Extubation le .../.../....
 Trachéotomie n° : Type :

Mode ventilatoire :

VOIES D'ABORD :**Cathéter périphérique :**

Type : Site : Mis en place le .../.../... par :
 Type : Site : Mis en place le .../.../... par :
 Type : Site : Mis en place le .../.../... par :

Cathéter central :

Sous-clavier Droit Gauche Type :
 Mis en place par : le .../.../... Pst le .../.../....

Jugulaire Droit Gauche Type :
 Mis en place par : le .../.../... Pst le .../.../....

Fémoral Droit Gauche Type :
 Mis en place par : le .../.../... Pst le .../.../....

Autre Droit Gauche Type :
 Mis en place par : le .../.../... Pst le .../.../....

Cathéter artériel :

Radial Fémoral Pédieux Droit Gauche
 Mis en place le .../.../... par :

Autre :

Nature : Site : Mis en place le .../.../... par :
 Nature : Site : Mis en place le .../.../... par :
 Nature : Site : Mis en place le .../.../... par :

ABORD DIGESTIF :

S.N.G Type : le : .../.../... Mis en place par :
 Autre Type : le : .../.../... Mis en place par :

ELIMINATION :

Autonome Autre :
 Sonde urinaire n° : Mise en place par : le .../.../... type

PANSEMENT :

Site : fait le : .../.../....
 Site : fait le : .../.../....
 Site : fait le : .../.../....
 Site : fait le : .../.../....

ETAT CUTANE :

Sain Rougeur Escarre : Autre :

Matelas spécifique :

SAS : protecteur septique :

EXAMENS REALISES :

Prélèvements sanguins (RAI, groupe, autre...) Imagerie :
 Bilan récupéré :

DIVERS :

Inventaire Coffre Contention

3. « Fiche de neurophysiologie »

NEUROPHYSIOLOGIE : FICHE DE DEMANDE D'EXAMENS		
Description de la dernière évolution :		
Ajout du n° poste du Médecin demandeur		
NEUROPHYSIOLOGIE	<i>Poste</i>	<i>Fax</i>
(coller une étiquette) NOM : Prénom : Date de Naissance : N° cpage :	Date de la demande : Service d'hospitalisation : Médecin demandeur : Fiche remplie par :	Poste : Poste :
Transport : A Pied <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/> Examen au lit <input type="checkbox"/> N° Chambre		
<input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Suspicion clinique de crise d'épilepsie <input type="checkbox"/> Trouble de la conscience et/ou vigilance <input type="checkbox"/> Etat confusionnel et/ou troubles aigus du comportement <input type="checkbox"/> Détérioration des fonctions supérieures <input type="checkbox"/> Suspicion clinique d'encéphalite <input type="checkbox"/> Surveillance d'un patient épileptique connu	<input type="checkbox"/> DOPPLER <input type="checkbox"/> Echo-doppler couleur des TSA <input type="checkbox"/> Doppler transcrânien <input type="checkbox"/> sylvien <input type="checkbox"/> vertébro-basilaire	<input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> POTENTIELS EVOQUES <input type="checkbox"/> PES <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> PEV <input type="checkbox"/> PEM (<i>contre-indication formelle en cas de pace-maker ou de matériel métallique intracrânien</i>) <input type="checkbox"/> Enregistrement des Mouvements Anormaux
ANTECEDENTS / HISTOIRE DE LA MALADIE		
QUESTION(S) POSEE(S)		
TRAITEMENT EN COURS		

4. « Échelle de Braden » (évaluation des risques d'apparition d'escarres)

Echelle à remplir au crayon de papier, et score à reporter au dos.					
Perception sensorielle Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort provoqué par la pression	1- Complètement limité aucune réaction (plainte, action) à la douleur due à une diminution de la conscience ou aux effets de sédatifs, OU incapacité à sentir la douleur presque sur toute la surface du corps.	2- Très limité répond seulement à la douleur. Ne peut communiquer son inconfort excepté par des plaintes ou de l'agitation, OU altération de la sensibilité qui limite la capacité à sentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié du corps.	3- Légèrement diminué répond aux commandes verbales mais ne peut pas toujours communiquer son inconfort excepté par des plaintes ou de l'agitation OU a une sensibilité diminuée qui limite sa capacité à sentir la douleur ou l'inconfort à l'un des 2 membres inférieurs ou les 2.	4- Aucune diminution répond aux commandes verbales. N'a aucun déficit sensoriel qui limite sa capacité à sentir et à exprimer sa douleur et son inconfort.	
Humidité Degré d'humidité auquel est exposée la peau	1- Constamment mouillé la peau est presque continuellement en contact avec la transpiration, l'urine, etc. L'humidité de la peau est observée à chaque fois que le patient est tourné ou mobilisé.	2- Humide la peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par équipe.	3- Occasionnellement humide la peau est occasionnellement humide, un changement de la literie est nécessaire 1 fois par jour.	4- Rarement humide la peau est généralement sèche; la literie est changée selon les habitudes de l'équipe.	
Activité Degré d'activité physique	1- Afité confiné au lit	2- Au fauteuil capacité de marcher très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou doit être aidé au fauteuil ou au fauteuil roulant.	3- Marche occasionnellement marche occasionnellement dans la journée mais sur de petites distances avec ou sans aide. Passe la plus grande partie du temps au lit ou au fauteuil.	4- Marche fréquemment marche en dehors de sa chambre au moins deux fois par jour et dans sa chambre au moins toutes les deux heures.	
Mobilité Capacité à changer et à contrôler la position du corps	1- Complètement immobile ne peut effectuer le moindre changement de position du corps ou de ses extrémités sans aide.	2- Très limité effectue occasionnellement de légers changements de position du corps et de ses extrémités mais incapacité à effectuer de manière autonome de fréquents et importants changements de position.	3- Légèrement limité effectue seul de fréquents changements de position du corps et de ses extrémités.	4- Aucune limitation effectue des changements de position majeurs et fréquents sans aide.	
Nutrition Habitudes alimentaires	1- Très pauvre ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers des aliments proposés. Mange 2 rations de protéines ou moins par jour (viande ou produit laitier). Boit peu. Ne prend pas de suppléments alimentaires liquides, OU est à jeun et/ou hydraté par voie intraveineuse depuis plus de 5 jours.	2- Probablement inadéquate mange rarement un repas complet et mange en général seulement la moitié de chaque aliment proposé. Prend seulement 3 rations de viande ou produits laitiers par jour. Peut prendre occasionnellement un supplément diététique OU reçoit moins que la quantité optimale requise pour un régime liquide ou par sonde.	3- Adéquate mange plus de la moitié des repas. Mange quatre rations de protéines (viande, produits laitiers) par jour. Refuse occasionnellement un repas mais prend un supplément alimentaire s'il est proposé, OU est alimenté par sonde ou nutrition parentérale, adapté à ses besoins nutritionnels.	4- Excellente mange la totalité des repas. Ne refuse jamais un repas. Prend habituellement au moins quatre rations de viande ou produits laitiers par jour. Mange occasionnellement entre les repas. Ne requiert aucun supplément alimentaire.	
Friction et cisaillement	1- Problème Requiert une assistance modérée à complète pour se mobiliser. Se relever complètement dans le lit sans glisser sur les draps est impossible. Glisse fréquemment dans le lit ou le fauteuil, nécessite de fréquents repositionnements avec un maximum d'aide. Spasticité, contractures ou agitation provoquent presque constamment des frictions.	2- Problème potentiel se mobilise difficilement ou requiert un minimum d'aide pour le faire. Durant le transfert, la peau glisse contre les draps, la chaise, les contentions ou autres appareillages. Garde la plupart du temps une relative bonne position au fauteuil et au lit, mais glisse occasionnellement vers le bas.	3- Aucun problème apparent se mobilise seul au lit et au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement durant le transfert. Garde en tout temps une bonne position au lit et au fauteuil.		
risque bas > 18 risque modéré 13 à 17 risque élevé 8 à 12 risque très élevé < 7		Braden 10 à 12, stade 1 à 2 Braden 7 à 9, stade 1 à 4 Braden < 7, stade 1 à 4		Alpharettet Autologic Nimbus	
				Total	

5. « Fiche de surveillance continue des infections liées aux soins »

SURVEILLANCE CONTINUE DES INFECTIONS LIEES AUX SOINS EN REANIMATION CHIRURGICALE					
Date d'entrée dans le service : Date de sortie du service : Mode de sortie IGS II :					Etiquette
Motif d'admission : Médecine <input type="checkbox"/> Chir. programmée <input type="checkbox"/> Chir non programmée <input type="checkbox"/> Traumatologie <input type="checkbox"/>					
Traumatologie : avec neurotraumato <input type="checkbox"/> sans neurotraumato <input type="checkbox"/> Chirurgie : Viscérale <input type="checkbox"/> Vasculaire <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Etat de choc : Septique <input type="checkbox"/> Hémorragique <input type="checkbox"/> Anaphylactique <input type="checkbox"/> Cardiogénique <input type="checkbox"/> Hypovolémique <input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire <input type="checkbox"/> Coma et autre pathologie neurologique Autre <input type="checkbox"/>					
Sonde vésicale	En place à l'entrée	Date de pose (si fait dans le service)	Date d'ablation (si fait dans le service)	En place à la sortie	Bactério (à compléter par l'équipe d'hygiène)
			
Voie Veineuse Centrale					
Site Jug <input type="checkbox"/> ss-clav <input type="checkbox"/> fém <input type="checkbox"/>					
Type:CVC <input type="checkbox"/> Dial. <input type="checkbox"/> Swg <input type="checkbox"/>					
Site Jug <input type="checkbox"/> ss-clav <input type="checkbox"/> fém <input type="checkbox"/>					
Type:CVC <input type="checkbox"/> Dial. <input type="checkbox"/> Swg <input type="checkbox"/>					
Site Jug <input type="checkbox"/> ss-clav <input type="checkbox"/> fém <input type="checkbox"/>					
Type:CVC <input type="checkbox"/> Dial. <input type="checkbox"/> Swg <input type="checkbox"/>					
Site Jug <input type="checkbox"/> ss-clav <input type="checkbox"/> fém <input type="checkbox"/>					
Type:CVC <input type="checkbox"/> Dial. <input type="checkbox"/> Swg <input type="checkbox"/>					
Site Jug <input type="checkbox"/> ss-clav <input type="checkbox"/> fém <input type="checkbox"/>					
Type:CVC <input type="checkbox"/> Dial. <input type="checkbox"/> Swg <input type="checkbox"/>					
Interface de Ventilation					
Intubation <input type="checkbox"/> Vent sur trach <input type="checkbox"/>					
VNI <input type="checkbox"/> Vent sans trach <input type="checkbox"/>					
Intubation <input type="checkbox"/> Vent sur trach <input type="checkbox"/>					
VNI <input type="checkbox"/> Vent sans trach <input type="checkbox"/>					
Intubation <input type="checkbox"/> Vent sur trach <input type="checkbox"/>					
VNI <input type="checkbox"/> Vent sans trach <input type="checkbox"/>					
Intubation <input type="checkbox"/> Vent sur trach <input type="checkbox"/>					
VNI <input type="checkbox"/> Vent sans trach <input type="checkbox"/>					
Intubation <input type="checkbox"/> Vent sur trach <input type="checkbox"/>					
VNI <input type="checkbox"/> Vent sans trach <input type="checkbox"/>					
Dérivation Ventriculaire Externe					

6. « Fiche de suivi du risque d'altération de la peau »

Fiche de suivi du risque ou de l'altération de la peau	étiquette patient
Entrée dans le service : Sortie le :	

Date	Echelle de Braden	Douleur	Nombre d'heures d'allègement	Présence d'escarres	Autres facteurs de risque	Nutrition et Poids	Type de matelas	Coussins de positionnement	Type de fauteuil et coussin	Changement de position	PEC Kiné

7. « Fiche de traçabilité reconditionnement d'une chambre »

**TRACABILITE
RECONDITIONNEMENT D'UNE
CHAMBRE**

**ETIQUETTE
PATIENT**

	PRESENCE		FONCTIONNEL		CORRECTION
	OUI	NON	OUI	NON	
VENTILATION					
1 manomètre à O2: 15l/min (côté respirateur)					
1 barboteur (vérifier celui-ci au maximum)					
1 ambu avec masque + filtre et raccord vert raccordé au barboteur + réservoir à O2, (vérifier montage et perméabilité)					
Manomètre pour vérification du ballonnet					
1 sonde à O2, 1 paire de lunette O2, 1 raccord vert à O2					
1 bouteille à O2 pleine dans la chambre sur son support clippé					
1 bouteille d'eau stérile de 1 l					
1 bouteille d'eau stérile de 500 ml					
1 embout bouteille H2O stérile (pour le rinçage)					
1 bouteille Nacl 500 ml					
1 système d'aspiration bronchique fonctionnel avec un stop- vide					
1 canule d'aspiration buccale					
1 canule de Guedel n°4					
1 filtre antibactérien sur le respirateur					
1 bombe de Silkospray,					
Sondes d'aspiration bronchique: 2x16F, 2x14F, 2x12F					
1 paire de lunettes pour le personnel					
1 respirateur branché sur une prise sécurisée et raccordée à l'air et à l'O2 (côté scope)					
Montage des tuyaux, valves + Test du constructeur					
Test manuel des alarmes (pression, débranchement fluide, débranchement patient)					
Test avec ballon test					
HEMODYNAMIQUE					
1 scope raccordé à la prise sécurisée, et cordons: ECG, SaO2, PNI, PAS					
Mise en marche, réglage alarmes					
6 pastilles ECG					
1 brassard PNI					
1 poche à pression					
1 pied à perfusion					

	PRÉSENCE		FONCTIONNEL		CORRECTION
	OUI	NON	OUI	NON	
MATERIEL					
1 colonne de 3 SAP → vérifier le branchement sur prise sécurisée et son fonctionnement					
1 pied à perfusion					
1 stéthoscope					
Appareil à dextro+ bandelettes et 5 lancettes					
5 bouchons					
1 garrot					
1 seringue de 2; 5; 10; 20 ml					
2 aiguilles roses, 2 épicrâniennes					
1 corps de pompe					
2 attaches de mains					
Compresse stériles et non stériles					
Bétadine rouge, jaune, alcool					
Boîte à aiguilles					
DIURÈSE					
1 bocal de recueil					
1 verre à pied gradué					
1 bassin					
1 boîte de bandelettes urinaires					
DIGESTIF					
1 manomètre d'aspiration gastrique fonctionnel					
1 système d'aspiration gastrique fonctionnel					
1 raccord de Salem pour sonde gastrique en aspiration					
2 seringues gros embout					
1 bouchon pour gastrique					
HYGIENE					
une cuvette					
essuie main vert					
Solution hydro- alcoolique					
savon liquide hypoallergénique					
spray de surfanios					
4 cotons bouche, 4 abaisses langue, gobelet					
3 boîtes de gants					
ADMINISTRATIF					
classeur IDE/AS					
avec:					
pochette plastique					
feuille d'accueil					
fiche de connaissance du patient					
feuilles D.A.R					
feuille d'OMEGAS					
feuille de SIIPS					
feuille de sortie					
feuilles de prescription					

Chambre N°

DATE

RespirateurN°

SIGNATURES IDE:

AS:

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION	11
<i>L'hôpital « en réanimation »</i>	13
Réformer l'hôpital.....	14
Reformer les soignants.....	17
<i>Regards croisés sur la fabrique des soins</i>	19
Soignants en réanimation : une approche par la sociologie des groupes professionnels.....	21
Une approche anthropologique des soins en réanimation.....	24
<i>Enquêter en milieu fermé : « vous venez voir quoi au juste ? »</i>	27
Négociation de l'entrée et posture ambivalente du chercheur.....	33
Dans les services de réanimation : initiation, conversion, objectivation.....	35
Trois terrains, une problématique commune	38
PARTIE I - SOIGNANTS EN RÉANIMATION : DE L'HÉRITAGE CLINIQUE À L'HYBRIDATION DU SEGMENT	41
CHAPITRE 1 - L'AUDACE EN HERITAGE	45
Section 1. Un nouveau paradigme médical	46
1. De la clinique à la médecine expérimentale : genèse d'un paradigme médical.....	46
1.1. Le regard clinique sur le corps	47
1.2. Du regard à l'investigation des corps : la médecine expérimentale	49
2. L'épidémie de poliomyélite de Copenhague : « l'esprit » de la réanimation... 51	
2.1. Une médecine d'urgence et d'improvisation.....	51
2.2. Une « immense chaîne de solidarité ».....	54
3. La naissance de la réanimation médicale en France	56
3.1. Le pavillon Lassen de l'hôpital Claude Bernard.....	56
3.2. Du paradigme médical à l'émergence des services de réanimation	60
3.3. L'expansion du domaine de la réanimation	62
Section 2. L' « audace » comme essence de la réanimation	64
1. L' « âge d'or » de la réanimation médicale	64
1.1. Les « pionniers » comme figure professionnelle de la réanimation	65

1.2. Un modèle professionnel marqué par une « éthique de l'audace »	66
1.3. À la « conquête » du monde hospitalo-universitaire.....	69
1.3.1. <i>Les sociétés savantes de réanimation</i>	69
1.3.2. <i>De la définition des savoirs professionnels à l'universitarisation de la réanimation</i>	72
2. L'ajustement éthique et l'expression du mandat de la réanimation.....	74
2.1. Les limites de l' « audace ».....	75
2.2. La condition éthique de la réanimation.....	77
Conclusion du chapitre 1.....	83
CHAPITRE 2 - « NOUS, LA "REA" ... » : RHÉTORIQUE, TRAJECTOIRES ET CARRIÈRES SOIGNANTES EN REANIMATION	85
Section 1. Du portage du modèle médical à l'expression d'un segment professionnel « hybride »	87
1. L'adhésion à une « médecine de combat ».....	87
1.1. « Tout le monde peut pas travailler en "réa" ... » : la réanimation comme forme d'engagement.....	88
1.2. « Dans les services traditionnels... »	90
1.3. Justifier l'adhésion : « ici, on fait vraiment notre travail »	94
2. Revendiquer son appartenance : l'assimilation du modèle des professions « établies »	97
2.1. Sélection à l'entrée, régulation et fermeture du marché du travail soignant.....	97
2.2. L'articulation des savoirs comme enjeux de positionnement.....	100
Section 2. Trajectoires d'entrée et carrières soignantes en réanimation	105
1. Des orientations biographiques à l'engagement	105
1.1. Trajectoires soignantes en réanimation	106
1.1.1. <i>L'urgence et la technique comme prédispositions infirmières</i>	106
1.1.2. <i>Des « services traditionnels » à la réanimation : trajectoires aides-soignantes</i>	111
1.2. L'engagement comme tournant dans la « carrière ».....	116
2. Devenir soignant en « réa » : socialisation, conversion, revendication.....	118
2.1. Formation à l'identité : initiation et conversion au modèle professionnel.....	119
2.2. « Nous, la "réa" ... » : l'affirmation du sentiment d'appartenance	123
Conclusion du chapitre 2.....	126
Conclusion de la partie I	127

PARTIE II - DES PRATIQUES SOIGNANTES EN TENSION.....	129
CHAPITRE 3- « LA QUALITE ET L'EFFICIENCE... »	133
<i>Section 1. L'efficience au cœur de la modernisation.....</i>	<i>134</i>
1. La réanimation : entre institution et organisation hospitalière	134
1.1. « Notre boulot, c'est du service public » : l'ancrage du modèle institutionnel.....	135
1.2. Le déclin d'un modèle institutionnel?.....	138
1.3. La nouvelle gouvernance hospitalière : un « rouleau compresseur »	142
2. Suivre les directives	148
2.1. Des orientations stratégiques « descendantes »	148
2.2. « Manager les équipes ».....	152
<i>Section 2. Les soins à l'aune de la normalisation</i>	<i>156</i>
1. Les recommandations pour la pratique : entre normes professionnelles et normes techniques	157
1.1. « Suivez le guide » : l'élaboration experte des recommandations	157
1.2. Des recommandations professionnelles aux « normes techniques ».....	161
2. Rendre des comptes : l'injonction de professionnalisme	165
2.1. De la formation à l'évaluation des pratiques professionnelles	165
2.1.1. <i>Des droits à la formation...</i>	166
2.1.2. <i>... aux devoirs d'évaluation</i>	168
2.2. Labelliser, accréditer, certifier...	170
Conclusion du chapitre 3.....	174
CHAPITRE 4 - DES ECARTS A LA NORME	175
<i>Section 1. Assentiment, dissentiment, simulation : la circulation des règles en réanimation</i>	<i>176</i>
1. Assentiment : des protocoles « quand on en a besoin ».....	177
1.1. La participation aux actes médicaux : entre subordination et retournement du stigmate	177
1.2. Des prescriptions « descendantes » à l'expression d'une expertise de terrain.....	181
1.3. Des prescriptions pour la consolidation du « rôle propre »	184
2. Dissentiment : « on ne peut pas tout appliquer... »	186
2.1. Les prescriptions bureaucratiques : entre contraintes organisationnelles et « exigences contradictoires ».....	186

2.2. Le «bricolage normatif» comme ajustement aux prescriptions organisationnelles.....	189
3. Simulation : «ça va faire plaisir au patron»	194
3.1. Une vraie «fausse implication» : l'évaluation des pratiques professionnelles.....	194
3.2. L'exemple d'une stratégie de simulation collective : le cas de la certification hospitalière	197
Section 2. La normalisation au prisme de la singularité	205
1. L'expérience de la singularité	205
1.1. L'ajustement des règles à la singularité	206
1.2. L'expertise soignante de la singularité	208
2. «Faire corps contre l'encadrement» : l'expression des singularités.....	210
2.1. La singularité au cœur des représentations soignantes.....	210
2.2. Les auditoires de la singularité.....	212
Conclusion du chapitre 4.....	217
Conclusion de la partie II.....	219
PARTIE III - LE QUOTIDIEN EN REANIMATION	221
CHAPITRE 5 - AU-DELA DES NORMES : L'INCERTITUDE AU CŒUR DE L'ORGANISATION	225
<i>Section 1. Le soin à l'aune de l'incertitude</i>	<i>226</i>
1. L'incertitude systémique de la réanimation	226
1.1. « On ne sait jamais comment ça va évoluer... ».....	227
1.1.1. Incertitude cognitive et paradoxe de la modernité médicale	227
1.1.2. Diagnostics, thérapeutiques et pronostics pluriels en réanimation	230
1.2. Incertitudes, routines et urgences.....	233
2. Des trajectoires problématiques : l'exemple d'Alexis	237
2.1. Un « mauvais départ ».....	237
2.2. Des améliorations substantielles?	240
2.3. « On n'aurait jamais pensé que... »	244
<i>Section 2. « Quand les gens s'effondrent devant toi... »</i>	<i>248</i>
1. La circulation des émotions en réanimation.....	248
1.1. La relation de soin comme travail de contrôle des émotions.....	249
1.2. Des « règles de sentiments » en tension.....	254
2. Les coulisses du travail émotionnel.....	257
2.1. « Garder la face » : un impératif pour la conduite du travail	257

2.2. Stratégies de défenses et mécanique de la distanciation	265
2.3. Des rires aux larmes : des mécanismes de défense sous tension.....	270
Conclusion du chapitre 5.....	276
CHAPITRE 6 - « CORPS À CORPS » : TENSIONS ET CONCURRENCES DANS LA FABRIQUE DES SOINS.....	277
Section 1. « C'est plus compliqué que vous le pensez... » : stratégies plurielles autour du matériau humain	278
1. Le travail « sur l'homme » comme enjeu de professionnalisation	279
1.1. Le malade au centre des configurations managériales	279
1.1.1. <i>L'homme comme variable d'ajustement quantitative : point de vue des « administrateurs »</i>	279
1.1.2. <i>L'humain comme variable d'ajustement qualitative : point de vue des managers</i>	282
1.2. L'économie managériale du travail sur l'homme.....	286
2. « Ici, on ne travaille pas sur des cartons... » : le matériau humain au cœur des luttés juridictionnelles	290
2.1. Une approche plurielle du travail sur « matériau humain ».....	290
2.2. Divergences managériales, convergences soignantes.....	299
2.2.1. <i>Divergences autour des orientations managériales</i>	299
2.2.2. <i>Divergences organisationnelles et convergences soignantes</i>	302
Section 2. Le travail sur le corps au cœur de la fabrique des soins.....	305
1. Le travail sur l'homme au prisme des corps « techniques »	305
1.1. Des corps « techniques » : l'héritage clinique dans l'approche soignante du matériau humain	306
1.2. La manipulation des corps « techniques » : entre valeur-signé et revendication de savoirs experts	309
2. Prendre soin en réanimation : des savoirs profanes au cœur de la fabrique des soins	313
2.1. « Redonner du quotidien » : des corps techniques au prisme des « techniques du corps »	313
2.2. Des « techniques superflues » destinées au maintien du « patient-sujet »	318
2.3. « Derrière les machines, il y a les malades » : les contributions soignantes dans la fabrique de la « réa »	321
Conclusion du chapitre 6.....	329
<i>Conclusion de la partie III</i>	331

CONCLUSION GENERALE	333
Soignant-e-s en réanimation : un segment hybride en quête d'autonomie	334
L'injonction au professionnalisme : une ressource pour l'autonomisation?	336
L'expertise soignante du travail d' « entre-deux».....	338
Perspectives de recherche	340
BIBLIOGRAPHIE	343
Ouvrages de référence et articles.....	343
Littérature spécialisée	365
Références juridiques.....	367
ANNEXES	371
TABLE DES ANNEXES.....	373
ÉCHANTILLONNAGE DES PERSONNES INTERVIEWEES.....	376
TABLE DES MATIÈRES.....	393

Résumé de la thèse : La fabrique des soins en réanimation. Entre héritage clinique, injonctions managériales et incertitude médicale

Cette thèse sur la « fabrique des soins en réanimation » a pour ambition de montrer comment la prise en charge de patients « techniqués » relève d'une catégorisation à la fois sociologique et anthropologique. Partant d'une approche sociohistorique visant à retracer la constitution d'une médecine d'urgence et d'incertitude, il s'agit d'identifier les soubassements professionnels et les conditions d'émergence d'un segment soignant de réanimation. Cette approche conduit à interroger plus précisément l'évolution de ce segment dans le cadre de la modernisation de l'hôpital public. La prolifération normative engagée par les autorités publiques invite à reconsidérer des pratiques soignantes singulières aux prises avec l'incertitude médicale qui résulte de la prise en charge de patients dont le pronostic vital est engagé. Singulières au regard des patients admis dans les unités, les pratiques soignantes le sont aussi compte tenu des « routines de l'urgence » convoquées dans le contrôle du travail. Enfin, elles le sont également en raison des conduites morales qui commandent au maniement des « matériaux humains ». La fabrique des soins de réanimation invite ainsi à saisir les enjeux socioanthropologiques qui se dévoilent un peu plus chaque jour à travers l'ouverture progressive des services aux publics.

Mots-clés : *Services de réanimation; Personnels soignants; Incertitude médicale; Normalisation; Dynamiques professionnelles*

Summary : The Manufacturing of Care in Intensive Care Units. Between clinical inheritance, managerial injunctions, and medical uncertainty.

This thesis on *The Manufacturing of Care in Intensive Care Units* aims to show how provision of care for patients requiring highly technical treatment is part of a categorization which is both sociological and anthropological. From a socio-historical approach which aims to retrace how a medical practice of emergency and uncertainty was built up, this involves identifying the professional substructures and the conditions under which the care segment of intensive care has emerged. This approach leads us to question more specifically the evolution of this segment within the framework of the modernization of public hospitals. The standardization undertaken by public authorities invites us to reconsider singular care practices which are grappling with the medical uncertainty resulting from the provision of care to patients whose lives are in danger.

These practices are singular in relation to 'emergency routines' which are applied in work supervision, as well as in relation to the patients admitted for treatment. This singularity applies also to the moral behaviour which leads the handling of 'human materials'. The manufacturing of care in intensive care units thus invites us to grasp the socio-anthropological issues which the gradual opening of services to the public reveals a little more each day.

Key words : *Intensive care units; Nursing staff; Medical uncertainty; Standardization; Professional dynamics*

Centre d'Étude Risques et Vulnérabilités

(CERReV, EA-3918)

Maison de la Recherche en Sciences Humaines

Université de Caen Normandie, Esplanade de la Paix — CS 14032

F-14032 CAEN CEDEX, France