



HAL
open science

La construction des rapports sociaux dans des services d'urgences hospitaliers : entre organisations et institutions : Une étude comparative de trois services d'urgences en Iran et en France

Reza Hadjikhani

► To cite this version:

Reza Hadjikhani. La construction des rapports sociaux dans des services d'urgences hospitaliers : entre organisations et institutions : Une étude comparative de trois services d'urgences en Iran et en France. Sociologie. Université Lumière - Lyon II, 2023. Français. NNT : 2023LYO20076 . tel-04475170

HAL Id: tel-04475170

<https://theses.hal.science/tel-04475170v1>

Submitted on 23 Feb 2024

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.



N° d'ordre NNT : 2023LYO20076

THÈSE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 483

Sciences sociales

Discipline : Socio Anthropologie

Soutenue publiquement le 28 septembre 2023 par :

Reza HADJIKHANI

La construction des rapports sociaux dans des services d'urgences hospitaliers : entre organisations et institutions.

Une étude comparative de trois services d'urgences en Iran et en France.

Devant le jury composé de :

Bruno MILLY, Professeur des Universités, Université Lumière Lyon 2, Président

Emmanuelle LECLERC, Professeure des Universités, Université de Reims Champagne-Ardenne,
Rapporteure

Djaouidah SÉHILI, Professeure des Universités, Université de Reims Champagne-Ardenne,
Rapporteure

Gilles HERREROS, Professeur émérite des Universités, Université Lumière Lyon 2, Directeur de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

Thèse pour l'obtention du doctorat en sociologie

Université Lumière Lyon 2



Centre Max Weber (UMR 5283) - Équipe TIPO

École doctorale 483 Sciences Sociales

présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2023

par Reza HADJIKHANI

**La construction des rapports sociaux dans des services d'urgences
hospitaliers : entre organisations et institutions**

Une étude comparative de trois services d'urgences en Iran et en France

Thèse dirigée par Gilles HERREROS, Professeur émérite de Sociologie à l'Université
Lumière Lyon 2

Membres du jury :

Monsieur Gilles HERREROS, Professeur émérite de Sociologie, Université Lumière
Lyon 2 (Dr de Thèse)

Madame Emmanuelle LECLERCQ, Professeure de Sociologie, Université de Reims
Champagne-Ardenne (Rapporteure)

Monsieur Bruno MILLY, Professeur de Sociologie, Université Lumière Lyon 2
(Suffragant)

Madame Djaouidah SEHILI, Professeure de Sociologie, Université de Reims
Champagne-Ardenne (Rapporteure)

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de thèse, Gilles Herreros, pour la confiance qu'il m'a accordée en acceptant mon projet de thèse, malgré mon parcours singulier ; pour m'avoir appris le regard et la posture sociologique, et m'avoir ouvert la pensée vers la sociologie de l'organisation dont j'ai découvert la littérature après mon arrivée en France. Je le remercie pour sa patience et sa générosité dans le partage de son savoir et de ses pensées, pour m'avoir donné le courage de déconstruire ce qui allait de soi et m'avoir laissé la liberté de construire le cheminement de l'analyse tout en m'accompagnant et me dirigeant. Je le remercie vivement pour sa relecture minutieuse et ses retours constructifs à chaque étape d'avancement de la recherche, d'analyse et de la rédaction.

Je remercie le personnel des trois services d'urgences étudiés (que le principe d'anonymisation ne me permet pas nommer) pour leur confiance et leur générosité d'avoir partagé avec moi leur univers quotidien au travail et parfois au-delà. Pour les temps de pause et parfois de sommeil qu'ils et elles m'ont consacré, pour me permettre de mieux comprendre leur quotidien.

Je remercie également les membres du jury, Gilles Herreros, Emmanuelle Leclercq, Bruno Milly, Djaouidah Sehili pour leur lecture approfondie de cette thèse.

Je tiens à remercier très sincèrement Ali Cheiban. Sans son soutien, venir en France pour faire une thèse de sociologie serait resté un rêve. Son aide ne s'est pas limitée aux aspects pratiques – relativement anodins ou potentiellement existentiels – de la vie d'un étranger en France. Il a eu la patience de m'apprendre comment déconstruire mes idées en me heurtant à un nouvel univers que je découvrais en France et comment problématiser le monde social qui m'entoure au quotidien. Je voudrais lui exprimer ma plus profonde gratitude.

Je remercie également Jeanne Gilbert pour son aide, ses lectures et relectures attentives de cette thèse, ses propositions pertinentes de modifications et de

corrections, afin de rendre le texte plus élaboré et compréhensible pour les lecteurs et lectrices francophones, aussi pour ses encouragements, qui n'ont pas été anodins pour que je mène cette aventure jusqu'au bout.

Je remercie de tout mon cœur ma famille ; Behnaz Khosravi (ma conjointe), pour m'avoir donné le courage de réaliser le rêve d'étudier la sociologie, de toute sa passion pour le regard sociologique qu'elle a partagée avec moi au quotidien, de sa confiance et son aide pour que j'accomplisse ce projet, et de son écoute de mes réflexions préliminaires. Eliad (mon fils) pour sa patience tout au long de ces années où j'étais absent pendant le weekend et ses vacances pour avancer dans la rédaction. Mes parents Saeid et Saeideh et mon oncle Houchang pour leur soutien précieux.

Depuis mon arrivée en France, j'ai eu la chance d'être entouré par un cercle d'amitié au sein du Centre Max Weber. Je remercie tous celles et ceux avec qui j'ai eu des échanges riches et amicaux sur ma thèse, stimulants et utiles, et qui m'ont accompagné dans ma socialisation au sein du laboratoire de recherche et au-delà, les échanges riches et les remarques constructives lors des séminaires doctoraux qui m'ont orienté le questionnement, mais pas seulement, les déménagements, mariages, anniversaires, soutenances, voyages, pauses café.... Je voudrais remercier en particulier Gilles Herreros, Bruno Milly, Philippe Bernoux, Michèle Dupré, Christian Thuderoz, Julien Barnier, Jeanne Gilbert, Melvin Salignat, Cynthia Srnec, Mohamed Amara, Élodie Berne, Hervé Cazeneuve, Boris Chevrot, Jean Paul Filiod, Gilles Grosson, Magali Robelet, Djaouidah Sehili, Frédéric Mougeot, Samia Aït Tkassit, Jean-Philippe Neuville, Cédric Verbeck, Christophe Reniaud, et Sylvie Monchatre. Je remercie également Solveig Hennebert pour ses encouragements et sa relecture. Dans ce cercle qui m'a permis d'épanouir mes liens sociaux dans ce monde nouveau, je remercie particulièrement Géraldine Bois et Cédric Demange avec qui j'ai eu l'occasion de voyager et de passer mes premières expériences d'intégration dans la société française, au-delà du périmètre du travail ou de la recherche. Ils ont eu la patience d'entendre fréquemment cette devinette : « comment on dit en français ? ».

Je voudrais aussi remercier particulièrement Sarah Shariati, Nasser Fakouhi, Christian Duhamel, et Susan Bastani pour m'avoir soutenu et encouragé à poursuivre mes études en sociologie en France.

Introduction

Les services d'urgences hospitaliers, voyant le nombre de leurs patients croître continuellement depuis les années 90, ont attiré l'attention de plus en plus grande des autorités publiques et des médias. Ces services jouent un rôle central d'interface entre la médecine de ville et l'hôpital¹, et cela dans les deux pays où cette recherche a été menée : en France et en Iran. Les travaux de recherche sociologique menés dans ce domaine montrent que, dans les faits, les services d'urgences hospitaliers émergent comme une question spécifique au cœur d'une réflexion globale sur l'hôpital général. Cela est dû à l'augmentation des cas d'urgences au sein des hôpitaux publics modernes² mais aussi au fait que ces services se trouvent au croisement d'enjeux économiques, sociaux et politiques importants, à fort impact sur leur environnement. Leurs objectifs, leurs moyens de subsistance, voire leur organisation sont devenus centraux.

1. Au croisement d'enjeux complexes

Les difficultés que rencontrent les services d'urgences ne se limitent pas aux stricts dysfonctionnements organisationnels. Nous observons, en effet, une augmentation des alertes données par les chercheurs et dans des rapports publics, à propos de la souffrance du personnel de ces services d'urgences, aussi bien en Iran qu'en France³.

¹ Carine Vassy, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements* 32, n° 2 (2004) : 67-74, <https://doi.org/10.3917/mouv.032.0067>.

² Marie-José Imbot-Huard, « Une brève histoire des urgences », *Médecine de l'homme*, n° 216 (s. d.) : 5-12.

³ Séverine Delieutraz, « Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé », *Cliniques* 4, n° 2 (2012) : 146-62, <https://doi.org/10.3917/clini.004.0146>; Fatéma Safy-Godineau, « La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion », *La nouvelle revue du travail*, n° 3 (26 octobre 2013), <https://doi.org/10.4000/nrt.1042>; Rachel Ferrari, « La violence aux urgences : une triste réalité ? », https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/110_Ferrari.pdf.

En Iran, les médias affirment (de façon appuyée) qu'il y a une inefficacité des services d'urgences hospitaliers et plus généralement un désinvestissement des personnels dans les hôpitaux publics. Cette appréciation négative, qui s'accompagne d'une critique touchant globalement le secteur public, repose sur une comparaison établie entre les pays occidentaux « plus développés » et les pays « en développement » (« tiers-monde » dans le langage courant en Iran). Cette appréciation s'appuie en partie sur le constat d'un niveau élevé des violences entre les personnels de soins et les patients, mais aussi entre les personnels eux-mêmes. Pour la France, ces violences existent aussi et sont documentées. Selon les rapports de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), les services d'urgences font l'objet d'environ 15% des signalements de toutes formes de violence depuis 2011, derrière les services psychiatriques qui représentent quant à eux de 20 à 25% des signalements entre 2011 et 2016.

Pourquoi ces tensions surviennent-elles avec une telle fréquence et une telle intensité dans ces services d'urgences ? Pour tenter de fournir des éléments de réponse à cette question, nous nous focaliserons sur trois services de ce type en Iran (1 service) et en France (2 services) en reconstituant la trame des rapports sociaux qui les caractérisent. Les tensions qui traversent ces unités seront considérées comme les symptômes visibles de régulations défailtantes ; leur analyse nous conduira à une réflexion plus globale sur les conditions d'effectuation de « l'action collective »⁴. Autrement dit, c'est la forme et la dynamique de « l'action organisée »⁵ qui est l'objet principal de cette recherche. Nos trois terrains français et iraniens fourniront le support principal de nos analyses.

⁴ Michel Crozier et Erhard Friedberg, *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, 11^e éd. (Paris : Points, 1992).

⁵ Ibid.

2. Les services d'urgences ou le portail d'accueil et d'orientation

Devenu désormais l'une des principales portes des entrées à l'hôpital (environ 49% des patients hospitalisés en France ont d'abord été admis au service des urgences⁶), ces services doivent permettre une meilleure gestion du flux des malades ainsi qu'une diminution de l'inadéquation des hospitalisations⁷. Ces petites entités, noyées dans les organisations plus importantes des hôpitaux dont elles relèvent, représentent une image holographique (une réplique plus petite et plus floue) du monde hospitalier. Véritable réservoir médicalisé, recouvrant une large gamme de spécialités, l'unité d'accueil des urgences a fini par abriter une discipline à part entière : la « spécialité émergente »⁸ de « médecin urgentiste »⁹. N'étant pas développés en fonction d'une seule spécialité, ces entités ne suivent pas les mêmes objectifs que les autres services de l'hôpital. Pouvant couvrir une gamme très large de pathologies, touchant à toutes les spécialités, ces unités d'urgence ont un poids symbolique contrasté. Indispensables, réputés comme « touchant à tout », ils restent généralistes et n'atteignent pas le degré de spécialisation des services centrés sur un type précis de pathologie.

Si la médecine d'urgence n'a cessé d'évoluer depuis le temps où son objectif principal était de secourir les blessés de guerre, l'organisation des services d'urgences hospitaliers en tant que partie de la structure de l'hôpital moderne, n'est

⁶ « Analyse de l'activité hospitalière 2011 | Publication ATIH », consulté le 29 juillet 2012, <https://www.atih.sante.fr/analyse-de-lactivite-hospitaliere-2011>.

⁷ « Le panorama des établissements de santé - Edition 2011 », consulté le 30 juillet 2012, <https://www.vie-publique.fr/rapport/32342-le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2011>.

⁸ Première accréditation ministérielle d'un diplôme d'études spécialisées en médecine d'urgence en 2001 en Iran à « Iran University of Medical Sciences » à Téhéran : niafam.com, « Direction de la formation de l'Université des Sciences Médicales de l'Iran », consulté le 30 juillet 2012, <https://edu.iums.ac.ir/معاونت آموزشی>.

⁹ « Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine - Légifrance », consulté le 30 juillet 2012, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000024038141/>.

apparue que tardivement : dans les années 40 en France¹⁰ et trois décennies plus tard en Iran.

Développée en tant que « service-tampon public » pour répondre aux « exigences politiques », à « l'intensité de la vie nocturne, l'élargissement du travail posté, l'augmentation de la circulation »¹¹, l'organisation des services d'urgences hospitaliers est fondée au départ sur le modèle des services spécialisés « classiques » ainsi que sur leur division du travail. En gardant une structure organisationnelle similaire aux services classiques, un service d'urgences hospitalier est censé prendre en charge les urgences vitales de toutes les disciplines médicales, tout en remplaçant la médecine générale du secteur privé pour répondre aux patients qui cherchent une consultation rapide. Ils jouent ainsi un rôle de réceptacle des problèmes sociaux¹² pour les personnes qui ne trouvent pas de place dans d'autres services publics.

Pour ses usagers, outre le fait d'offrir un service médical d'urgence, cette organisation joue également le rôle d'une institution qui contrôle le comportement des individus, jusqu'à des détails très personnels, souvent considérés comme « intimes », et cela malgré une durée de séjour très courte. Ainsi, à l'instar d'« institutions totales » (la prison, le pensionnat ...) qui, elles, disposent de temps pour saisir l'intimité des « reclus », les services d'urgences peuvent y parvenir dans un laps de temps très bref. D'une certaine façon, la brièveté du séjour des patients aux urgences, provoque, en même temps qu'une accélération des processus de soins un grossissement de tous les dimensions présentes à l'hôpital. Ce « précipité », ce condensé, cet effet loupe, font des urgences un lieu d'observation privilégié pour saisir ce qui se joue dans les établissements de soins. Pour analyser les rapports sociaux à l'œuvre à l'hôpital, l'observation des interactions entre tous les

¹⁰ « Loi du 21 décembre 1941 REORGANISATION DES HOPITAUX ET DES HOSPICES CIVILS - Légifrance », consulté le 16 septembre 2020, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000869378/>.

¹¹ Jean Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Sciences Humaines (Paris : Editions Métailié, 2000), 6.

¹² Ibid., 13.

« acteurs »¹³ des urgences est particulièrement intéressant. Tout y est amplifié à la façon d'une caricature qui grossit tous les traits de ce qui est caricaturé ; déformation salutaire qui permet de mieux reconnaître. Les urgences, « un précipité » d'hôpital, constituent une réalité hospitalière augmentée. Les relations entre les personnels travaillant dans ces unités, celles que ceux-ci tissent avec leurs collègues situés en périphérie (dans l'hôpital et/ou à l'extérieur de celui-ci), celles nouées avec les patients et leurs accompagnants, dessinent des systèmes d'actions organisées¹⁴ dont les contours sont comme surlignés.

3. Les acteurs et le problème de l'action collective

Reprenant l'hypothèse centrale des travaux de Crozier et Friedberg, nous considérons que les acteurs trouvent des solutions pour atteindre leurs objectifs et que ce faisant, ils font émerger une organisation réelle (et non simplement formelle), pérenne parce que régulée. L'organisation n'est donc pas « donnée » mais construite. Les solutions apportées par les acteurs aux problèmes rencontrés sont « contingentes, largement indéterminées et donc arbitraires »¹⁵. Partant de cette idée, nous reprenons donc à notre compte l'affirmation selon laquelle les acteurs ont des marges de manœuvre et des possibilités d'action bien que celles-ci soient limitées et structurées par des règles formelles lesquelles contraignent sans jamais contraindre totalement. Ces marges permettent à chaque acteur de disposer d'un pouvoir d'agir et de mettre en place des stratégies de jeu afin de satisfaire ses propres exigences tout en tentant d'échapper aux contraintes imposées par l'environnement. En d'autres termes, c'est depuis ce raisonnement central, porté par le modèle d'analyse de Crozier et Friedberg, que nous allons conduire nos réflexions. Ainsi, nous tenterons de comprendre, par-delà les différences d'univers entre l'Iran et la France, les jeux, les enjeux, les stratégies... qui construisent

¹³ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid., 16.

l'organisation avec ses tensions, ses régulations. C'est cet ensemble que nous désignons aussi avec le vocable de rapports sociaux.

Si nous partons de l'idée que l'organisation est une émergence pérenne résultant du fruit des relations entre acteurs, qu'elle est une solution apportée par eux aux « problèmes » que pose toute action collective, nous prenons également à notre compte l'idée selon laquelle les acteurs des organisations étudiées ne mettent pas en œuvre leurs actions à partir d'une page blanche. Ils ont évidemment déjà intériorisé des normes et des attitudes, possèdent leurs « univers symboliques » que l'on peut définir comme « la matrice de toutes les significations socialement objectivées et subjectivement réelles »¹⁶. De ce fait, on peut considérer que les actions mises en œuvre pour solidifier l'organisation, pour la rendre pérenne, proviennent aussi de formes qui précèdent et dépassent ladite organisation, comme « de variables antérieures à la socialisation professionnelle, variables sociétales plus larges médiatisées par l'organisation » mise en avant par Olgierd Kutty dans son analyse de la relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel¹⁷. Les règles, les symboles, les normes, les coutumes, les croyances... qui pétrissent les actions dont procèdent bel et bien le système organisationnel singulier étudié, relèvent aussi de dimensions qui débordent les stricts contours de l'organisation. Nous les analyserons comme des éléments institutionnels.

A ce stade, il nous faut approcher ce que pourrait être le périmètre institutionnel au sein d'un ensemble organisationnel. Pour Durkheim, la sociologie est au sens général définie comme la science des institutions, une définition transversale par rapport aux définitions plus spécialisées données, beaucoup plus tard, par nombre d'auteurs. Lapassade, avec « l'analyse institutionnelle »¹⁸, Goffman et ses

¹⁶ Yves Laberge, « De l'hypothèse à la théorisation : comment utiliser les théories sociales (construction sociale, théorie ancrée, théorie de l'identité, microsociologie) », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, n° 43-2 (1 décembre 2012) : 151-56.

¹⁷ Olgierd Kutty, « Orientation culturelle et profession médicale. La relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel et son environnement », *Revue française de sociologie*, 1975, 189-214.

¹⁸ Georges Lapassade et Remi Hess, *Groupes, organisations, institutions*, 5e édition (Paris : Coédition Economica/Anthropos, 2006).

« institutions totales »¹⁹, Foucault avec les « institutions disciplinaires »²⁰, Touraine et son « système institutionnel », Castoriadis avec l'« institution imaginaire de la société »²¹... tous ont fouillé de façon singulière ce que peut recouvrir la notion d'institution. Ainsi, l'institution prend des contours théoriques pluriels ; c'est dans cette pluralité que nous puiserons.

4. L'institution et le symbolique

En première approche la notion d'institution renvoie, pour nous, à deux acceptations différentes et complémentaires.

Pour nous, l'institution désigne d'abord une entité à la légitimité forte et durable, produisant des valeurs et des normes, que l'on retrouve au cœur des relations interpersonnelles, sans que celles-ci puissent être imputées qu'aux seules personnes en présence tant elles proviennent aussi d'un « ailleurs » : l'institution familiale, scolaire, professionnelle... avec des déclinaisons multiples (hospitalières, pénitentiaires, religieuses, psychiatriques, etc.). L'institution englobe donc des institutions qui posent « les lois écrites et les normes explicites ou implicites des conduites »²² débouchant sur des « systèmes symboliques sanctionnés »²³. Sur le « terrain » ces institutions sont reconnaissables en ce qu'elles disposent d'un poids symbolique fort, déposant au sein de l'organisation des dispositifs de contrôles et de sanctions. Depuis cette perspective, on considère que les organisations sont construites au quotidien par des acteurs institués. Leur socialisation familiale, professionnelle, leurs qualifications (formations, diplômes ...) d'une part, les différentes formes de règles, règlements et lois régissant chaque secteur d'activité (statuts, nomenclature des tâches, fiches de postes...) d'autre part, sont autant de dimensions qui viennent façonner leurs interactions. En d'autres termes, le construit

¹⁹ E. Goffman et al., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* (Les Editions de Minuit, 1968).

²⁰ Michel Foucault, *Surveiller et punir* (Gallimard, 1975).

²¹ Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société* (Seuil, 1975).

²² Eugène Enriquez, *L'organisation en analyse* (Presses Universitaires de France, 2003), 77.

²³ Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, 162.

organisationnel qui possède toujours une indépassable singularité n'échappe pas aux effets institutionnels.

Dans une seconde acception de la notion d'institution, on peut entendre que ce qui est institué ne résulte que de l'accord intersubjectif et de la reconnaissance des acteurs (par exemple par des typifications ou des croyances partagées, etc.)²⁴. Dans ce cas, l'institution n'existe que par et dans les relations interpersonnelles et se construit à travers « les objectivations des processus subjectifs (et des significations) »²⁵. Selon cette définition de Berger et Luckmann, les interactions sociales dans la vie quotidienne deviennent possibles grâce à des typifications partagées par les individus, qui se sont éloignés de l'« ici et maintenant » et en s'anonymisant sont devenus des symboles, qui seront au fondement d'une forme de langage symbolique. Les rôles sont donc le résultat de la formation d'un stock commun de connaissances contenant des typifications réciproques de conduites et le processus de leur génération serait « endémique à l'interaction sociale et antérieur à l'institutionnalisation »²⁶. Les institutions établissent le lien entre les typifications et les actions²⁷ sans les surdéterminer. Cela fait écho à la définition que Castoriadis proposent des institutions indiquant que leur travail consiste « à rattacher à des symboles (à des signifiants) des signifiés (des représentations, des ordres, des injonctions ou incitations à faire ou à ne pas faire, des conséquences...) »²⁸.

²⁴ Peter Berger et Thomas Luckmann, *La Construction sociale de la réalité - 3e éd.* (Armand Colin, 2018), 66.

²⁵ Ibid., 81.

²⁶ Peter Berger et Thomas Luckmann, « II. La société comme réalité objective », in *La Construction sociale de la réalité*, Individu et Société (Paris : Armand Colin, 2018), 101-211, <https://www.cairn.info/la-construction-sociale-de-la-realite--9782200621902-p-101.htm>.

²⁷ Berger et Luckmann, *La Construction sociale de la réalité - 3e éd.*, 83.

²⁸ Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, 162.

5. Les rapports socio-organisationnels et les institutions multiples

Si l'institution est présente dans l'organisation, elle participe à tous les « étages » à la définition des interactions ; sans nécessairement les surdéterminer, comme nous l'avons déjà indiqué, elle reste malgré tout agissante. Nombre d'auteurs, en observant la part de l'institué (si cher à Lapassade) au sein des organisations ont souligné les multiples visages institutionnels ou, dit autrement, la présence d'institutions multiples. Boltanski et Thévenot à propos des justifications des acteurs opérant dans les « mondes communs »²⁹, Dubet à propos des logiques de l'action structurant « l'expérience des acteurs »³⁰ ou encore Amblard, Bernoux, Herreros et Livian relevant la pluralité des logiques d'actions dans la structuration des accords implicites qui fondent les différents mondes présents dans les organisations³¹... tous (et bien d'autres encore) ont fait l'hypothèse de la présence plurielle des institutions au sein des organisations. Elles peuvent imposer aux individus des normes et des valeurs parfois contradictoires, les mettant dans des situations paradoxales qui, si elles ne suppriment pas nécessairement les marges de manœuvre dont l'acteur dispose n'en infléchissent pas moins leurs possibilités stratégiques. Au sein des services que nous avons étudiés, en France comme en Iran, nous avons retrouvé ces multiples figures de l'institution : médecine universitaire, corps professionnels, droit de la santé... mais aussi, avec force en Iran, l'institution religieuse, l'institution policière.

Cet entrelacs entre l'organisationnel et l'institutionnel ne doit pas nous interdire une analyse stratégique classique avec une focalisation spécifique sur les enjeux des acteurs, leurs rapports de pouvoir, leurs jeux, à ceci près qu'il nous faudra également tenter de dégager la part prise par les effets institutionnels. Le poids des dimensions professionnelles, celui du politique (d'autant plus important que les services étudiés relèvent de l'hôpital public), de la conception de la sécurité et de l'ordre public ...,

²⁹ Luc Boltanski et Laurent Thévenot, *De la justification : les économies de la grandeur* (Paris : Gallimard, 1991).

³⁰ François Dubet, *Sociologie de l'expérience* (Paris : SEUIL, 1994).

³¹ Henri Amblard et al., *Les Nouvelles Approches sociologiques des organisations* (Paris : Seuil, 1996).

n'est pas secondaire. « Tous ces aspects participent de la mise en forme des rapports sociaux, à travers la structuration et la régulation de grandes fonctions collectives telles que la sécurité, l'éducation, la santé, ... »³². Le pouvoir politique, tout particulièrement, joue le rôle d'une « instance sociale historique »³³ qui fournit au personnel du service public une idéologie rassemblant les individus à l'intérieur d'une fonction collective, les convaincant de « la sacralité de leur mission » et de « l'importance du rattachement de leur activité au secteur de l'intervention publique »³⁴.

Un service d'urgences offre la particularité de pouvoir observer l'activité du personnel soignant en directions des patients, lesquels sont à la fois les « objets » du travail, mais aussi des « sujets » très actifs de cette organisation. Paradoxalement, leur passage dans un temps restreint au sein de l'unité et le caractère d'urgence de leur état (c'est en tous les cas ce qu'ils estiment puisqu'ils sollicitent l'hôpital en urgence) les rend très agissant. Bien que ne faisant que passer, ils peuvent modifier, très sensiblement, l'organisation collective, la bousculer et la redessiner, provisoirement au moins. Dans ces conditions, peut-on alors véritablement parler de l'existence d'un système d'action concret³⁵ stable, alors que les acteurs concernés ont parfois un temps très court pour mettre en place les modes de régulation de leurs interactions et que, de plus, ils peuvent nourrir des points de vue et des intérêts très variés selon leur vécu à l'extérieur du système ?

Pour comprendre les interactions qui se tissent dans de tels services, et en approcher le système d'action concret, il ne faut pas perdre de vue que personnels et usagers (patients + accompagnants) sont dans un rapport vraiment différent à l'organisation. Les uns (les usagers) ne connaissent pas les lieux, ne se sentent pas soumis à la hiérarchie organisationnelle, n'ont pas de rôle fonctionnel, ne (re)connaissent pas les normes et les valeurs d'un métier ou d'un statut, alors que les autres (les professionnels) sont porteurs de ces dimensions. Les uns ne passeront

³² Collectif, *L'institution plurielle* (Presses Universitaires du Septentrion, 2016), 11.

³³ Enriquez, *L'organisation en analyse*.

³⁴ Bruno Milly, *Le travail dans le secteur public. Entre institutions, organisations et professions* (Rennes : PU RENNES, 2012), 55.

³⁵ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

que quelques heures dans le service (en moyenne 6 heures) pendant que les soignants restent en moyenne 5 ans (la période de passage est beaucoup plus courte pour les étudiants qui sont en stage dans les services et au sein desquels ils peuvent avoir aussi un rôle essentiel). Cette évidence mérite d'être notée car elle permet de souligner que si l'organisation est le produit des rapports entre les uns et des autres, alors elle est le fruit de la rencontre entre un institué³⁶, celui de l'institution hospitalière, et un instituant (porté par les usagers qui ne sont que de passage) qui vient bousculer quotidiennement l'« ordre établi ».

Le point de départ de la recherche présentée ici réside d'abord dans le constat, sans cesse rappelé par et dans l'opinion publique, selon lequel les urgences sont des lieux de tensions, d'attente, de souffrance, de violence. Toutes ces situations problématiques, qu'elles soient réelles ou fantasmées, semblaient pouvoir constituer un lieu d'observation privilégié non seulement pour approcher l'hôpital public mais aussi pour s'interroger sur les valeurs de l'institution publique et le poids de la pluralité institutionnelle dans un contexte de « travail sur autrui »³⁷.

Le fait de pouvoir comparer (ou de s'essayer à le faire) des services d'urgences dans deux pays aussi radicalement différents (à tout le moins par l'histoire, la langue, le symbolique qui structure les institutions sous-jacentes³⁸) constituait la seconde stimulation de cette recherche. Cette comparaison paraissait d'autant plus intéressante qu'en plus d'aller au-devant de deux univers différents, nous savions que l'hôpital moderne en Iran avait été mis en place à la fin du 19^e siècle sur le modèle des hôpitaux français, par des médecins francophones et des Iraniens ayant poursuivi leurs études de médecine en France. Comment un modèle transplanté avait-il pu évoluer dans une configuration aussi radicalement différente que celle existant en France ?

³⁶ René Lourau, *L'analyse institutionnelle* (Paris : Editions de Minuit, 1971); Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*.

³⁷ François Dubet, *Le Déclin de l'institution*, Édition : Seuil (Paris : Seuil, 2002), 305.

³⁸ Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*.

Bien que nous nous réclamions d'une posture proche de l'analyse stratégique et tenions à conserver une certaine distance avec les approches culturalistes du type de celles de G. Hofstede³⁹, le fait d'étudier des acteurs stratégiques dans deux pays aussi distincts, par la langue, leurs parcours socio-historiques, nous a conduit à porter une attention particulière à leurs systèmes de typifications au fondement de leurs actions. Avec M. Douglas, qui indique que sont essentiels « les principes et les jugements qui guident et qui nourrissent les actions des individus »⁴⁰ (donc leurs stratégies, pouvons-nous ajouter), et avec P d'Iribarne qui appelle à « appréhender plus justement la culture comme un contexte de sens »⁴¹, nous optons pour ne pas laisser ces dimensions de côté. Si on ajoute à cela notre part de subjectivité qui est restée indépassable⁴² tout au long de la recherche, et ce, malgré une vigilance théorique et méthodologique, nous ne pouvons que reconnaître que notre travail sera nécessairement marqué par une forme d'hybridité.

6. Éléments de méthodologie

Dans un contexte qui est souvent caractérisé par la pesante alternative qui place les usagers des urgences « entre la vie et la mort », la question de la subjectivité affleure inévitablement. Les relations qui se tissent, les rapports sociaux qui s'établissent, sont imprégnés de cette dimension. Nous avons ainsi avancé sur nos terrains avec le souci d'intégrer cette donnée ; aussi une posture ethnographique, avec la part d'immersion qu'elle suppose, nous a semblé s'imposer. En Iran, les services d'urgences ont peu été étudiés par la sociologie et les travaux comparatifs France/Iran dans le champ hospitalier sont plus que rares ; nous avons donc cheminé, pour partie au moins, en « terra incognita »

³⁹ Geert H. Hofstede, *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations* (SAGE Publications, 2001).

⁴⁰ Mary Douglas, Luc Heusch, et Anne Guérin, *De la souillure* (Paris : LA DECOUVERTE, 2005).

⁴¹ Philippe d'Iribarne, *La logique de l'honneur - Gestion des entreprises et traditions nationales* (Paris : Seuil, 1993).

⁴² Je suis né en Iran, j'y ai vécu jusqu'à mon arrivée en France il y a 15 ans, j'y ai ma famille et une part de moi est restée là-bas.

En vivant les scènes observées, nous nous sommes imprégnés autant que possible de ce à quoi nous assistions. Rédigeant, toujours avec un temps de recul, un journal de bord nous avons tenté des reconstructions qui, passées au filtre de modèles théoriques, étaient en partie expurgées de la charge émotionnelle que nous avons ressentie et observée. C'est donc dans une confrontation permanente entre le terrain et notre appareillage théorique que nous avons essayé d'être aussi analytique que possible.

6-1. Le choix et l'accès au terrain

Le service iranien a été choisi pour la possibilité qu'il offrait d'obtenir le visa du centre de recherche de la faculté de médecine de Téhéran. Les deux autres services en France ont été retenus certes par commodité géographique, mais aussi et surtout en fonction des types de pathologies admises, le nombre de lits, les effectifs des soignants, afin que la comparaison avec le service iranien soit pertinente.

Après une première plongée dans la littérature sociologique consacrée aux organisations et quelques entretiens libres réalisés avec certains personnels travaillant dans les hôpitaux publics sur le thème large des tensions et des violences dans leur travail, un projet d'enquête a été rédigé pour essayer d'obtenir les autorisations permettant d'accéder aux services d'urgences aussi bien iraniens que français.

Au départ, et en cohérence avec la lecture de l'histoire de la constitution de l'hôpital moderne en Iran, c'est le service d'urgences de l'hôpital Avicenne de Téhéran qui a été choisi – le premier hôpital moderne construit en Iran en 1872 –. Le fait qu'il ait été conçu sur le modèle français à la fin du 19^e siècle nous paraissait intéressant. Plusieurs demandes officielles ont été refusées, souvent implicitement sous la forme d'une réorientation vers d'autres établissements. D'autres tentatives de négociation avec la direction de cet hôpital n'ont finalement donné qu'un accès restreint à la zone d'attente des patients s'adressant à la clinique – à savoir une annexe de l'hôpital qui accueille les patients pour les visites de spécialistes pendant la journée uniquement.

Sans avoir pu négocier de meilleures conditions d'accès aux urgences au sein de cet établissement, une seconde tentative a été engagée auprès du CHU de l'Université de Téhéran ; l'un des plus grands CHU de la capitale iranienne avec 1230 lits. Il y eut de nombreux renvois en cascade, de la direction du service à la direction de l'hôpital puis à la direction de la recherche de l'université. À la demande de cette dernière et en appui sur l'un de ses personnels, une proposition de recherche a été rédigée en conformité avec ses propres normes de recherche. Il était exigé de souligner les principales variables qui allaient être étudiées ainsi que les variables relatives. Ce projet de recherche a été refusé par le comité d'éthique de l'université, sous prétexte que la recherche allait être menée par un étudiant « étranger ». Cette procédure qui a duré quelques mois, n'a finalement donné ses fruits que par l'intermédiaire d'une de nos connaissances qui était en lien avec le vice-président de la recherche d'une université au nord de Téhéran – le N-2 du ministre de la Santé – dont la lettre de quelques lignes seulement a finalement été parafée par le président du CHU ainsi que par la direction de la recherche, le tout en quelques heures.

En ce qui concerne la France, les premières sollicitations faites auprès de la direction des services d'urgences du CHU choisi sont restées sans réponse. L'accès à un premier service fut rendu possible par le moyen, là encore, d'un réseau de connaissances. Une chercheuse rattachée à un centre de recherche partenaire des établissements de santé a présenté le projet d'enquête via un message électronique à un chef de service. Celui-ci nous a ensuite demandé un entretien pour connaître l'objet et le périmètre de la recherche, suite à quoi il a donné son accord de principe. Avec ce premier service, nous avons un solide point d'appui, car, par l'intermédiaire d'un ancien gestionnaire administratif qui y avait travaillé et que nous avons rencontré, nous avons obtenu, grâce à son intercession, l'entrée dans une seconde unité, laquelle était restée muette lors de nos premières tentatives de contact.

6-2. Le chercheur et la posture d'étranger

La position d'étudiant « étranger », à la fois dans son pays d'origine et dans le pays d'accueil, n'a pas été facile à gérer. Accueilli en France avec une relative facilité, bien qu'Iranien, suspecté à Téhéran parce qu'Iranien vivant en France, nous nous

retrouvions dans un curieux tiraillement qui n'a pas été sans effet sur la recherche. Sans doute que le mode de réception des informations, les temps de problématisation, le mode d'appréhension de la littérature du domaine, ont tous été marqués par ce positionnement d'Iranien « étranger » à Téhéran. « Les différences de classe, les différences culturelles ou religieuses induisent des transpositions dans les catégories habituelles de l'observateur » ⁴³... en un mot nos ancrages multiples ont eu un effet non négligeable sur notre travail.

Sur le premier terrain en Iran, la langue parlée était notre langue maternelle. Il s'agit du persan qui est la langue officielle et institutionnelle en Iran. L'«étranger» était familier des échanges langagiers dans le service. Sur le terrain français la fluidité était moins présente puisqu'arrivé à l'âge de 25 ans en France, nous ne pratiquions cet idiome que depuis 4 ans lorsque les premières observations ont débuté. La maîtrise des symboles, la compréhension des énoncés, la connaissance des institutions ne nous étaient pas équivalentes dans les deux pays. Les étonnements provoqués par certaines scènes, les interactions, les jugements et stéréotypes, le rapport au temps et à l'espace, n'étaient pas de même nature selon qu'ils soient rencontrés en Iran ou en France.

À ce stade il nous faut donner quelques précisions sur notre parcours. Arrivé en France avec un diplôme équivalent au baccalauréat et une spécialité en mathématiques/physique, puis ayant poursuivi des études universitaires en ingénierie mécanique jusqu'au niveau de la licence (où s'est offerte la possibilité de réaliser des stages au sein d'usines de fabrication de masse d'objets métalliques et d'observer les rapports entre les ouvriers de ligne, les contremaîtres et les ouvriers qualifiés), la sociologie ne nous était pas familière. Le travail, pendant quatre ans et en parallèle des études universitaires, dans une entreprise privée d'ingénierie technique s'occupant de l'automatisation du contrôle du fonctionnement des machines, nous a permis une immersion au cœur d'une entreprise organisée sous forme matricielle, inspirée de l'entreprise américaine IBM. Avec une soif d'analyser les rapports sociaux observés au quotidien, nous avons poursuivi avec des études de

⁴³ Henri Peretz, « IV. La rédaction des notes d'observation », in *Les Méthodes en sociologie : L'Observation*, Édition : 2e (Paris : La Découverte, 2004).

management en Iran jusqu'à un niveau équivalent au master II en France. La découverte, en cette occasion, d'une littérature relatant les expériences de Hawthorne menées par Elton Mayo de l'école de Chicago ainsi que les ouvrages de Mintzberg et de ses analyses sur le pouvoir⁴⁴, nous ont conduit insensiblement du management vers la sociologie des organisations. Orienté, notamment, vers les travaux de Philippe Bernoux⁴⁵ et la théorie des logiques d'action⁴⁶, les explorations de ce champ de recherche ont débouché sur le désir d'approfondir ce domaine et d'engager une thèse de doctorat. C'est donc en essayant d'expliquer les interrogations soulevées par des expériences antérieures que nous nous sommes dirigé vers les théories sociologiques approchant les questions organisationnelles et que nous nous sommes particulièrement arrêté sur les travaux de Crozier et Friedberg.

6-3. L'observation quasi participante

L'immersion dans les services, même secondaire par rapport aux phases aigües du traitement des urgences, nous conduisant à passer parfois du statut d'observateur à celui de participant, nous a permis d'éprouver fortement la dimension réelle de l'urgence et de côtoyer cette marge parfois infime entre « le monde des vivants et celui des morts ». Malgré la charge émotionnelle fréquente nous nous sommes efforcé de rester lucide dans l'observation des interactions, des rituels, qui tramaient ces situations. Afin de rendre compte à la fois d'une expérience subjective (notre vécu pendant l'enquête) et d'une expérimentation objectivante du terrain (le recueil des données, leur classement, leur analyse), nous avons opté pour une première phase d'immersion effectuée sans contrainte de durée ni de lieu spécifique au sein des services en nous laissant guider par la contingence des événements – les lieux d'urgence sont peu propices à la planification.

⁴⁴ Henry Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations (Traduction de The structuring of organizations)*, 1e édition (Editions d'Organisation, 1998); Henry Mintzberg, *Le pouvoir dans les organisations : Les références*, Nouvelle édition (Paris : Editions d'Organisation, 2003); Henry Mintzberg, *Le management : Voyage au centre des organisations* (Paris : Editions d'Organisation, 2004).

⁴⁵ Philippe Bernoux, *La sociologie des organisations : Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, Édition : 5e édition revue et corrigée (Paris : Points, 2014).

⁴⁶ Amblard et al., *Les Nouvelles Approches sociologiques des organisations*.

La deuxième phase de l'observation a été réalisée selon une grille croisant les différentes catégories de personnel – d'après la nomenclature formelle de l'organisation à savoir : médecin, interne, externe, infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), infirmier (IDS), aide-soignant (AS), brancardier, agent de sécurité, agent de service hospitalier (ASH), auxquels ont été adjoints les usagers, les patients, leurs accompagnants. Les individus de chaque catégorie ont été observés du début à la fin de chacune de leurs interventions entendues comme la réalisation de leur activité propre mais aussi comme l'ensemble de leurs éventuelles interactions avec les autres acteurs. Le tableau ci-dessous donne un aperçu de ce que nous avons observé.

Rôle ⁴⁷	Médecin	Interne	Externe	IAO	IDS	AS	Branc.	ASH	A. admin.	A. sécurité	Patient	Accomp.
Médecin	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Interne		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Externe			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
IAO				x	x	x	x	x	x	x	x	x
IDS					x	x	x	x	x	x	x	x
AS						x	x	x	x	x	x	x
Brancardier							x	x	x	x	x	x
ASH								x	x	x	x	x
Agent administratif									x	x	x	x
Agent sécurité										x	x	x
Patient											x	x
Accompagnateurs												x

Grille d'observation des individus 1

Toutes les informations recueillies au cours des observations étaient mémorisées, puis, en « cachette » et dans un espace relativement calme, à l'abri du regard des personnels ou des malades, elles étaient consignées sous la forme de descriptions avec un maximum de détails en soulignant les mots ou les actions incompréhensibles sur-le-champ ou en les finissant avec des points d'interrogation pour y revenir et nous renseigner à postériori... le tout avec cette conviction que le contenu retenu dépend de « ... la perception sélective de ce qui se produit sous les yeux de

⁴⁷ Pour la définition des rôles : Partie I. Chapitre I.2, page 47

l'observateur »⁴⁸. Avec le souci de l'anonymat, nous rebaptisons les acteurs, les affublant au besoin d'un surnom, afin de pouvoir établir des correspondances, des résonances, des liens, entre ce qui pouvait se passer pour les mêmes protagonistes dans des moments et des situations différentes.

Lorsque nous avons été confronté à quelques tentatives de lecture de nos notes par des individus soucieux de vérifier ce qui était écrit à leur propos (ou dans un cas particulier cherchant à vérifier si les données recueillies pouvaient être utilisées contre la sécurité nationale du pays - procès d'intention que nous avons vécu douloureusement⁴⁹), le choix a été fait de rédiger les descriptions en langue française lorsque nous étions en Iran et en persan (avec l'alphabet arabo-persan) lors des observations en France. Parfois, cette calligraphie inhabituelle pouvait provoquer de l'intérêt chez certains ce qui conduisait à parler de la recherche et éventuellement d'inviter la personne à un entretien. Que ce soit dans des situations connues ou inconnues, tous les détails observés, les dialogues, les expressions non verbales comme les regards et les gestes, les postures corporelles, ainsi que nos interprétations spontanées ont été consignés. Nos commentaires les plus subjectifs à la suite d'un événement surprenant ou d'une incompréhension étaient stockés. Les outils d'enregistrement comme l'appareil photographique ou la caméra vidéo n'ont pas été utilisés, d'une part parce qu'ils étaient interdits dans le service iranien, mais aussi par respect de la confidentialité du vécu des patients et du personnel.

6-4. Les entretiens individuels

L'observation méthodique du terrain, comme moyen d'étudier le travail et les actions organisées fut complétée par des entretiens semi-directifs – « technique privilégiée »⁵⁰ de l'enquête sociologique, en sociologie de la santé comme en sociologie du travail – afin d'analyser les définitions et redéfinitions constantes

⁴⁸ Peretz, « IV. La rédaction des notes d'observation », 77.

⁴⁹ Gérard Althabe, « L'ethnologie urbaine : ses tendances actuelles », *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, n° 3 (1 octobre 1984) : 3-4, <https://doi.org/10.4000/terrain.2806>.

⁵⁰ Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*.

données par les individus sur ce qui les entoure⁵¹ et du sens qu'ils donnent à leur action. Tout du long du travail, sans avoir l'ambition de transposer les analyses de ce terrain au niveau des services d'urgences ou du système hospitalier en général, nous avons tout de même fait l'hypothèse que celles-ci pourraient ouvrir des débats généraux en s'articulant avec les résultats d'autres recherches.

Ces entretiens semi-directifs ont été conduits avec les membres du personnel intéressés par notre démarche ; ils ont accepté de s'exprimer sur les deux thèmes suivants : d'abord un retour sur leur vie personnelle, leur formation et leur parcours professionnel et ensuite, la perception de leur activité (leurs attitudes, leurs sentiments, etc.). Précisons, même si cela fait évidence, que nous avons procédé à l'anonymisation systématique des interviewés. Les entretiens ont été sollicités vers la fin de la phase d'observation, après avoir déjà fait la connaissance d'une grande partie du personnel. Il n'a pas toujours été évident de motiver ou de convaincre nos interlocuteurs d'accepter un entretien ; il a très souvent fallu insister. Non seulement la plupart des personnes ne savaient pas ce qui les attendait s'ils acceptaient, mais aussi la charge de travail intense rendait difficile de trouver un moment pour un tel échange. Gagner la confiance des personnels a pris du temps d'autant que nombre d'entre eux étaient soucieux de savoir si les réponses allaient être mises à disposition de leurs supérieurs hiérarchiques.

Après la première phase d'observation en Iran, soixante-dix questions ont été préparées pour constituer une grille d'entretien. Elles se sont déclinées autour des thèmes suivants :

- Le parcours de vie et le parcours professionnel
- L'apprentissage du travail et l'intégration dans le service
- Les sentiments, les jugements, les attitudes et les valeurs vis-à-vis du travail quotidien
- Les rapports avec les autres collègues et avec les patients
- L'image du métier au sein de la société en dehors du service
- Les rapports avec les collègues d'autres catégories professionnelles et l'observation des éventuels conflits
- La répartition des tâches

⁵¹ Anne-Marie Arborio, « Histoires de vie, archives et observation du travail au service d'une étude sur les carrières professionnelles », *Les mondes pluriels de Howard S. Becker. ...*, 31 mai 2013, 129-45.

- La récompense et la punition dans le service
- Le rapport avec les outils informatiques
- Les processus de routine du service

Réaliser les entretiens sur le lieu de travail nécessitait de trouver un lieu calme avec le moins de passages possibles pour limiter les interruptions. Ils se déroulèrent souvent au moment de la pause de l'interviewé, parfois après minuit. Les acteurs qui acceptaient étaient en général désireux de contribuer à la recherche. De temps en temps, un sujet inattendu surgissait et venait enrichir le questionnaire et supposait donc une adaptation de la grille d'entretien. Selon que les personnes rencontrées étaient intéressées par la recherche ou au contraire s'étaient senties obligées de nous rencontrer, les entretiens pouvaient varier considérablement de durée. Certains n'excédaient pas le quart d'heure quand d'autres entraînaient des discussions qui ont parfois atteint trois heures. En moyenne, les échanges ont été d'une durée d'une heure. Avec l'accord des interviewés, ils ont tous été enregistrés et retranscrits⁵².

Comme indiqué précédemment, les premières questions portaient sur leurs trajectoires sociale et professionnelle. Il s'agissait de restituer leurs histoires de vie et de rendre compte de la manière dont les individus avaient croisé l'institution hospitalière. Cela se poursuivait avec une description du travail quotidien et des relations entretenues avec les collègues. Le cas échéant, les tensions abordées pouvaient être approfondies ; elles ont souvent été une clef d'entrée pour approcher la nature des rapports sociaux à l'œuvre dans les services.

Même si cela n'est pas très original, il convient de rappeler combien les situations d'entretien sont toujours asymétriques. Il n'y a pas d'équilibre parfait entre l'interviewé et l'intervieweur. Cette dissymétrie provoque toutes sortes

⁵² À l'exception de l'entretien réalisé avec l'adjoint-chef du service iranien qui a refusé l'enregistrement pour pouvoir être plus « libre » dans l'expression de ses propos.

d'interférences⁵³, entraînant des phénomènes de censure⁵⁴, de réorientation du propos⁵⁵, des réponses systématiquement plus brèves... Du côté du personnel des services d'hygiène, la méfiance fut fréquemment présente. A l'inverse, plus le niveau de diplôme du personnel était élevé, plus leurs propos étaient exhaustifs et riches en analyses. Dans toutes les situations, nous avons tenté de ne pas modifier notre apparence et de garder la même blouse blanche, se différenciant clairement des autres uniformes de service.

Dans les trois unités étudiées, notre présence pendant la nuit a fréquemment suscité des réactions positives du personnel ; ces apparitions nocturnes semblent avoir facilité le contact. Partager une garde de nuit, un repas dans la salle du personnel signalait notre engagement et favorisait notre « intégration ». Cela a permis d'ouvrir d'autres lieux d'observations, d'obtenir de nouveaux entretiens et offert d'autres occasions de recueillir des témoignages en dehors du cadre plus formel d'un échange sur rendez-vous. Dans ces instants, les considérations, les jugements des acteurs s'exprimaient très spontanément ; ils donnaient lieu à des conversations différentes des entretiens, riches en informations.

Notre présence sur le terrain a duré environ 6 mois, répartis entre les trois services étudiés, avec à chaque fois la possibilité d'observer les vingt-quatre heures d'urgence réparties à parts égales entre le matin, l'après-midi et la nuit. Les patients n'ont pas été interviewés, ce qui aurait nécessité des démarches beaucoup plus compliquées pour obtenir une autorisation officielle. Néanmoins, leurs éventuelles remarques ou les idées et les sentiments qu'ils ont pu exprimer au cours des observations ont été retranscrites.

⁵³ Pierre Fournier, « Le sexe et l'âge de l'ethnographe : éclairants pour l'enquête, contraignants pour l'enquêteur », *ethnographiques.org*, n° Numéro 11-octobre 2006 (2006) : 4, <http://www.ethnographiques.org/2006/Fournier>.

⁵⁴ Gérard Mauger, « Enquêter en milieu populaire », *Genèses. Sciences sociales et histoire* 6, n° 1 (1991) : 125-43, <https://doi.org/10.3406/genes.1991.1096>.

⁵⁵ Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot, *Voyage en grande bourgeoisie : Journal d'enquête* (Paris : Presses Universitaires de France - PUF, 1997); Hélène Chamboredon et al., « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses. Sciences sociales et histoire* 16, n° 1 (1994) : 114-32, <https://doi.org/10.3406/genes.1994.1251>.

7. La présentation des chapitres

Cette thèse se présente en deux parties de tailles inégales. Dans la première partie, constituée de deux chapitres, nous contextualisons les données recueillies sur l'histoire et l'évolution du système de santé, son organisation et son institution, avant d'esquisser une monographie de chaque service étudié, avec une partie plus conséquente consacrée au service iranien, peut-être moins familier pour les lecteurs francophones.

Dans le Chapitre I de cette thèse, nous allons donner un bref aperçu de l'histoire de l'émergence et de l'évolution du système hospitalier public moderne dans les deux pays à la fois héritiers des valeurs et de la symbolique de la charité religieuse, et confrontés aujourd'hui aux enjeux de santé publique. Cela donnera une esquisse de l'organisation formelle des services d'urgences hospitaliers étudiés, installés dans des centres hospitaliers universitaires (CHU), sous la tutelle de leurs ministères de la Santé respectifs. Il sera alors possible de définir les périmètres formels des services étudiés et les interactions qu'ils ont avec leur environnement, les organisations qui les entourent. En tant que systèmes économiques financés par l'État, ils doivent gérer leurs relations avec les fournisseurs, mesurer leur consommation de matériel avec des marges de manœuvre qui peuvent être très resserrées. Ceci explique parfois des décisions et des stratégies à long ou court terme prises par la direction des services.

Dans le Chapitre II, nous allons donner une description ethnographique de chaque service étudié. Trois monographies seront proposées ; elles reconstituent les observations, les échanges entre individus et doivent permettre aux lecteurs de plonger dans l'univers de chaque service, avant de commencer les analyses. Au travers de ces monographies on touche aux univers différents que peuvent constituer les espaces français ou iraniens.

La deuxième partie de la thèse, constituée des chapitres III, IV et V, sera consacrée à l'analyse stratégique des rapports sociaux existant dans ces services lesquels sont dans des contextes institutionnels très marqués. Nous verrons que la pluralité des dimensions institutionnelles impacte fortement les possibilités de déploiement

stratégique des acteurs mais que, néanmoins, les stratégies locales façonnent fortement chacun des systèmes d'action⁵⁶ étudié.

Dans cette thèse, les situations relatées exactement comme elles ont été notées dans le journal de terrain, sont présentées en italique et les narrations sont présentées entre guillemets, que ce soit nous ou nos interlocuteurs qui s'expriment. Certains passages sont rédigés à la première personne du singulier pour conserver une trace de l'expérience subjective de l'observateur. A d'autres moments, comme ici, le chercheur est mis en scène à la troisième personne du singulier. Le « nous » académique est également employé. Cette alternance permet, croyons-nous, de mieux distinguer, dans les conversations restituées, les postures que nous avons adoptées.

⁵⁶ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

Partie I. Contextualisation

Chapitre I. Eléments d'histoire des services d'urgences hospitaliers en Iran et en France : un croisement et deux trajectoires

Dans ce chapitre, nous dessinerons le schéma de la structure organisationnelle formelle (telle qu'elle est donc prescrite) du fonctionnement hospitalier – ce qui nous permettra d'observer, plus loin, les décalages entre le prescrit et le réel, entre le formel et l'informel-, mais avant cela, nous allons aborder l'histoire de l'évolution de la médecine et du système de santé publique, en Iran et en France. Comme il nous faut remonter au Ve siècle avant Jésus-Christ pour approcher l'histoire de l'institution hospitalière dans les deux pays qui nous intéressent et qu'à soit seul ce sujet pourrait constituer l'objet d'une thèse d'histoire, nous allons nous en tenir à un survol tout en nous arrêtant sur quelques épisodes qui nous semblent avoir été essentiels. Cela devrait nous permettre de mieux comprendre l'état actuel de la situation dans les services d'urgences hospitaliers. Si l'histoire de la santé, des soins et des hôpitaux en Iran et en France, donne nécessairement à voir des parcours forts singuliers, nous soulignerons combien les évolutions qui marquèrent le fonctionnement et la logique de l'hôpital français au cours du XIX^e siècle ont pu influencer le système iranien. Sous l'impulsion du monarque qui règne alors sur l'ancien empire Perse (à peu près les frontières actuelles de l'Iran) et avec l'appui de médecins francophones qui participent de la mise en place de la médecine occidentale moderne (campagne de vaccinations dans les régions et dans les campagnes), la médecine iranienne se dessine en fin de XIX^e siècle.

Depuis cette époque, l'hôpital public iranien, fondé sur le modèle de l'hôpital moderne français, est resté, jusqu'à nos jours, entièrement sous le contrôle de l'État, à l'instar des hôpitaux français qui au même moment sont pris dans « une dynamique d'étatisation et de centralisation de la gestion de l'hôpital »⁵⁷. Bien plus

⁵⁷ Bertrand Mas et al., *L'hôpital en réanimation : Le sacrifice organisé d'un service public emblématique* (Bellecombe-en-Bauges : Editions du Croquant, 2011), 89.

tard, on observera que l'adoption des programmes de tarification à l'activité⁵⁸ eut lieu dans les deux pays avec seulement quelques années de décalage, tout comme la mise en œuvre en 2006⁵⁹ du « *New Public Management* » (la LOLF de 2001, en fixant un nouveau cadre budgétaire, posait les bases de cette politique) qui fut initié en Iran après l'adoption de la loi 2000⁶⁰ sur l'activité des organisations publiques iraniennes.

Bien qu'évoluant dans un contexte social et historique différent, l'hôpital iranien charrie des conceptions, des visions symboliques ayant une résonance avec le système français. Pour ce qui est des urgences hospitalières, elles apparaissent en Iran dans les années 80 avec des identités de services spécifiques, soit une bonne dizaine d'années après leur émergence en France. Dans les développements qui suivent, nous nous attarderons plus facilement sur le système de soins iranien que sur le cas français faisant l'hypothèse, comme nous l'avons déjà indiqué, que les lecteurs de ce document sont moins familiers des spécificités iraniennes.

1. Entre les enjeux de santé publique et la charité religieuse : une esquisse historique de l'évolution du système de soins en Iran et en France

1-1. L'importation de l'hôpital moderne en Iran : les enjeux historiques

Les établissements de soins, gérés et financés par le gouvernement au Ve siècle selon le modèle de l'Académie de Gondi-Shapur (connue comme étant le plus ancien hôpital d'enseignement), déclinent avant le Xe siècle et laissent la place à des cabinets de médecine exerçant selon des méthodes traditionnelles. A ce stade, il n'y a plus de contrôle institutionnel ni gouvernemental. C'est au XIXe siècle que la médecine moderne est introduite au Moyen-Orient, comme dans la plupart des colonies occidentales, faisant alors l'objet d'un intérêt politique pour les monarchies

⁵⁸ Frédéric Pierru, « Un instrument de gestion controversé : la tarification à l'activité à l'hôpital (dossier : la réforme de l'hôpital) », *Regards sur l'actualité* 352 (1 juin 2009) : 32-46.

⁵⁹ Philippe Bezes, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *Informations sociales* 126, n° 6 (2005) : 26-37, <https://doi.org/10.3917/inso.126.0026>.

⁶⁰ Majlis, « Centre de Recherche de Majlis », Le site officiel de l'Assemblée Consultative Islamique d'Iran (Majlis), consulté le 20 août 2012, <https://rc.majlis.ir/fa/law>.

au pouvoir. Cette médecine moderne est tout d'abord « importée » par les médecins des rois, des conseillers militaires étrangers ou des consulats de pays étrangers. Elle est ensuite imposée soit directement par ordre des monarques sous forme de campagnes de vaccination, soit indirectement par l'établissement d'hôpitaux modernes et la modernisation de l'ensemble de systèmes de soins publics.

▪ Les défis de la médecine traditionnelle en Iran

Depuis l'époque des Achéménides jusqu'à la période sassanide, la médecine grecque s'est développée de manière importante en Iran, grâce aux médecins grecs que les rois perses ont introduit dans leurs cours⁶¹. Dans la littérature en langue perse⁶², les notions d'hygiène, de santé et de médecine sont clairement définies selon la tradition philosophique et morale des Grecs, déjà enseignée depuis le Ve siècle avant notre ère. Pour les érudits Pahlavi, la santé est le résultat de la « bonne » mesure des éléments de l'humeur, tandis que la maladie est définie par leur excès ou leur carence.⁶³

L'Avesta (le livre saint des zoroastriens) représentait une source importante de conseils de santé, voire de médecine de l'époque. Dans l'Avesta, il existe trois manières de soigner : par le couteau, par les plantes, et par le mot sacré, la troisième étant reconnue comme la meilleure.⁶⁴

Plus tard, au fil des siècles et avec l'avènement de l'islam, la mise en place des nouveaux ordres influence les normes d'hygiène et de santé ainsi que les pratiques de médecine. Tout au long de cette histoire, la Perse a connu de grands médecins

⁶¹ En prenant des exemples comme Démocède sous Darius Premier (521-485 av. J.C.) ou Ctésias, médecin particulier d'Artaxerxès II (405-359 av. J.C.). Selon Ullmann, les rois Achéménides, appréciaient et préféraient les médecins grecs et égyptiens à leurs homologues iraniens qui pratiquaient plutôt une médecine magique et religieuse. (Ullmann, 1995 : 23-24).

⁶² La langue pahlavi ou moyen perse est une langue iranienne parlée à l'époque sassanide (224-650). Elle est descendante du vieux perse. Ainsi, la langue d'une partie importante de littérature zoroastrienne (la religion d'État de la Perse sassanide) est le pahlavi. La distinction la plus importante entre le persan moderne et le moyen persan est la différence d'alphabet, c'est-à-dire que le persan moderne utilise l'alphabet perso-arabe qui s'est mis progressivement en place après la victoire des armées arabo-musulmanes contre les sassanides au VIIe siècle.

⁶³ Philippe Gignoux, « Health in Persia i. Pre-Islamic Period », in *Encyclopædia Iranica*, 15 décembre 2003, <https://iranicaonline.org/articles/health-in-persia-i>.

⁶⁴ Ibid.

comme Rhazès (850-932) et Avicenne (980-1037). Cependant, à partir du X^e siècle, la médecine persane entame un déclin progressif, même si, selon C. Elgood, qui fut le médecin de l'ambassade britannique en Iran, le système de médecine traditionnelle⁶⁵ a atteint son apogée en Perse pendant la dynastie des Safavides (1501-1722). Bien que des progrès dans les connaissances anatomiques n'aient été ni atteints ni recherchés⁶⁶, il y eut, à ce moment-là, une période d'amélioration dans le diagnostic et le traitement de la coqueluche, du rhume des foins et de la syphilis nouvellement arrivée. Cette médecine traditionnelle – sous l'influence de la médecine grecque – était majoritairement fondée sur l'idée que le corps humain est composé de quatre humeurs : le sang, la bile noire, la bile jaune et le flegme⁶⁷. Ces humeurs correspondaient chacune à un tempérament dont le déséquilibre serait la cause de la maladie. De ce fait, la méthode principale des médecins consistait à découvrir la cause de ce déséquilibre et ensuite à rétablir un état d'équilibre par le médicament ou le régime alimentaire.

Lorsque la médecine occidentale est introduite en Iran⁶⁸ à la fin du XIX^e siècle, cette médecine traditionnelle cède le pas. Les médecins européens commencent de plus en plus à travailler en qualité de médecins des rois, médecins de conseillers militaires étrangers ou médecins de consulats des pays étrangers — notamment la France, la Grande-Bretagne et la Russie⁶⁹. Dans le contexte des progrès scientifiques obtenus en Europe au XIX^e siècle, les méthodes exercées par les médecins européens ont connu un franc succès, surtout lorsqu'il s'agissait de guérir le monarque quand il souffrait d'une maladie ou pour lutter contre les maladies contagieuses comme la variole, le choléra et la peste qui menaçaient la population

⁶⁵ Connue sous cette appellation en Iran, traduit du persan « *teb-e sonnati* »

⁶⁶ Cyril Elgood, *Safavid Surgery* (Symposium Publications Division, Pergamon Press, 1966); Cyril Elgood, *Safavid Medical Practice* (London : Luzac, 1971).

⁶⁷ Ali-Akbar Nafisi Nazem-al-Ateba, *Le livre de la médecine (Livre en persan : Pezeckī Nâmêh)* (Téhéran: Chap Sangui, 1938).

⁶⁸ Hormoz Ebrahimnejad, « Introduction de la médecine européenne en Iran au XIX^e siècle », *Sciences Sociales et Santé*, 1998, 69-96.

⁶⁹ Iran Zoghi, *L'Histoire des relations politiques de l'Iran et des grandes puissances* (Téhéran: Pajang, 1989); Hormoz Ebrahimnejad, *Medicine, Public Health And The Qajar State: Patterns Of Medical Modernization In Nineteenth-century Iran* (Leiden ; Boston : Brill, 2004).

en général, et plus particulièrement les militaires, desquels le roi était apparemment plus soucieux⁷⁰. L'Iran, comme beaucoup d'autres pays de la région, se présentait également comme un terrain d'observation et d'études précieux pour les médecins européens afin d'examiner la « constitution » médicale du pays⁷¹. Ces intérêts mutuels ont amené le monarque à autoriser la construction du premier hôpital moderne à Téhéran, qui était à l'époque la capitale de la dynastie Qajar (1794-1925) et qui est restée la capitale jusqu'à nos jours.

- **L'organisation de la santé et du soin en Iran : du système de soins public aux cabinets de médecins/guérisseurs privés**

Avant le Ve siècle, il existait des établissements similaires aux centres hospitaliers universitaires financés par le gouvernement⁷². Ces établissements étaient conçus sous forme d'académie pour soigner les malades avec les méthodes de la médecine grecque. Après le déclin des hôpitaux publics entre le Xe et le XIXe siècle et en l'absence de lieux d'accueil similaires à l'Hôtel-Dieu français, certains médecins soignaient les patients gratuitement par charité, ce qui restait un choix personnel qui n'était pas soutenu par le gouvernement ni par aucune autre forme d'établissements de charité.

L'histoire de l'Université des Sciences médicales en Iran remonte à l'Académie de Gondi-Shapur, connue comme le plus ancien hôpital d'enseignement, construite avant le Ve siècle au sud-ouest de l'Iran qui proposait l'enseignement de la médecine, de la philosophie, de la théologie et des sciences. Selon les sources historiques, les étudiants de cette académie travaillaient sous la supervision des médecins de la faculté, au lieu de suivre la méthode ordinaire consistant à suivre des cours chez un seul praticien⁷³. Les médecins de cet hôpital d'enseignement

⁷⁰ Mohsen Roustāi, *Histoire de la Médecine en Iran de la dynastie Qajar à la fin de dynastie Pahlavi (Livre en persan : Târikh-e Pêzechkî dâr Iran az Qâjâr tâ Pâhlâvi)*, vol. I (Téhéran: Archive de la Bibliothèque Nationale de la République Islamique d'Iran, 2003).

⁷¹ Ebrahimnejad, « Introduction de la médecine européenne en Iran au XIXe siècle », 74.

⁷² Hamid Kaviyanipuya, « Iranian first hospitals before Islam (Article en persan : Nokhostine bimârestan hâ vâ marâkez-e darmânî dar Iran pich az eslâm) », *Medical-Ethics-and-History-of-Medicine-Research-Center* 3, n° 3 (1 mai 2010) : 13-23.

⁷³ Cyril Elgood, *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate: From the Earliest Times Until the Year A.D. 1932* (Cambridge University Press, 1951).

n'étaient pas seulement des Perses ; parmi eux se trouvaient également des médecins indiens et grecs, recrutés par le roi pour enseigner aux étudiants de médecine et soigner les malades. Dans les sources historiques, nous trouvons des éléments importants sur les installations, les équipements et surtout l'organisation de ce centre médical, bien développé pour son époque⁷⁴ : « L'hôpital était divisé en deux sections distinctes pour les hommes et les femmes, et chaque section était équipée de tous les outils médicaux, ainsi que des serviteurs et des agents de nettoyage masculins et féminins, etc. Dans chacune de ces deux sections, il y avait plusieurs salles pour diverses maladies : une salle de chirurgie, une salle pour les maladies internes et certaines autres salles. Chaque salle était encore divisée en différentes parties selon le type de maladie, et chaque partie avait son propre chef et son personnel »⁷⁵.

L'illustration ci-dessous (Figure 1) présentée dans l'ouvrage intitulé *Maqāmāt d'al-Harīrī* (1054-1122) montre une visite clinique auprès d'un patient, par des médecins discutant sous la forme d'une commission médicale⁷⁶ dirigée par le médecin senior appelé *Hakim* qui signifie « le savant », représenté au bout du lit avec une barbe blanche, signe de sagesse et de séniorité⁷⁷.

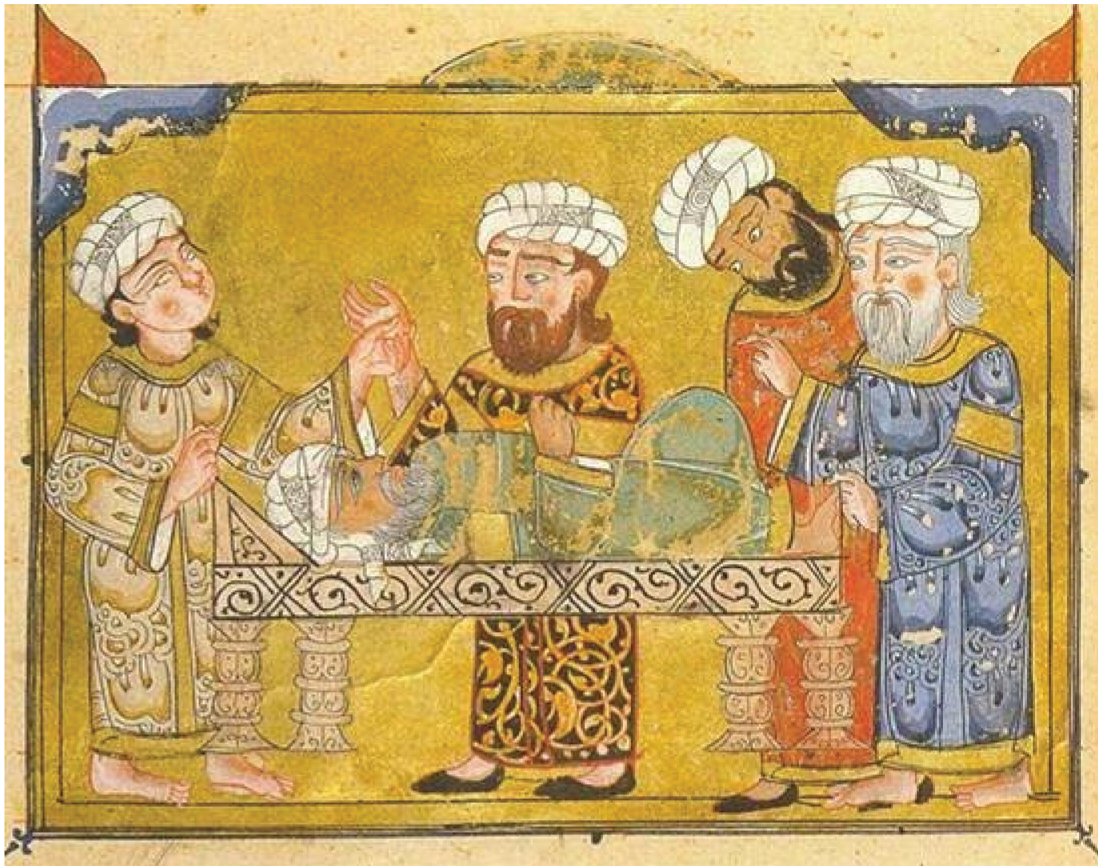
⁷⁴ Hamid Kaviyanipuya, « Iranian first hospitals before Islam (Article en persan : Nokhostine bimârestan hâ vâ marâkez-e darmânî dar Iran pich az eslâm) ».

⁷⁵ Aḥmad ibn al-Qāsim Muwaffaq al-Dīn Abu al-'Abbās Ibn Abī Uṣaybi'aṭ, *Sources d'informations sur les classes des médecins (Livre traduit en persan par Jafar Ghazban et Mahmood Najm Abadi : Uyūn al-anbā' fī ṭabaqāt al-aṭibbā)*, vol. II (Téhéran : Université de Téhéran, 1970); Nina Pigulewska, *Villes iraniennes pendant les Parthes et les Sassanides (Traduit en persan par Enayatollah Reza : Châhr hâye-h Iran dâr rouzegareh Partiane vâ Sâsâniâne)* (Téhéran : Entesharât Elmi Farhangui, 1989), 261.

⁷⁶ Hamid Kaviyanipuya, « Iranian first hospitals before Islam (Article en persan : Nokhostine bimârestan hâ vâ marâkez-e darmânî dar Iran pich az eslâm) ».

⁷⁷ « Dictionary », in *Dehkhoda Lexicon Institute and International Center for Persian Studies*, consulté le 16 octobre 2021, <https://dehkhoda.ut.ac.ir/en/dictionary>.

Figure 1: Illustration d'une commission médicale⁷⁸. Photo par Bridgeman/ACI⁷⁹



Malgré l'importance de Gondi-Shapur dans l'Histoire, il n'était pas le seul hôpital perse de l'époque préislamique. Le terme *bimârestân*, équivalent du terme français « hôpital », est un mot qui existait depuis longtemps dans la littérature et le langage commun en pahlavi et en persan, pour désigner le lieu où l'on garde les personnes malades (*bimâr*). L'histoire de l'existence de *bimârestan* dans les grandes villes de la civilisation perse remonte sans doute à l'époque pré-sassanide (224-651). On trouve ces hôpitaux et centres de soins à Rey, Ecbatane, Shush et Persépolis⁸⁰.

⁷⁸ La miniature d'une copie persane du XIV^e siècle du Maqamat, conservée dans la collection de la Bibliothèque nationale d'Autriche à Vienne

⁷⁹ « How Early Islamic Science Advanced Medicine », History, 15 novembre 2016, <https://www.nationalgeographic.com/history/history-magazine/article/muslim-medicine-scientific-discovery-islam>.

⁸⁰ Mahmood Najm-abadi, *Histoire de la médecine en Iran (Livre en persan : Târikh-e Pêzêchkî dâr Iran)*, vol. I et II (Téhéran : Honarbakhsh, 1962), 310-97. Cité par Hamid Kaviyanipuya, « Iranian first hospitals before Islam (Article en persan : Nokhostine bimârestan hâ vâ marâkez-e darmâni dar Iran pich az eslâm) ».

Même si l'étude de l'histoire de Gondi-Shapur et d'autres hôpitaux conduit certains experts à prétendre que « dans une très large mesure, le mérite d'avoir inventé le système hospitalier revient à la Perse »⁸¹, cette période de gloire ne dure pas très longtemps. En effet, au milieu du VIIe siècle, la dynastie sassanide est chassée du pouvoir par les armées arabes musulmanes. Pourtant, l'académie de Gondi-Shapur arrive à survivre aux changements de dirigeants et continue à fonctionner jusqu'au IXe siècle, en tant qu'institut musulman d'enseignement supérieur dans différents domaines et demeure le centre médical le plus important de l'Ancien Monde⁸². Au fil des siècles, les hôpitaux et les centres d'enseignement de la médecine persane perdent progressivement leur poids dans la région et laissent la place aux hôpitaux de Bagdad, de Damas et du Caire.

Jusqu'au XIXe siècle et avant la construction de l'hôpital moderne en Iran, le cabinet du médecin était sa maison, dans laquelle lui et ses stagiaires examinaient les patients et leur donnaient des prescriptions. Selon cette tradition d'apprentissage de la médecine, après quelques années de stage, de cours de philosophie et de théologie, le médecin donnait sa permission — parfois écrite — pour que son stagiaire commence son travail autonome en tant que médecin⁸³.

À cette époque et avant l'introduction progressive de la médecine moderne au XIXe siècle, le médecin ne demandait, le plus souvent, ses honoraires qu'après la guérison du patient et seulement en fonction de la capacité de paiement de celui-ci. Certains médecins soignaient même gratuitement par charité. Selon M. Roustaiï, à cette époque, les médecins croyaient que la guérison était réservée à Dieu. Si Dieu la souhaitait, il la transmettait au malade par l'intermédiaire des mains du médecin ; sinon, le médecin ne pouvait rien faire.

Dans les jugements du sens commun en Iran, la qualité de savant a toujours été attribuée aux médecins que l'on nommait, comme nous l'avons indiqué, *Hakim*

⁸¹ Elgood, *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate*.

⁸² Al-Jahiz, *Le livre des avares* (Paris : Maisonneuve & Larose, 1997).

⁸³ Roustaiï, *Histoire de la Médecine en Iran de la dynastie Qajar à la fin de dynastie Pahlavi (Livre en persan : Târikh-e Pêzechkî dâr Iran az Qâjâr tâ Pâhlâvi)*.

(savant). Leur célébrité influençait leurs revenus et pouvait éventuellement les propulser jusqu'au statut de médecin du roi. Pareil privilège permettait d'accéder au pouvoir et à la richesse selon, évidemment, la volonté du monarque et de son entourage. Ces médecins célèbres et proches de la cour royale pouvaient exercer une influence sur les méthodes pratiquées par les autres médecins⁸⁴.

C'est dans ce contexte que le premier hôpital moderne est construit en Iran en 1872, sur ordonnance du monarque. Dans cet hôpital, peuplé majoritairement de médecins européens et largement francophones, d'iraniens ayant fait leurs études de médecine principalement en Europe et tout particulièrement en France, le modèle français s'est répandu en même temps que s'installaient les méthodes scientifiques modernes.

- La construction de l'hôpital sur un modèle européen en Iran : une histoire marquée par des individus influents dans un contexte historique et géopolitique régional

Comme nous l'avons souligné précédemment, le XIXe siècle est marqué par l'arrivée de la médecine occidentale en Iran. À cette époque, les médecins britanniques et français sont de plus en plus souvent invités à la cour, par les autorités de la dynastie Qâdjâr, pour soigner les monarques et les princes persans, aux côtés des médecins locaux, avec un statut de médecin du roi ou sous la forme de missions militaires et diplomatiques. Alors qu'à cette époque les Britanniques dominaient sur le plan politique en Iran, ce sont les médecins français qui jouaient un rôle majeur dans la modernisation de la médecine et du système de soins public⁸⁵. Selon Ebrahimnejad, l'influence politique et militaire de la France « au Levant », avec « ses conséquences indirectes sur le partage du monde à l'époque de Napoléon », rejoignait l'enjeu prioritaire des puissances occidentales cherchant à combattre l'épidémie de choléra qui menaçait la santé internationale. Selon Elgood⁸⁶, le médecin de l'ambassade britannique en Iran, la France bénéficiait d'une autorité

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Ebrahimnejad, *Medicine, Public Health And The Qajar State*.

⁸⁶ Elgood, *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate*, 616.

scientifique incontestée en Europe et dans le monde (par exemple, c'est aussi un médecin français qui soignait l'empereur de Russie⁸⁷) surtout après avoir réussi à endiguer l'épidémie de choléra qui sévissait en Europe en ce milieu du XIX^e siècle. Elle avait ainsi gagné une place dominante aux côtés d'autres puissances occidentales comme l'Angleterre, l'Autriche ou l'Allemagne⁸⁸. C'est ce combat réussi contre les épidémies qui va assoir la position de la France au plan scientifique et culturel et cela ne restera « pas sans effets politiques et ne (tardera pas non plus) à renforcer le poids stratégique latent de la France dans la région pendant les premières décennies du XX^e siècle », pendant que « les Britanniques et les Russes étaient plutôt préoccupés de leur expansion territoriale et commerciale »⁸⁹. Ainsi, les médecins français comme Cloquet et Tholozan ont commencé leur mission en tant que médecins en Iran, alors que leurs confrères anglais avaient commencé leur travail comme attachés de la mission diplomatique⁹⁰.

Parallèlement, l'État iranien commence à envoyer de jeunes élites du pays en Angleterre et en France pour étudier la médecine moderne. La première vague des étudiants iraniens, 12 étudiants en 1855 et 42 étudiants en 1859, est envoyée en France sur l'ordre du roi pour apprendre la médecine, le droit et la science politique⁹¹. Même si certaines familles de ces étudiants se sont opposées à ces mesures parce qu'elles craignaient que leurs enfants ne soient aliénés par la culture occidentale⁹², cette orientation politique fut maintenue. Ainsi, il y eut entre 1875 et 1908 un nombre élevé de thèses de médecine soutenues en France par des Iraniens. Cela traduisait que le programme d'enseignement médical poursuivi en France était plus renommé et plus reconnu pour sa qualité que les programmes proposés dans

⁸⁷ Henri Scoutetten, *Histoire chronologique, topographique et étymologique du choléra, depuis la haute antiquité jusqu'à son invasion en France en 1832* (Paris : V. Masson et fils, 1869).

⁸⁸ René Valléry-Radot, *La vie de Pasteur* (Flammarion, 1946).

⁸⁹ Ebrahimnejad, « Introduction de la médecine européenne en Iran au XIX^e siècle », 78.

⁹⁰ Ibid., 82.

⁹¹ Roustaï, *Histoire de la Médecine en Iran de la dynastie Qajar à la fin de dynastie Pahlavi (Livre en persan : Târikh-e Pêzechkî dâr Iran az Qâjâr tâ Pâhlâvi)*.

⁹² Hossein-bin-Abdollah Sarabi, *Les récits de voyage de Farokh Khan Amin-ol-Doleh (Livre en persan : Safar nâméh-y-e Farokh Khan Amin od-dowleh)*, II (Téhéran: Asatir, 1994).

d'autres pays occidentaux⁹³. Sur les conseils du Dr Tholozan, quelques boursiers furent envoyés en France, tel Dr Khalil-Khan Saqafi qui deviendra le médecin de Mozafar-al-Din Chah⁹⁴ ou encore, en 1894, deux jeunes élèves, désignés par le monarque, furent adressés à l'école de santé militaire de Lyon (Archives du ministère des Affaires étrangères, vol. 45, n° 42)⁹⁵ pour y suivre leur formation.

C'est dans ce contexte qu'est fondé le premier hôpital « moderne » de Téhéran en 1872. Les médecins européens et les médecins iraniens – majoritairement diplômés des universités européennes et françaises – vont y déployer des méthodes scientifiques modernes et reproduire le modèle français. A la différence d'autres pays comme l'Inde et l'Empire ottoman⁹⁶, les autorités gouvernementales s'engagent dans la gouvernance de l'hôpital en confiant la gestion de cet établissement à un médecin iranien, éduqué en France, afin que celui-ci puisse être à la fois soucieux de l'indépendance politique et de l'intégrité territoriale de l'Iran et rompu aux thérapeutiques européennes.

D'après l'historien de la médecine H. Ebrahimnejad, si l'on observe les transformations progressives du système médical en Iran, on peut dire qu'à partir de la création de l'Institut Pasteur à Téhéran en 1921, se développent conjointement la médecine moderne, la modernisation administrative, pédagogique et technologique du pays⁹⁷.

Par-delà l'influence de quelques personnalités médicales dans le champ de la santé, c'est toute la structure étatique iranienne qui se transforme à la charnière des XIX^e et XX^e Siècle. Durant cette période, sous l'impulsion de l'État monarchique, plusieurs institutions se créent ou se modernisent, et ce, dans la plupart des secteurs (bureaucratiques, militaires, scolaire, sanitaires, etc.). C'est ce mouvement global

⁹³ Ebrahimnejad, « Introduction de la médecine européenne en Iran au XIXe siècle », 83.

⁹⁴ Marcel Monnerot-Dumaine, *L'ortographe du XXIe siècle - Réforme simple de l'ortographe française inspirée des travaux des meilleurs auteurs avec vocabulaire ortographique réformé* (Éditions du Scorpion, 1963).

⁹⁵ Ebrahimnejad, « Introduction de la médecine européenne en Iran au XIXe siècle », 83.

⁹⁶ Ebrahimnejad, *Medicine, Public Health And The Qajar State*.

⁹⁷ Ebrahimnejad, « Introduction de la médecine européenne en Iran au XIXe siècle », 77.

qui doit être observé pour comprendre le glissement de la médecine traditionnelle iranienne vers la médecine moderne occidentale. Depuis une perspective internationale, on peut constater, comme nous y invite Ebrahimnejad dans ses recherches, que cette introduction et ce développement de la médecine européenne s'effectuent « dans le contexte des jeux d'influence de la politique internationale et du besoin, ressenti par l'élite persane, de s'ouvrir aux nouvelles techniques »⁹⁸.

- **Le contexte des modernisations menées par Amirkabir et ses effets sur la modernisation des hôpitaux en Iran**

Le succès des méthodes scientifiques modernes n'étant pas limité à la médecine, leur développement s'est accéléré suite à quelques événements considérables qui ont eu lieu à l'époque de Nasseredin Chah. Quatrième monarque de la dynastie Qajar, il accéda au pouvoir après la mort de son père en 1848 à l'aide de Mirzâ Taqi-Khan-e Atabak — nommé Amir Kabir⁹⁹, chef de l'armée à l'époque — que le Chah nomma chancelier¹⁰⁰. À l'initiative d'Amir Kabir, l'école polytechnique de Dâr-ol-Fonoun¹⁰¹ est établie à Téhéran à la fin de l'année 1857. Cette école s'était inspirée du modèle européen afin d'enseigner la médecine, l'Ingénierie, les sciences militaires, la géologie, ainsi que l'art et la littérature (persane, française et arabe).

Parmi les premiers diplômés de Dâr-ol-Fonoun, se trouvent en majorité des étudiants issus de familles riches, puissantes et proches de la famille royale. Joseph Désiré Tholozan (1820-1897), médecin de l'armée française et professeur agrégé du Val-de-Grâce, qui arrive en Iran en 1858 pour se mettre au service de Nasseredin Chah, et qui passe sa longue carrière (jusqu'à sa mort) dans ce pays, joue un rôle

⁹⁸ Ibid., 91.

⁹⁹ Amir Kabir, s'est engagé dans plusieurs réformes avec l'idée de diminuer l'influence des puissances étrangères ainsi que les interférences et les salaires de la famille royale en distinguant la propriété publique et privée (Fereydon Adamiyat, *Livre en Persan : Amir Kabir et l'Iran (Amīr Kabīr va Irān)* (Téhéran : Kharazmi, 1955).). Par conséquent, ces dernières ont convaincu le monarque de démettre Amir Kabir de ses fonctions et la mère du roi a fini par réussir à obtenir l'ordre de l'exécution d'Amir Kabir, à un moment où le roi était ivre.

¹⁰⁰ Abbas Eqbal Ashtiani, *Mirza Taqi Khan Amir Kabir (Livre en Persan : Mīrzā Taqī Kān Amīr-e Kabīr)*, Afšār (Tehran, 1961).

¹⁰¹ Maison-des-Techniques

majeur en particulier dans l'enseignement de la médecine à Dâr-ol-Fonoun ainsi que dans la mise en place de certaines applications fondamentales de l'hygiène publique.

En 1871, Nasserredin Chah fut le premier monarque perse à avoir visité l'Europe. Revenu après six mois de voyage et impressionné par cette visite, il donna l'ordre de créer quelques établissements inspirés du modèle européen. L'un d'entre eux était l'Hôpital de l'État¹⁰² (l'actuel CHU Sina). Construit en 1872, cet hôpital était dirigé par le ministre des Sciences et accueillait les internats de l'école Dâr-ol-Fonoun. En 1883, il y avait dans cet hôpital six médecins, dont un médecin de garde, un pharmacien, ainsi que vingt-cinq membres du personnel administratif et d'entretien. À la présidence se succédaient l'un des médecins iraniens ou européens les plus célèbres. L'organigramme de cet hôpital comprenait les postes suivants : Administrateur de la santé (le ministre des Sciences), Médecin-Chef (le médecin de roi) et trois niveaux hiérarchiques pour chacune des spécialités suivantes : médecin, chirurgien, pharmacien, secrétaire administratif et infirmier¹⁰³.

Sur l'ordre du ministre des Sciences, qui était responsable de la santé du peuple (appelé à l'époque « les paysans du roi »), le Conseil d'Hygiène fut constitué en 1881 à l'école Dâr-ol-Fonoun sous la présidence du docteur Tholozan, devenu médecin spécial de Nasserredin Chah. Ce conseil était composé de médecins célèbres qui se retrouvaient à l'occasion de réunions hebdomadaires pour s'informer de l'état de santé, de la qualité de la nourriture, du niveau de la natalité-mortalité et des maladies contagieuses des habitants ainsi que de l'état d'hygiène de la ville. Ils répondaient ensuite par l'intermédiaire de différentes mesures comme l'intervention directe des médecins en province, l'interdiction des pèlerinages et des voyages dans le pays voisin, la création des mises en quarantaines aux frontières du pays ou encore la vaccination massive¹⁰⁴. Comme l'écrit Ebrahimnejad, au cours de sa carrière en Iran, Tholozan avait préconisé des mesures fondamentales de

¹⁰² Ebrahimnejad, *Medicine, Public Health And The Qajar State*.

¹⁰³ Seyed-Hossein Razavi, « Un article sur l'histoire de l'hôpital, à l'époque de Qajar », *La lettre des historiens chercheurs*, automn 2006, 68.

¹⁰⁴ Roustaiï, *Histoire de la Médecine en Iran de la dynastie Qajar à la fin de dynastie Pahlavi (Livre en persan : Târikh-e Pêzechki dâr Iran az Qâjâr tâ Pâhlâvi)*.

modernisation de la médecine et d'application des principes fondamentaux de l'hygiène publique à la française. D'après cette démarche, la première étape – et la plus importante – portait sur une « réforme littéraire » en médecine. « Il voulait faire table rase du “système” avicennien, des théories galéniques »¹⁰⁵, car ce « système » exerçait, à cette époque-là, selon lui, « une influence fâcheuse sur la santé des populations ». Il fallait « les combattre par l'expérience et le raisonnement (...) et les remplacer par des notions plus justes »¹⁰⁶ qui étaient pour lui en rapport avec les nouvelles connaissances scientifiques (physiologie, début de la bactériologie).

Concernant l'état de l'hygiène publique, Tholozan estimait certaines institutions et coutumes favorables à la santé des villes, mais critiquait dans le même temps de nombreuses pratiques irrespectueuses des principes d'hygiène fondamentaux. D'après son témoignage, malgré une « bonne » hygiène privée observée chez les classes aisées (hygiène personnelle, régime alimentaire, etc.), lesquelles respectaient les conseils donnés par les médecins persans dans leurs ouvrages, la grande majorité de la population était loin d'être en mesure de les appliquer. En tant que conseiller du Chah, Tholozan s'efforça de proposer plusieurs réformes administratives pour établir une « culture de santé publique » et d'éducation médicale, ainsi que l'instauration d'institutions dans les domaines de l'hygiène publique, la science sanitaire, le recueil de données statistiques médicales, pour que l'État puisse mettre en œuvre l'entretien et la surveillance de l'hygiène publique¹⁰⁷. Malgré le fait que Tholozan soit qualifié de « père de la réforme de la santé publique en Iran » par Elgood (médecin de l'ambassade britannique¹⁰⁸), ses projets sont considérés comme étant « trop ambitieux pour un pays qui manquait totalement d'infrastructure en hygiène publique »¹⁰⁹ pour pouvoir réussir.

¹⁰⁵ Ebrahimnejad, « Introduction de la médecine européenne en Iran au XIXe siècle ».

¹⁰⁶ Tholozan, 1869 b : 13-38, cité par Ebrahimnejad, 84.

¹⁰⁷ Ebrahimnejad, « Introduction de la médecine européenne en Iran au XIXe siècle », 89.

¹⁰⁸ Elgood, *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate*, 511.

¹⁰⁹ Ebrahimnejad, « Introduction de la médecine européenne en Iran au XIXe siècle », 89.

▪ **La Révolution constitutionnelle : la modernisation de l'État**

Établies suite aux ordres personnels du monarque et de son entourage, toutes ces réformes ont été accélérées par la révolution constitutionnelle de 1905, la constitution du parlement et le remplacement des ordres royaux par la loi votée au parlement. Les mairies, qui furent établies en 1907 par voie législative, étaient chargées de l'hygiène et de la santé dans les villes. En 1911, la législation interdit la pratique de la médecine sans permission du ministère des Sciences. En 1927, le parlement vote la loi de concentration des organisations chargées de la santé au sein de la Direction générale de la Santé publique, qui fut ensuite (en 1941) reconnue comme Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale. La faculté de médecine de l'université de Téhéran fut inaugurée en 1935 par Reza Chah, le fondateur de la dynastie Pahlavi. D'après la loi, à partir de 1966, c'est l'Organisation des Affaires administratives et de l'Emploi qui contrôle l'organigramme des organisations publiques ainsi que tous les recrutements et la rémunération des personnels des organisations publiques. Puis en 1985, le parlement annonça la création du Ministère de la Santé, du Soins et de l'Éducation médicale (MSSEM), issu du rassemblement de l'ancien ministère de la Santé publique et des universités de médecine qui étaient auparavant sous la direction du ministère des Sciences¹¹⁰.

1-2. **L'organisation de la santé et du soins en France : de l'Hôtel-Dieu aux hôpitaux modernes**

Pour étudier l'histoire des dispositifs hospitaliers en France, nous devons remonter au premier millénaire de l'ère chrétienne et à la fondation d'hôtels-dieu dans certaines villes, et en particulier la construction de l'Hôtel-Dieu de Lyon en 549 et l'hôtel-Dieu de Paris en 651.

Administrés par l'Église catholique et ses évêques, les hôtels-dieu sont conçus comme des établissements charitables de secours et d'accueil (protection, hébergement, nourriture et soins) des infortunés et des indigents : pèlerins, orphelins, pauvres, vieillards, impotents, malades. Mais progressivement, avec la création de nouveaux établissements dans les villes, l'hôtel-Dieu devient la structure

¹¹⁰ Majlis, « Majlis ».

spécifique d'accueil des malades. Cependant, les soins prodigués par les religieux étaient davantage destinés à sauver les âmes que les corps. Tout malade accueilli, avant d'être installé dans son lit, doit d'abord suivre les rituels de la confession et de la communion ; son âme doit être lavée de ses péchés. Le bain (lavage des pieds, des mains et de la tête ainsi que la coupe des cheveux et des ongles) semble être une étape symbolique dictée par l'Évangile, plutôt que des principes d'hygiène. Les techniques médicales (sirop, saignées, etc.¹¹¹) sont reléguées à l'étape suivante.

- **De la charité aux soins médicaux**

D'un autre côté, le financement de ces lieux d'hébergement par les puissants et les riches se présente comme un moyen d'évangélisation et de manifestation de leur piété, de leur charité.

Si l'architecture médiévale des hôtels-Dieu, centrés autour d'une chapelle, se compose souvent d'une unique salle pour les malades avec des dépendances (cuisine, fournil, magasins, réserves, logements du personnel) et un jardin de plantes médicinales tout autour, une séparation plus rigoureuse des sexes est recommandée à partir du Moyen Âge. Ce n'est qu'à partir de la fin de XVIII^e siècle, plus précisément après l'incendie spectaculaire de l'Hôtel-Dieu à Paris en décembre 1772, que les projets de construction des hôpitaux s'éloignent de l'architecture religieuse en se recentrant sur les exigences de maintien des mesures d'hygiène et autres spécificités propres aux établissements de soins.

En ce qui concerne le personnel, contrairement aux *bimârestân* de la civilisation persane ou de l'âge d'or arabo-islamique médiéval (VIII^e au XIII^e siècle) qui se distinguaient par une organisation des soins avec la présence des médecins et d'un enseignement clinique (comme le montre l'exemple de Gondi-Shapur), dans le système hospitalier chrétien médiéval ce sont surtout les sœurs, le plus souvent suivant la règle de Saint-Augustin, qui s'engagent à accueillir et à prendre soin des malades au sein de l'hôtel-Dieu. Plus tard, à partir du XII^e siècle, voire du XIII^e siècle,

¹¹¹ Encyclopædia Universalis, « HÔTEL-DIEU », in *Encyclopædia Universalis*, consulté le 17 août 2021, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hotel-dieu/>.

les médecins et les barbiers-chirurgiens interviennent en tant que consultants extérieurs, payés à la visite, et c'est seulement à partir du XIV^e siècle que ces derniers deviennent attachés aux grands hôpitaux¹¹².

À partir du XVI^e siècle, avec la dégradation de la situation sociale (guerres, pression démographique, crises de précarité, etc.) les hôtels-Dieu se dégradent et la « logique compassionnelle »¹¹³ et religieuse sont davantage mises à mal. La pauvreté et le pauvre changent d'image et représentent alors plutôt une menace sociale au lieu d'être des représentants du Christ. Le pouvoir royal prend alors de plus en plus d'ascendant dans la direction des centres hospitaliers. Non seulement pour enfermer les malades infectieux dans les hôtels-Dieu créés dans chaque cité importante du pays pour éviter les contaminations, mais également pour demander la création d'hôpitaux généraux, y installant une structure policière d'enfermement et d'encadrement des pauvres, des vagabonds, des vieillards, des enfants abandonnés et des marginaux, dans le but de contrôler et de « résoudre » ces problèmes sociaux.

La dégradation des hôpitaux et de façon plus générale du système d'hygiène publique se poursuit tout au long du XVIII^e siècle, comme en atteste le rapport de Jacques Tenon à la veille de la Révolution française qui donne un tableau catastrophique de la situation de l'hôtel-Dieu de Paris à cette époque¹¹⁴.

▪ La nationalisation des hôpitaux

La Révolution consacre le principe de laïcité et de nationalisation des hôpitaux par le décret du 23 Messidor de l'an II (11 juillet 1794). Cependant, avec la croissance importante du nombre de pauvres à cette période, l'État se retrouve incapable de faire face à l'augmentation considérable des dépenses hospitalières. Il se désengage

¹¹² Lawrence I. Conrad, *The Western Medical Tradition: 800 BC to AD 1800* (Cambridge : Cambridge University Press, 1995); Galmiche Jean-Marie, *Hygiène et Médecine. Histoire et actualité des maladies nosocomiales.*, Paris, Editions Louis Pariente (Louis Pariente, 1999).

¹¹³ François Danet, « Une petite histoire de l'hôpital : de la logique compassionnelle à la logique économique », in *L'hôpital en réanimation : Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, par Bertrand Mas et al. (Bellecombe-en-Bauges : Editions du Croquant, 2011), 19-30.

¹¹⁴ Jacques Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* (Paris : Doin Editions, 1998).

alors de la gestion des hôpitaux qui sont dès lors municipalisés par la loi du 16 vendémiaire de l'an V (7 octobre 1796). Ces transformations politiques de la direction des hôpitaux dans ce contexte historique particulier sont accompagnées d'autres évolutions non négligeables : la modernisation et la médicalisation de ces établissements. Comme l'écrit F. Danet, « La Révolution française a donc "défroqué" l'hôpital et l'a ouvert progressivement au monde de la médecine »¹¹⁵. Se transformant en un établissement de soins et de diagnostic médicalisé, les hôpitaux sont repris à la police et au clergé pour être rendus aux médecins et aux maires, avec à la tête de leur conseil d'administration un personnage politique local, parfois médecin ou plus souvent issu d'une famille de médecins¹¹⁶. Ainsi, l'activité d'hébergement de l'hôpital s'est réduite. Dans ce contexte, les médecins évacuent « la dimension humaine et subjective de l'homme, en le transformant en une série d'objets (foie, rein, cœur, cerveau), de fonctions (grandir, accoucher, respirer, uriner), ou d'états anatomophysiologiques (femme, enfant, cadavre) »¹¹⁷.

Dans ces circonstances, la formation des médecins et des infirmiers se voit également réformée. La création de l'externat, de l'internat et du clinicat au sein de l'hôpital ou des écoles d'infirmières laïques dès le début de la III^e République font partie des signes de grandes transformations dans le sens de la modernisation clinique des hôpitaux et de la médecine. Au milieu du XX^e siècle, avec la réforme de 1958, la concentration des services médicaux conduit à la création des centres hospitaliers (CH) et des centres hospitaliers universitaires (CHU).

2. L'organisation prescrite du service d'urgences au sein du système de santé publique

Les services d'urgences hospitaliers que nous avons étudiés, aussi bien en France qu'en Iran, sont des organisations dépendantes des centres hospitaliers universitaires (CHU), eux-mêmes sous tutelle d'un ministère chargé de la mise en

¹¹⁵ Danet, « Une petite histoire de l'hôpital : de la logique compassionnelle à la logique économique », 23.

¹¹⁶ Ibid., 22.

¹¹⁷ Ibid.

œuvre des politiques gouvernementales. Leur structuration organisationnelle et institutionnelle, l'allocation de leurs ressources ainsi que leur gestion sont donc le résultat de décisions politiques, mais aussi locales. Ainsi, selon les lieux, selon les directions des établissements, la gestion de l'espace, du temps, des personnels, des interfaces avec les services voisins, les situations peuvent varier considérablement. En d'autres termes, les services d'urgences sont impactés fortement par des variables qui se trouvent en dehors de leur strict périmètre fonctionnel. Il est ainsi important de souligner qu'en raison du fait qu'une part importante du contexte organisationnel des urgences se situe en dehors des urgences, les directions de ces services voient leurs orientations et leurs moyens d'action puissamment contraints. Afin de mieux illustrer cette place de « petits services » placés au sein d'organisations géantes (que l'on soit en France – avec ses 65 millions d'habitants en 2012¹¹⁸ - ou en Iran –qui compte 75 millions d'habitants en 2011¹¹⁹), nous allons, dans cette section, dessiner d'abord le schéma organisationnel du système de santé publique, depuis le ministère jusqu'au CHU. Puis, nous descendrons au niveau de l'organisation de chacun des services étudiés en présentant leur structure organisationnelle prescrite (contours des services, personnels), l'articulation des catégories socioprofessionnelles entre elles, leur gestion quotidienne.

2-1. L'Iran : un organigramme du service d'urgences au sein de l'organisation mère

▪ Du ministère au CHU

Le Ministère de la Santé, du Soins, et de l'Éducation médicale (MSSEM) est dirigé par un ministre¹²⁰ qui est proposé par le président de la République islamique¹²¹ au parlement (l'Assemblée consultative islamique) pour recevoir le *vote de confiance*

¹¹⁸ « Population et lieu de résidence antérieure en 2012 | Insee », consulté le 17 août 2012, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2010664>.

¹¹⁹ « Country's Population urban and rural areas », consulté le 17 octobre 2013, <https://www.amar.org.ir/english/Population-Estimation/Countrys-Population-urban-and-rural-areas>.

¹²⁰ Au moment de l'enquête menée pour cette recherche, la ministre est Madame Marzieh Vahid-Dastjerdi.

¹²¹ Ceci, depuis 1989, année de la réforme de la constitution et de la suppression du poste de premier ministre.

des députés et devenir officiellement ministre. Le budget annuel de ce ministère, comme celui des autres ministères, est soumis par l'État au parlement dans le plan annuel du budget afin d'être approuvé par le vote des députés. Ensuite, ce budget est partagé entre les différents secteurs du ministère et affecté à différents projets en fonction de ses objectifs et de ses stratégies.

Le MSSEM se présente sur son site internet officiel¹²², sous la forme d'un planning stratégique avec sa mission, ses objectifs et ses fonctions. Sur ce site, la mission du ministère est formulée ainsi : « rendre disponibles les nécessités de santé publique et de soins à tous les habitants du pays par le développement des services d'hygiène, de soins et d'éducation ». Pour cela, les objectifs du ministère sont partagés en cinq départements, chacun dirigé par un ministre adjoint : Département d'Hygiène, Département de Soins, Département d'Éducation, Département de Recherche et Technologie et Département de Développement du Management et des Ressources¹²³.

Néanmoins, l'intervention directe des trois premiers départements du ministère dans le domaine de la santé est limitée aux fonctionnements suivants : répartition du budget parmi les organisations de santé publique, tarification des services de soins pour le secteur public et privé, définition des stratégies globales des organisations de santé publique et détermination des standards d'évaluation des organisations de soins. Sur le plan pratique, le rôle d'évaluation et d'éducation est confié aux universités des sciences médicales qui contrôlent chacune un territoire du pays¹²⁴.

¹²² MSSEM, « Organigramme », Ministère de la Santé, du Soins, et de l'Éducation médicale, consulté le 9 décembre 2012,

<http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&siteid=1&siteid=1&pageid=1224>.

¹²³ MSSEM, « Présentation du Ministère », Ministère de la Santé, du Soins, et de l'Éducation médicale, consulté le 9 décembre 2012,

<http://behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&siteid=1&siteid=1&pageid=131>.

¹²⁴ USM, « Université de Sciences Médicales et des Services de Soins et de Santé publique de Chahid Behechti », Université de Sciences Médicales et des Services de Soins et de Santé publique de Chahid Behechti, consulté le 9 décembre 2012, <http://www.sbm.ac.ir/Pages/Default.aspx>.

Dans l'organigramme du MSSEM, chaque université des sciences médicales (USM) est placée au même niveau que les cinq départements énumérés plus haut. Le président de chacune d'elles est choisi directement par le ministre et il est ensuite approuvé officiellement à l'Assemblée suprême de la Révolution culturelle¹²⁵. L'USM est constituée des mêmes départements que ceux du MSSEM, si l'on ajoute le Département de l'Alimentation et du Médicament aux cinq départements mentionnés plus haut. Par rapport aux fonctions qui sont définies sur le site du MSSEM, les fonctions des USM sont plutôt de nature exécutive et de contrôle. Si l'on se concentre sur le Département de Soins de l'USM, qui nous intéresse le plus pour notre recherche, nous constatons qu'il est au sommet de quinze administrations, dont les quatre premières sont : l'Administration de Délivrance de Permission (ADP), l'Administration en Charge du Contrôle et de la Surveillance (ACCS), l'Administration de Classement (AC), l'Administration d'Épanouissement des Services Cliniques (AESC)¹²⁶.

Selon les derniers rapports publiés par ce ministère avant le début de cette recherche, le Département de Soins de l'USM comportait 105 unités de formation et de recherche accueillant plus de dix mille enseignants-chercheurs dans 42 CHU. Le taux d'encadrement des étudiants en médecine est de neuf étudiants pour un enseignant chercheur, et le ministère compte un médecin pour 900 résidents en Iran. Selon ce rapport¹²⁷, 7,5% du PIB était dépensé pour la santé publique, ce qui revient à 108 dollars américains par personne. 92% des villes étaient dotées d'un hôpital et il y avait 6,1 lits pour 1000 habitants. Selon le centre statistique d'Iran, 824 hôpitaux sont recensés en 2011, dont 80% en secteur public, avec un total de

¹²⁵ Établies en 1984 afin d'assurer l'éducation islamique dans les institutions du pays. Les membres sont choisis directement par le guide suprême de la République islamique d'Iran.

¹²⁶ USM, « Département de Soins », Université de Sciences Médicales et des Services de Soins et de Santé publique de Chahid Behehti, consulté le 9 décembre 2012, <http://www.sbm.ac.ir/SiteDirectory/Vice-ChancellorTreatment/Pages/TaskList.aspx>.

¹²⁷ « Rapport d'activité du ministère de la Santé, du Soins et de l'Éducation Médicale », consulté le 17 octobre 2011, <http://ird.behdasht.gov.ir/>.

742 lits en services d'urgences (sur 107 320 lits d'hospitalisation, ce qui revient à 0,69%).¹²⁸

Afin de donner un bref aperçu des fonctions de ces administrations dans le système de soins, nous pouvons prendre l'exemple d'un centre de soin. Pour ouvrir un centre de soins, il faut d'abord obtenir une permission de l'ADP. Pour la délivrance de cette permission, l'ADP demande l'intervention de l'ACCS afin de réaliser un contrôle préliminaire. Après la délivrance de la permission et l'ouverture du centre, c'est l'ACCS qui contrôle périodiquement les activités, les appareils, l'espace, le personnel, le niveau d'hygiène et la conformité aux standards prédéfinis par le MSSEM. Cette administration donne également suite aux réclamations des patients et des autres organisations comme les fournisseurs et les assurances. L'ACCS a le pouvoir d'annuler la permission de travail et de fermer le centre de soins.

Parallèlement à l'ACCS, le centre de soins est contrôlé régulièrement par l'AC afin d'être évalué par rapport à une grille d'évaluation définie, elle aussi, par le ministère. Le résultat de cette évaluation sera une mention qui aura une influence sur le niveau de revenu du centre. Pour les patients ayant une assurance maladie, une partie de leurs frais de soins est payée directement par leur organisation d'assurance après la réception des factures de la part du centre de soins. Mais l'assureur ne prenant pas en charge les frais réels, il s'appuie sur les tarifs de base annoncés par le MSSEM. La base de ces tarifs est directement liée à la mention que reçoit le centre de soins par l'AC. Donc, le remboursement de la part des frais de soins qui est prise en charge par les organisations d'assurance est largement associé à cette mention. La dégradation de cette mention par l'AC peut mener un centre de soins à la faillite.

La grille des tarifs est indiquée par le ministère, mais le choix du montant de cette tarification des services de soins est fait à l'occasion d'un processus complexe. Tout

¹²⁸ Behzad Karami Matin et al., « The Impact of Health Sector Evolution Plan on Hospitalization and Cesarean Section Rates in Iran: An Interrupted Time Series Analysis », *International Journal for Quality in Health Care* 30 (2018) : 75-79, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx169>; « Plan and Budget Organization of Iran », consulté le 16 août 2012, <https://www.mporg.ir/en>.

d'abord, le MSSEM présente un modèle de tarification des services de soins¹²⁹, qui doit être confirmé par l'Assemblée suprême de l'Assurance. Cette assemblée est constituée des membres suivants : le président de la Compagnie d'Assurance Centrale d'Iran, le ministre du MSSEM, le ministre de l'Assistance sociale et les représentants des autres organisations de l'assurance en Iran. Le modèle de tarification qui est proposé par le MSSEM est réexaminé par cette assemblée relativement au pouvoir de paiement des organisations d'assurance. Après l'accord de cette assemblée, le résultat est adressé à l'assemblée des ministres pour obtenir la confirmation d'État. Par la suite, toutes les organisations de soins, publiques ou privées, seront obligées de proposer des services de soins aux tarifs annoncés par deux grilles différentes : l'une pour les organisations publiques et l'autre pour les organisations ainsi que les médecins privés.

Ce modèle de tarification différente pour le secteur privé, qui est trois fois plus conséquent que le secteur public, se base sur la dotation des services publics par la subvention d'État et la rémunération directe du personnel fonctionnaire par la trésorerie publique. Les sommes acquittées au profit des CHU sont versées directement à la trésorerie publique. L'USM décide du reversement d'une partie des « revenus » du CHU sur la base d'un plan budgétaire, sur ses fonds propres. Les redevances de la caisse d'assurance maladie sont également versées d'abord à la trésorerie publique avant d'être réattribuées au CHU sous la forme d'une subvention d'État.

Ainsi, la plupart des hôpitaux publics se heurtent à des problèmes financiers pour acquitter leur dette envers le secteur privé et les sous-traitants, pour payer les factures de fournitures médicales, de médicaments, d'électricité, de maintenance des appareils, ainsi que les frais occasionnés par l'augmentation de la capacité d'accueil, les heures complémentaires du personnel, etc. Pour expliquer le « déficit budgétaire », les CHU accusent les caisses d'assurance de paiement tardif des frais de soins, l'USM et le MSSEM pour l'insuffisance de la subvention versée, ainsi que

¹²⁹ Actuellement, sur le modèle de la *Medicare Sustainable Growth Rate*, une méthode de tarification des services de soin, utilisée aux États-Unis depuis 1997.

l'Organisation des Affaires administratives et d'Emploi (OAAE) pour le manque de postes de personnels soignants.

Le MSSEM voit l'État comme responsable de l'insuffisance budgétaire tout en montrant du doigt les caisses d'assurance maladie qui bloquent l'augmentation des tarifs des services de soins. L'OAAE à son tour déplore le « rendement » des organisations de soins en l'attribuant à l'utilisation inefficace des « ressources humaines ». Les caisses d'assurance maladie, étant, elles aussi, des organisations publiques sous la direction du Ministère de l'Assistance sociale, s'annoncent, à leur tour, incapables de rembourser des tarifs plus élevés, contraintes par le budget de l'État.

Les CHU publics, profitant des marges de manœuvre ouvertes par l'évolution de la loi ¹³⁰ contrôlant le recours au secteur privé sous forme de sous-traitance, bénéficient du travail des étudiants avec un très faible niveau de rémunération et s'orientent vers la privatisation de différents secteurs de leurs services, comme les laboratoires d'analyses médicales, les radiographies, les CT scans, les pharmacies, etc. Les CHU profitent des recettes produites par la location du service public par le secteur privé, en laissant glisser la différence entre la tarification pour l'établissement public et privé sur les patients. Autrement dit, le patient qui s'adresse à l'hôpital public pour être sûr de payer un tarif conventionné moins élevé d'au moins un tiers que celui du secteur privé, se retrouve à devoir s'acquitter des frais d'examens médicaux indispensables à son traitement au tarif du secteur privé.

Après les dernières réformes élargissant les marges de manœuvre des hôpitaux publics pour la gestion de leurs recettes qui sont désormais versées directement, sans obligation de ne se contenter que des subventions publiques, les hôpitaux

¹³⁰ Il s'agit de la loi législative du troisième plan de développement économique, social et culturel, votée le 5 avril 2000. Dans cette loi, les articles 192 à 195 autorisent pour la première fois après l'adoption de la loi constitutionnelle iranienne après la révolution de 1979, les organisations de santé publique à déléguer les services de soins au secteur privé sous forme de sous-traitance en conservant le statut de maître, ainsi qu'à changer le mode de rémunération du personnel des organisations publiques : initialement fondées sur le modèle du paiement journalier selon les horaires de travail réglementés, ils passent au modèle de la tarification à l'activité. D'après la loi, cette réforme a pour but d'augmenter l'efficacité des organisations de soin et de faciliter l'accès de tous les milieux sociaux aux services de soins.

publics acquièrent plus d'autonomie de gestion ce qui les conduit à suivre la même logique que les hôpitaux privés : augmentation du nombre de patients pour faire croître le « chiffre d'affaires », « optimisation des ressources » et notamment des « ressources humaines », qui, étant payées à l'activité au lieu d'être payées à la journée du travail, cherchent à augmenter les activités de soins les plus rapides et les plus rémunératrices.

La grille d'évaluation sur la base de laquelle l'AC évalue les organisations de soins a connu une évolution remarquable au cours des trois années précédentes avec l'émergence de l'idée de « gouvernance clinique ». Selon le directeur du Centre de Gouvernance clinique du CHU (dont nous avons étudié le service d'urgence), cette idée a été évoquée pour la première fois par quelques étudiants bénéficiaires d'une bourse d'État pour faire des études de management hospitalier en Grande-Bretagne. Suite à de nombreuses critiques envers l'ancienne méthode d'évaluation purement quantitative et à la rédaction de plusieurs articles au sujet des nouvelles méthodes d'évaluation de la qualité, le MSSEM a entamé un changement de paradigme pour l'évaluation des organisations de soins. Il est important de souligner que ces méthodes d'évaluation de la qualité sont en majorité appliquées aux États-Unis (comme EFQM)¹³¹. À ce propos, le directeur du service de la gouvernance clinique de l'équivalent d'un centre hospitalier universitaire¹³² à Téhéran nous explique :

« D'abord, on a étudié ce système [Gouvernance clinique] dans différents pays. Puis le ministère a décidé d'appliquer les règles les plus simples et les plus pratiques, par exemple mettre un bracelet d'identité pour le patient afin de diminuer les erreurs dans le système. Puis, apprendre aux personnels comment se comporter avec le patient, lui souhaiter la bienvenue, faire la présentation des personnels, expliquer qui s'occupe de son parcours ; bref, lui expliquer le processus de soin. D'un autre côté, il y a aussi la définition des protocoles pour les activités des personnels de

¹³¹ Bahram Nabiloo, « Santé, soin et modèles de l'excellence organisationnelle », *Mensuel Tadbir*, n° 145 (2004) : 58.

¹³² La traduction exacte du terme employé en persan est « centre médicinal éducatif et médical ».

soins afin de standardiser les gestes. Pour le moment les lignes directrices des infirmières sont prêtes. »

C'est l'AESC, la quatrième administration de l'USM mentionnée plus haut, qui définit la stratégie globale des démarches du centre de la Gouvernance clinique de l'hôpital. L'AESC a pris beaucoup d'importance au cours des dernières années suite au changement du modèle d'évaluation des organisations de soins. Cette administration est en charge d'étudier les parcours cliniques afin d'en proposer un modèle, d'évaluer leur efficacité et leur productivité¹³³ et d'en calculer le coût. L'AESC est aussi en charge de l'organisation des formations continues, des propositions de recherches et de solutions pour la minimisation des coûts dans les services de soins.

L'USM dirige aussi les facultés, les centres de recherches et les hôpitaux publics comme les unités lui étant attachées. Les hôpitaux publics attachés à l'USM sont sous son contrôle direct comme les autres administrations représentées dans les paragraphes précédents. Pour pouvoir expliquer les liens entre l'USM et le CHU, il faut d'abord expliquer la structure des hôpitaux publics et, dans le cas du terrain de cette recherche, celle des CHU.

Les CHU en général et les hôpitaux publics en particulier sont dirigés par un président qui est nommé directement par le président de l'USM. Le président choisi peut ne pas faire partie des médecins titulaires du CHU qu'il va présider. Il obtient une décharge pour sa fonction en tant que président et continue à exercer la médecine et à donner des cours au CHU. Le président est à la tête d'une équipe présidentielle répartie entre les vice-présidences de recherche, de soins et d'enseignement (uniquement dans les CHU). Le président supervise également le service d'infirmierie, le service d'étude et d'amélioration de la qualité, la sécurité et les services de soins. Selon l'organigramme officiel, le président est aussi le supérieur hiérarchique du directeur général (DG) qui n'est pas un médecin.

¹³³ Traduction des termes anglais *efficiency & effectiveness*, considérablement utilisés dans les articles récents dans le domaine du management des organisations.

Le DG est désigné par le président de l'USM et parfois sur la proposition du président du CHU. Il dirige les services administratifs et paracliniques, le service des ressources humaines, ainsi que les services techniques. Ainsi, du point de vue de la plupart des membres du personnel paramédical et administratif, c'est le DG du CHU qui détient le « vrai » pouvoir organisationnel avec un statut stable, alors que le président qui est choisi parmi les médecins, n'a qu'un statut politique et symbolique.

À partir de l'année 2011 et avec l'adoption par le parlement de la loi du cinquième programme stratégique quinquennal de la République islamique d'Iran, toutes les orientations stratégiques des CHU ainsi que les décisions budgétaires et financières majeures de l'établissement doivent être prises par le conseil d'administration (CA) – selon l'article 32 de la section D. Les sept membres du CA sont désignés par le président de l'USM de la façon suivante : 1) le président de l'USM (le président du CA), 2) le président du CHU (le secrétaire du CA), 3) un expert en management (sur proposition du président du CHU), 4) le représentant des associations caritatives, 5) deux médecins titulaires de l'établissement (sur proposition du président du CHU), et 6) un représentant de la préfecture ou de la mairie (au choix de la présidence de l'USM).

Dans le cadre de notre recherche au sein du service d'urgence, on identifie des personnels qui lui sont officiellement attachés et au service administratif et financier, au service de sécurité et au centre de gouvernance clinique. Le service administratif et financier gère toutes les facturations, le lien avec les organismes d'assurance et l'émission de l'autorisation de sortie des patients. Dans certains CHU, le DGS est aussi le directeur du Service financier, mais au CHU des Martyres de Téhéran¹³⁴ le chef du Service financier travaille sous la direction du DG.

Le chef de service d'infirmier est responsable du recrutement, de l'organisation et du contrôle de toutes les activités des infirmiers du CHU. Il dirige les services de l'hôpital par l'intermédiaire du superviseur clinique et des superviseurs ambulants qui sont présents 24 heures sur 24 à l'hôpital. Au CHU, il y a également un

¹³⁴ À la demande du vice-président de la recherche du CHU dont nous avons observé le service d'urgence, nous avons anonymisé l'établissement ; ce CHU porte donc un nom fictif

superviseur pédagogique afin de contrôler les activités des infirmiers stagiaires. Les superviseurs se déplacent régulièrement dans les services de l'hôpital afin de faire des contrôles ou pour intervenir en cas de problème entre les personnels de soin. Ils sont aussi tenus d'obtenir l'admission pour les patients qui sont transférés vers d'autres hôpitaux. Le transfert peut être demandé par le patient, pour profiter des services de soins spécialisés d'un autre hôpital, ou par manque de lits disponibles au CHU. Étant ambulants à l'hôpital, les superviseurs dirigent aussi les cadres de santé de chaque service. Ces derniers encadrent et dirigent le personnel paramédical. D'après la cadre de santé du SM, les responsabilités d'un cadre de santé du service d'urgences sont très différentes par rapport à celles des autres services, ce qui s'explique selon elle par le parcours très différent des patients par rapport aux services classiques ainsi que de l'organisation de travail, elle aussi, différente.

Le DG du CHU des Martyres de Téhéran est titulaire d'un diplôme de licence en management et a commencé son parcours dans le milieu du soin en intervenant au sein des équipes médicales d'urgence sur le front de la guerre entre l'Iran et l'Irak¹³⁵. Après avoir eu plusieurs postes au ministère, il a été nommé DG de trois autres hôpitaux publics et CHU avant prendre ses fonctions au CHU des Martyres de Téhéran. Nous avons appris, d'abord par des enquêtés, que le CHU les Martyres de Téhéran avait connu plusieurs changements de président ainsi que de DG au cours des années précédentes. Effectivement, nos vérifications ont confirmé le fait que pendant les dix dernières années, la période la plus longue d'exercice d'un président avait été d'un an et demi et la présidence la plus courte n'avait duré que trois mois. Le dernier changement de Président au CHU des Martyres de Téhéran est intervenu suite à un événement qui a eu beaucoup de répercussions dans les médias en Iran. La requête téléphonique d'hospitalisation d'un clerc, gravement blessé lors d'une agression, n'avait pas été acceptée par le résident de garde. Cet événement jugé scandaleux par les médias a provoqué le remplacement du président et du DG du

¹³⁵ Cette guerre est déclenchée en 1980 et a duré 8 ans

CHU des Martyres de Téhéran, ainsi que la suspension du résident de garde pendant six mois.

- **L'organisation du Service des Martyres de Téhéran (SMT)**

Le service d'urgences hospitalier que nous avons surnommé le Service des Martyres de Téhéran (SMT) – pour l'anonymiser suite à la demande de sa présidence – est situé au CHU « les Martyres de Téhéran » au nord de la ville, capitale de l'Iran avec environ 12 millions d'habitants. Construit en début des années 1960, ce CHU comprend actuellement 13 services de soins et une clinique spécialisée. Il est sous la gouvernance de l'USM Chahid Behehti qui dirige 12 CHU et 12 hôpitaux publics, répartis dans tous les arrondissements de Téhéran. Après de nombreuses transformations de la structure des hôpitaux publics en Iran, ils sont actuellement dirigés par les facultés de médecine, elles-mêmes dirigées par le ministère de la Santé. Ainsi le ministre nomme le président de l'université qui à son tour, nomme le président et le directeur général du CHU. Ce dernier désigne le chef de service d'urgences. Contrairement à la France, les présidents de l'université et du CHU ne sont pas élus en Iran.

Le SMT accueille en moyenne 160 patients par jour (24 heures sur 24) avec des pathologies traumatologiques nécessitant des opérations chirurgicales légères ainsi que des pathologies de médecine interne. Ce service est le deuxième service accueillant le plus de patients parmi les 23 autres CHU et hôpitaux publics dirigés par cette USM.

Le bâtiment qui accueille le SMT¹³⁶ a été construit récemment en bas d'une colline sur laquelle s'étend l'ensemble des pavillons du CHU, visibles depuis une rue très

¹³⁶ Depuis le 18 juillet 2011, premier jour de nos observations, jusqu'au 31 juillet 2011, l'enquête de terrain s'est déroulée dans le bâtiment temporaire du service d'urgences. Situé dans un couloir avec 10 chambres, au premier étage du plus ancien bâtiment de l'hôpital, ce lieu était auparavant une partie du service d'urologie temporairement occupé par le service d'urgences pendant la rénovation de son ancien bâtiment.

À l'occasion du long processus suivi pour obtenir l'autorisation de mener nos observations pour cette recherche, j'ai eu l'occasion de visiter l'ancien bâtiment du service d'urgences du CHU des Martyres de Téhéran, en août 2010. À mon retour le 18 juillet 2011 pour commencer l'enquête, l'ancien bâtiment avait été démoli et un nouveau bâtiment avait été construit et équipé. Le nouveau bâtiment du service d'urgences avait même été inauguré le 11 juillet 2011 en présence

fréquentée de la capitale. Le bâtiment est conçu sur deux étages : au rez-de-chaussée se trouve la salle d'attente et la partie interne du SMT et au premier étage, une clinique spécialisée. Au rez-de-chaussée, la salle d'attente est située à l'entrée et comprend le bureau du médecin de triage ainsi que celui d'un infirmier de triage assistant, le bureau de la réception administrative pour l'établissement du dossier, celui de la trésorerie publique pour le paiement des factures, le bureau de la police, les services sanitaires ainsi que des bancs au milieu de la pièce pour les accompagnants. Une porte automatique vitrée divise la salle d'attente de la partie intérieure du SMT qui est surveillée en permanence par un agent de sécurité.

La partie interne du SMT comprend une salle principale de soins (avec 21 lits disposés autour d'une grande salle et partagés informellement entre l'unité chirurgicale et l'unité interne), une unité des soins intensifs (avec six lits), une salle de réanimation cardio-pulmonaire (avec trois brancards), une salle d'opération (trois brancards pour les opérations légères) et une salle d'isolement (un lit). Ce service est aussi équipé d'un laboratoire d'analyses médicales, d'une salle d'examen pour les enfants, d'une pharmacie et d'un service d'imagerie médicale (comprenant un instrument de radiographie, d'échographie, une IRM et un scanner). Au cours de la première partie de l'observation, le service d'imagerie n'était équipé que d'un instrument de radiographie et les autres parties du service n'ont commencé leur travail qu'en décembre 2011.

À la fin de la réalisation de l'enquête de terrain pour cette recherche en janvier 2012, 68 personnes travaillaient dans ce service dont le chef de service (médecin urgentiste), quatre médecins spécialistes (tous des hommes), quatre médecins généralistes (tous des hommes), un superviseur, une cadre de santé, quinze infirmiers (dont 73% de femmes et 87% de contractuelles : CEDD et CDD¹³⁷), dix

du directeur adjoint du Soins du MSSEM et du président de l'USM, mais l'emménagement du service dans son nouveau bâtiment n'eut lieu qu'au début du mois d'août et au milieu de la période de réalisation des observations de cette recherche.

¹³⁷ Nous pouvons citer quelques-uns des différents statuts de recrutement : 1) *Estekhdami* qui signifie « recruté par l'État », similaire au statut de fonctionnaire d'État en France quant aux modalités de recrutement, à l'évolution de carrière et à la retraite. Nous allons désigner ce statut comme « fonctionnaire », dont l'ancienneté dans la fonction publique relève le niveau dans la

infirmiers stagiaires (dont 80% de femmes), onze aides-soignants (dont 88% d'hommes), quatre secrétaires (dont 50% de femmes) , huit brancardiers (tous des hommes), cinq Agents de Services Hospitaliers (ASH) (tous des hommes) et quatre agents administratifs et financiers (tous des hommes).

Les 24 heures du service sont divisées entre trois équipes : du matin (de 7 h 30 à 14 h 30), de l'après-midi (de 14h à 20 h 30) et de nuit (de 20h à 8h). Trois médecins seniors sont présents au cours de la garde du matin, avec le chef de service, la cadre de santé, deux infirmiers fonctionnaires, trois infirmiers en CEDD ou CDD et trois infirmiers en service public, avec deux aides-soignants, deux brancardiers, deux ASH et deux secrétaires administratifs pour saisir les données des dossiers dans le système informatique. Lors des gardes de l'après-midi et de la nuit, il y a moins de personnel dans d'équipe qui ont en même temps moins d'ancienneté. Pour les infirmiers, plus ils ont de l'ancienneté, moins ils font des gardes de nuit. Le service médical est assuré par quatre internes, dont deux en neurochirurgie et deux en médecine interne. Pour les cas critiques, ces internes doivent consulter leur supérieur hiérarchique, c'est-à-dire un autre interne qui a un an de plus d'ancienneté, qui contactera lui-même le médecin de garde en cas de problème majeur. Les brancardiers et les ASH font majoritairement des gardes de 24 heures (avec trois heures de sommeil) pour avoir ensuite un repos de 48 heures. Ils sont nombreux, parmi ceux qui habitent loin du CHU, à faire des gardes du matin et de l'après-midi pour profiter de plus de temps de repos entre deux gardes et minimiser le temps de trajet. Les externes ne font pas partie du personnel présent en permanence au service, contrairement aux deux services étudiés en France, le service des urgences traumatologiques (SUT) et le service des urgences médicales (SUM). Leur présence dépend de leur cursus et du choix de service qu'ils font. Le

hiérarchie implicite de l'organisation du service ; 2) *Peymani* que nous allons appeler « contrat d'État à durée déterminée (CEDD) » qui concerne les agents contractuels recrutés par l'État pour une durée déterminée avec une possibilité d'embauche sous le statut de fonctionnaire à la fin de leur contrat ; 3) *Gharardadi* qui désigne les contractuels recrutés directement par le CHU pour une durée déterminée, que nous allons appeler les CDD ; 4) les infirmiers stagiaires qui passent un stage obligatoire de deux ans afin de terminer leurs études et d'obtenir le diplôme d'infirmier.

temps de présence est également bien moindre par rapport aux six semaines de présence pour les externes du SUT ou du SUM en France.

Tous les médecins, les infirmiers et les aides-soignants doivent avoir un diplôme certifié par le MSSEM afin d'obtenir leur autorisation de travail. En Iran, les médecins spécialistes se distinguent des médecins généralistes par au moins quatre années d'études supplémentaires. Pour suivre le parcours d'études médicales, un étudiant en médecine doit réussir un concours national de classement pour entrer dans la Faculté de médecine de l'université des sciences médicales après son baccalauréat (douze ans d'études à partir de l'âge de six ans). Après sept ans d'études en médecine (dont cinq ans de cours théoriques suivis de deux ans d'externat dans plusieurs services à l'hôpital) il peut recevoir un diplôme de médecin généraliste (équivalent d'un Bac+7). Le médecin généraliste peut commencer son travail en tant que médecin dans une organisation de soins ou dans son cabinet, après avoir dispensé deux ans de travail pour le gouvernement dans le service public et dans des régions défavorisées du pays. Le médecin généraliste peut aussi continuer ses études pendant quatre ans, seulement s'il réussit un autre concours national, afin d'obtenir un diplôme de médecin spécialiste. Ces quatre années de cours théoriques et de travail clinique, il les passera à l'USM et en internat dans un des CHU rattachés à son université, dans le service de la spécialité choisie. Après ces années d'internat en parallèle des cours théoriques, le CHU le présente pour passer l'examen du diplôme équivalent à Bac+11¹³⁸.

Les infirmiers, quant à eux, obtiennent leur licence après trois années d'études théoriques et un an de stage dans un hôpital¹³⁹. Ensuite, afin d'obtenir le diplôme et d'avoir l'autorisation d'exercer le métier, les infirmiers doivent dispenser deux ans de service obligatoire dans un service public. Cette durée peut être réduite si le service est assuré dans des régions défavorisées du pays.

¹³⁸ « School of medicine, Shahid Beheshti university of Medical Sciences », School of medicine, consulté le 18 août 2021, <http://en.msp.sbm.ac.ir/>.

¹³⁹ « School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences », consulté le 18 août 2021, <http://fnm.tums.ac.ir/en/page71/lang/En.aspx>.

Les aides-soignants peuvent obtenir leur diplôme en faisant leurs études secondaires dans un lycée spécialisé, ou en suivant des formations dans des instituts sous la supervision des USM afin d'obtenir un brevet national. Pour les ASH et les brancardiers, aucun diplôme n'est exigé. Ils doivent seulement être capables de lire et d'écrire.

D'après le diagramme formel du parcours de soins au SMT, quand un patient arrive au service, il est d'abord examiné par le médecin de triage (un médecin généraliste) afin d'être qualifié de « critique » ou « non critique ». Dans la catégorie non critique, si le patient n'a pas besoin d'hospitalisation ou de mise en surveillance, il pourra quitter le service avec une ordonnance, après le paiement de l'honoraire du médecin. Sinon, le patient est transféré dans la partie interne du SMT pour une visite avec un interne et entre dans le processus des patients admis dont la suite du parcours doit être déterminée dans les six heures suivant son admission.

Si l'état du patient est qualifié de critique par le médecin de triage et selon son état, il est rapidement amené dans la salle principale de soins, la salle de réanimation ou la salle d'opérations légères par un brancardier et accompagné du médecin de triage qui fait un compte rendu oral au médecin urgentiste ou à l'interne qui le prendra en charge. Pour des réanimations cardio-pulmonaires, un code de réanimation est annoncé par les haut-parleurs et les membres de l'équipe de réanimation rejoignent la salle de réanimation cardio-pulmonaire (RCP). Pendant les gardes de nuit et en l'absence du médecin urgentiste ou d'un interne en anesthésie-réanimation dans le service, l'infirmier responsable de l'équipe doit appeler l'interne en anesthésie-réanimation de garde pour qu'il se présente au plus vite dans le service. Après la réanimation, le patient est mis sous surveillance dans la salle des soins intensifs, dans l'attente de son transfert vers le service concerné par sa pathologie, ce que les médecins du service appellent la « détermination de l'état du patient ». En parallèle des opérations d'urgence effectuées sur le patient, ce sont les accompagnants – il y en a dans la majorité des cas – qui sont en charge de l'établissement du dossier. Sinon, c'est le responsable administratif de la réception qui s'en charge.

Quand un patient est admis au SMT, il est réceptionné par un infirmier et transféré vers un lit fixe avec l'aide d'un brancardier et de son accompagnant, le cas échéant.

Il est implicitement conseillé que les infirmières s'occupent des femmes, pour respecter les codes moraux. Le patient est ensuite examiné par un interne de l'unité chirurgicale ou de l'unité de médecine interne selon la pathologie diagnostiquée par le médecin de triage. Néanmoins, d'après le plan du chef de service, lui-même médecin urgentiste : « *Quand un patient arrive, il n'a pas de "possesseur", donc personne n'est responsable direct du patient. Chacun donne son avis et laisse le patient, mais personne n'est en charge de la détermination de son état.* » Selon lui, un nouveau parcours de spécialisation introduit par l'université des sciences médicales fait que c'est le médecin urgentiste qui a le regard le plus général sur l'état du patient et qui peut prescrire la suite de son parcours. C'est ainsi le médecin urgentiste qui doit être responsable du patient dès son arrivée. Étant le seul responsable du patient, il demandera ensuite l'avis d'autres spécialistes. Au moment de l'enquête de terrain en été 2011, le SMT profitait de la présence de deux médecins urgentistes, du chef de service et de son adjoint, uniquement pendant la matinée et l'après-midi. D'après le chef de service, six postes de médecins urgentistes allaient être mis en recrutement pour une prise de poste en janvier 2012, et le service avait déjà recruté un médecin urgentiste de garde supplémentaire pendant la période de nos observations.

En l'absence du médecin urgentiste, le responsable du patient est l'interne de garde qui l'examine en premier, après l'avis du médecin de triage. L'interne fait ses premiers examens et demande des examens complémentaires comme une analyse médicale, une radiographie, etc. Toutes les ordonnances médicales, les examens, les résultats ainsi que tous les traitements et les actes de soins réalisés par le personnel paramédical doivent être notés avec l'heure exacte de la réalisation dans le dossier du patient, qui sera ensuite enregistré dans le système informatique par les secrétaires administratifs. Ces informations sont écrites tout au long du parcours du patient dans un dossier à couverture métallique sur lequel apparaît le nom du patient, écrit à la main sur un autocollant. En parallèle, il faut déjà saisir une partie de ces informations dans un système d'information hospitalier (SIH), notamment en ce qui concerne les matériaux et les médicaments fournis par la pharmacie, les demandes d'analyses médicales et les actes de soin, suivant la tarification

configurée dans le système. En l'absence du secrétaire administratif, ces informations doivent être saisies par l'infirmier responsable du patient. Les informations saisies seront utilisées avant sa sortie du service pour le calcul des frais de soins du patient et l'établissement de la facture pour le paiement de la partie non couverte par l'assurance maladie du patient.

Après chaque visite, l'interne de garde en première année de spécialisation doit contacter son supérieur pour l'informer de l'état du patient. Ces informations peuvent remonter jusqu'au médecin spécialiste de garde, enseignant en charge des résidents de son service. Cependant, la visite des médecins spécialistes se fait plutôt pendant la matinée, sauf dans les cas très graves et dans la plupart du temps, les visites de veille ne sont faites que par les internes.

À chaque niveau hiérarchique du système pédagogique du CHU, notamment pour les internes, il y a un certain niveau de délégation de responsabilité aux niveaux inférieurs. Par exemple, l'interne de première année ne peut prendre aucune décision sans l'accord de son n+1 qui est l'interne de deuxième année. Mais l'interne de deuxième année informe seulement son supérieur de troisième année dans les cas qu'il juge critique. Les internes de première année de chirurgie, de neurochirurgie et en médecine interne passent la majorité de leur temps au service des urgences avant d'être promus au service correspondant à leur spécialité. Pour les examens médicaux supplémentaires, l'interne peut aussi demander la consultation des internes des autres services spécialisés. Ainsi, chaque patient peut être examiné plusieurs fois avant la détermination de son parcours de soins.

Cinq formes sont envisageables pour le parcours de soins du patient : 1) une hospitalisation à long terme dans un service spécialisé du même CHU, 2) un transfert vers un autre établissement de soins, 3) l'abandon volontaire du parcours de soins après la signature de l'attestation de satisfaction personnelle, 4) la fin du traitement avec l'accord du médecin responsable, 5) le décès du patient.

Les statistiques du bureau administratif et financier du SMT¹⁴⁰ montrent que ce service accueille en moyenne environ 4 800 patients par mois. Parmi ces patients, 2% sont dirigés vers d'autres hôpitaux, 8% sont dirigés vers d'autres services du même hôpital pour une hospitalisation « classique », 48% reçoivent des soins légers avant de quitter le service, 52% sont hospitalisés au service d'hospitalisation de courte durée pour une surveillance, en l'attente d'une stabilisation de son état et de la détermination du diagnostic et 13% quittent le service après la signature d'une attestation de satisfaction personnelle¹⁴¹.

Dans les deux premiers cas, le résident ou l'infirmière responsable du patient doit contacter le service correspondant pour demander la réception d'hospitalisation. En cas de réception, l'infirmière ou la secrétaire doit demander une ambulance pour le transport du patient. En cas de non-réception, la demande d'admission du patient sera mise en attente de nouvelles tentatives de réception, parfois au niveau du superviseur de garde du CHU.

Si le patient décide d'arrêter le traitement et de quitter le SMT à l'encontre de l'avis du médecin, il doit signer une décharge appelée « attestation de satisfaction personnelle », dans laquelle le patient décharge l'hôpital des conséquences de sa décision et atteste sortir sous sa propre responsabilité. Cette décision qui concerne environ 13% des patients du SMT, est prise, d'après nos observations, suite à un mécontentement par rapport aux services reçus, une attente trop longue, ou afin d'être transféré vers un hôpital privé.

En cas de décès du patient, s'il y a un doute sur les raisons de décès ou s'il est survenu avant 24 heures de surveillance, l'interne remplit le formulaire de transfert à la médecine légale. Sinon, l'interne signe l'attestation de décès. Dans tous les cas, l'infirmier responsable demande au service de sécurité l'ouverture de la morgue pour le transfert du patient décédé.

¹⁴⁰ Du 21 mars au 21 juin 2012

¹⁴¹ En signant ce formulaire, le patient ou ses accompagnateurs assument la responsabilité de partir sans avoir fini le parcours de soin proposé par ce service.

Dans tous les cas, le patient ou ses accompagnants doivent s'adresser au bureau administratif et financier du SMT pour le calcul des frais de soins et la facturation. Le patient doit s'acquitter de la facture qui comprend la part des soins qui n'est pas prise en charge par son assurance - s'il en a une - à la trésorerie publique située dans la salle d'attente et rendre ensuite la quittance au bureau administratif et financier pour recevoir le tampon d'autorisation de sortie. Si le patient ne peut pas payer la facture, il doit se présenter au bureau d'aide sociale afin de demander une réduction du montant de la facture, demande qui sera examinée par le responsable d'aide sociale. Le patient peut alors sortir de l'hôpital en remettant l'autorisation de sortie à l'agent de sécurité posté à l'entrée du service.

2-2. La France : de l'État aux services d'urgences hospitaliers

▪ Du ministère au CHU

Les deux services étudiés en France, le service des urgences traumatologiques (SUT) et le service des urgences médicales (SUM) – dont les noms sont modifiés pour être en cohérence avec l'anonymisation demandée par le service iranien – font partie d'un même CHU sous tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé. Cette administration française est chargée de la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans les domaines des affaires sociales, de la solidarité et de la cohésion sociale, de la santé publique et de la protection sociale. D'abord dépendant du ministère de l'Intérieur et de la direction de la Prévoyance sociale rattachée au ministère du Travail depuis la création de ce dernier en 1906¹⁴², il est devenu ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale le 13 juillet 1920¹⁴³, avant sa transformation en ministère de la Santé publique par la loi du 4 avril 1930. Nous remarquons qu'au fil de ces changements, le mot « Santé » n'apparaît parfois dans le titre d'aucun des ministères.

¹⁴² Association du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du Ministère de l'intérieur et Administration, *Histoire du Ministère de l'Intérieur : de 1790 à nos jours* (Paris : la Documentation française, 1993), 119.

¹⁴³ Ibid.

Sous tutelle du ministère chargé de la santé, les agences régionales de santé (ARS) qui sont apparues en 2010 (remplaçant d'autres établissements publics de l'État français comme les agences régionales de l'hospitalisation), sont chargées de la mise en œuvre de la politique de santé dans chaque région¹⁴⁴. Instaurées par la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST)¹⁴⁵, les ARS regroupent en une seule entité au niveau régional, plusieurs organismes chargés des politiques de santé, dont le champ d'intervention comprend la santé publique (prévention, promotion de la santé, veille sanitaire et sécurité sanitaire) et l'organisation de l'offre de soins (hôpitaux, cliniques, maisons d'accueil pour les personnes âgées et les personnes handicapées)¹⁴⁶.

Sous la tutelle de l'ARS qui représente le Ministère des Solidarités et de la Santé, le CHU est un établissement public de santé autonome dirigé par un directeur général dont la gestion est contrôlée par un directoire et un conseil de surveillance.

Le directeur général est nommé par le Président de la République, sur proposition conjointe du Ministère des Solidarités et de la Santé et du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, après consultation du président du conseil de surveillance. Il est le représentant légal de l'établissement et assure la gestion et sa conduite générale. Il a l'autorité sur l'ensemble du personnel, il est responsable du bon fonctionnement de tous les services, et il est aussi l'ordonnateur des dépenses et des productions. Le directeur général associe en permanence le président de la commission médicale d'établissement (CME) à ses réflexions et ses décisions.

Le conseil de surveillance du CHU définit la stratégie de l'établissement et contrôle sa gestion. Constitué de trois collèges de quinze membres avec voix délibérative (représentants des collectivités territoriales, des personnels, des usagers et personnalités qualifiées) et de six membres avec voix consultative, ce conseil

¹⁴⁴ « Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé », 2010-336 § (2010), 2010-2336.

¹⁴⁵ « Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) », 2009-879 § (2009).

¹⁴⁶ « Gouvernance | Hospices Civils de Lyon », consulté le 19 août 2021, <https://www.chu-lyon.fr/gouvernance>.

« délibère sur le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats, la participation à une communauté hospitalière de territoire, le rapport annuel d'activité, les conventions conclues entre établissements... Il émet des avis concernant la politique d'amélioration continue de la qualité et de prise en charge des usagers, concernant les acquisitions et les aliénations ou échanges d'immeubles, les baux supérieurs à 18 ans, les baux emphytéotiques ainsi que les contrats de partenariat. Enfin, il est informé sur l'état prévisionnel des productions et des dépenses (EPRD) et sur le programme d'investissement »¹⁴⁷.

Une autre instance de gouvernance du CHU est le directoire qui appuie et conseille le directeur général dans la gestion et la conduite générale de l'établissement. Cette instance est composée de neuf membres (quatre membres de droit et cinq membres nommés parmi les représentants du personnel) et présidée par le directeur général et par le président de la commission médicale de l'établissement. Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Il fixe l'état prévisionnel des productions et des dépenses et le plan global de financement pluriannuel¹⁴⁸.

Le CHU comporte également des organes représentatifs et consultatifs comme la commission médicale d'établissement qui est consultée sur les orientations stratégiques de l'établissement et son projet médical, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement et notamment les mesures d'organisation des activités médicales et la définition des mesures relatives à la politique d'évaluation continue des soins. Elle est aussi consultée sur l'organisation des services médicaux, le plan de développement professionnel continu, l'organisation en pôles de l'établissement ainsi que la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. D'autres organes sont le comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique qui veille à la coordination des activités de recherche ; le comité technique central qui émet des avis sur le fonctionnement de l'hôpital et particulièrement sur le projet d'établissement ; le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui a

¹⁴⁷ Ibid.

¹⁴⁸ Ibid.

pour mission de contribuer à la protection de la santé et à la sécurité des salariés, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail ; et quelques autres commissions ou comités spécialisés sur des thèmes médicaux et techniques. Le CHU dispose aussi d'un comité d'éthique, qui a un rôle de conseil et d'aide à la décision auprès des praticiens et des équipes soignantes des Hospices Civils de Lyon qui sont confrontés à un problème ou à une question éthique difficile. Il donne des avis, à l'issue d'une réflexion pluridisciplinaire¹⁴⁹.

- **L'organisation du SUM et du SUT au sein du même CHU**

Les services d'urgences hospitaliers étudiés en France font partie d'un même CHU situé à Lyon, construit au début de vingtième siècle. C'est le pavillon A, doté de 80 lits, qui est transformé en accueil d'urgence dans les années 40. Ce pavillon accueillait le SUT au moment où nous avons mené cette recherche. Le service ayant de plus en plus de difficultés à absorber la demande, notamment pour les pathologies de médecine interne et non chirurgicales qui n'étaient pas considérées comme « prioritaires » à l'époque, un nouveau service est créé dès les années 60, séparé du pavillon A et recevant les urgences « médicales ». C'est ce service qui est à l'origine du SUM. La logique ici est donc celle d'une séparation, au moins topologique, entre différents types d'urgence. Ce modèle de la prise en charge d'urgence, novatrice à l'époque, est développé par Louis Roche qui propose une « doctrine de l'urgence »¹⁵⁰ pour la prise en compte de la diversité des profils de patients en faisant le constat suivant : « Si en chirurgie, l'urgence n'a habituellement pas de spécificité, et nécessite seulement des équipes de spécialistes 24h/24, l'urgence médicale, par contre, représente une pathologie inhabituelle dans les services médicaux hospitaliers : la moitié seulement présente une affection urgente ; les problèmes psychiatriques ont une fréquence extrême ; fréquence de problèmes sociaux d'une grande variété qui interfèrent sur l'état pathologique ».¹⁵¹

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ Louis Roche, « L'urgence aux hospices civils », in *La Médecine à Lyon de l'origine à nos jours* (Paris : Editions Hervas, 1987), 379-82.

¹⁵¹ Ibid.

N'ayant pas d'accueil spécifique au départ, les patients étaient envoyés vers ce service par l'accueil des urgences du pavillon A, une fois la nécessité d'intervention chirurgicale écartée. Ce triage incombe désormais au patient qui s'adresse directement à l'un ou l'autre service d'urgences de ce CHU, ce qui crée parfois des confusions. Les patients sont nombreux à s'adresser à l'accueil de l'un des deux services et à être renvoyés vers l'autre après un premier échange avec le soignant de l'accueil. La question qui leur est posée pour déterminer de quel service ils vont dépendre est simple : elle est de savoir si leur pathologie a été causée par un trauma.

Le service d'urgences traumatologiques (SUT) accueille en moyenne 80 patients par jour. La permanence médicale est assurée par cinq médecins seniors urgentistes pendant la journée et trois médecins urgentistes durant la nuit. Le service paramédical est assuré par les infirmiers et les aides-soignants, pendant la journée de 7h à 19h, avec une équipe composée de cinq infirmiers et cinq aides-soignants, et durant la nuit de 19h à 7h, avec trois infirmiers et quatre aides-soignants. Les vendredis, samedi et dimanche, un infirmier supplémentaire se joint à l'équipe pour que la garde de nuit puisse être assurée par quatre infirmiers, afin de pouvoir mieux gérer l'affluence des fins de semaine. Le service médical est assuré au total par 26 médecins urgentistes et l'équipe paramédicale est composée de deux cadres de santé, 20 infirmiers (30% d'hommes) et 21 aides-soignants (67% d'hommes). Les agents de service hospitalier (ASH) sont employés du service commun du CHU et passent dans le service le matin pour le nettoyage des chambres, du sol, des locaux, des services sanitaires et la collecte des déchets. À la différence du SMT en Iran, il n'y a pas de secrétaire administratif au sein du service, à part la secrétaire de direction installée à l'étage des bureaux administratifs, ni de brancardiers pour le transfert des patients. Ce dernier est assuré par les aides-soignants¹⁵². Il n'y a pas non plus d'assistant social au sein du service.

Ne faisant pas partie du personnel, nous comptons également 28 étudiants en médecine appelés « externes » qui passent leurs six semaines de stage au SUT,

¹⁵² « Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques », 31 décembre 2012, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>.

répartis dans sept équipes de quatre externes, avant d'être remplacés par une nouvelle équipe à la fin de leur stage.

Les médecins urgentistes obtiennent leur Diplôme Spécialisé d'État Complémentaire (DESC)¹⁵³ par validation de leur expérience professionnelle ou par une formation complémentaire de deux ans après l'obtention de leur diplôme docteur en médecine¹⁵⁴ (parcours qui peut durer neuf ans pour un généraliste, et dix ou onze ans pour un spécialiste). Les infirmiers, quant à eux, ont un accès réglementé à la profession, qui n'est possible qu'après l'obtention d'un Diplôme d'État d'Infirmier (DEI), après 36 mois de formation, reconnue depuis 2009 comme l'équivalent universitaire d'une licence¹⁵⁵. Cette formation se déroule la moitié du temps en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) pour les apports théoriques et l'autre moitié du temps sous forme de stages pratiques en milieu intra ou extra-hospitalier.¹⁵⁶ Les aides-soignants peuvent exercer ce métier sous la responsabilité d'un infirmier après l'acquisition d'un Diplôme d'État d'Aide-Soignant (DEAS) après un an de formation.

Au SUT, l'accueil des patients se fait par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), un poste pour lequel seulement 10% des infirmiers sont formés, selon les données de la DREES concernant ce service à la fin de l'année 2012¹⁵⁷. L'IAO a pour mission d'évaluer le degré d'urgence de l'état de santé du patient, d'effectuer au besoin les premiers soins et d'orienter le patient vers une salle d'examen ou la salle d'attente. Si le patient souffre d'un traumatisme ou d'une plaie, l'IAO peut dans un premier

¹⁵³ « Décret n° 2012-116 du 27 janvier 2012 relatif à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine de groupe I par validation de l'expérience professionnelle », 2012-116 § (2012).

¹⁵⁴ « Code de l'éducation Titre III : Les formations de santé (Articles L631-1 à L636-1) - Légifrance », consulté le 17 août 2012, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071191/LEGISCTA000006151368/#LEGISCTA000006151368.

¹⁵⁵ « Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique - Légifrance », consulté le 17 août 2012, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000022852360/2010-09-27/#LEGIARTI000022852360>.

¹⁵⁶ « Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier » (s. d.), consulté le 17 août 2012.

¹⁵⁷ « DREES bases de données enquête nationale ».

temps mettre en place un pansement ou une attelle. Il vérifie ensuite les constantes vitales, comme la fréquence cardiaque et la tension artérielle avec un appareil automatique ou manuel. Selon l'évaluation qu'il fait de la pathologie du patient, l'IAO vérifie également la température, la fréquence respiratoire, l'état de conscience, la saturation en oxygène, et le niveau de douleur. L'IAO interroge aussi le patient sur ses antécédents médicaux et chirurgicaux, sa couverture vaccinale, ainsi que sur l'existence d'allergies ou d'un traitement médicamenteux.

L'IAO saisit les premières informations dans le système informatique en classant la gravité du cas par un code couleur pour que le dossier du patient soit suivi par un médecin urgentiste. Le médecin senior remet à jour le degré d'urgence de l'état de santé du patient selon ses observations, ce qui peut parfois être contradictoire à la première évaluation réalisée par l'IAO.

Avant les examens médicaux, le patient doit éditer un dossier administratif au bureau d'accueil en présentant son numéro de sécurité sociale ou à défaut une adresse. Il doit patienter dans une salle d'attente ou une salle de surveillance avant d'être installé dans une salle de soins par un externe pour la suite des examens médicaux. Selon les premiers éléments d'observation, ces examens peuvent nécessiter une prise de sang dont l'échantillon est envoyé au laboratoire par un système de transfert pneumatiqué, et un passage au service d'imagerie pour une radiographie, un scanner ou une IRM. Lors de sa présence et avant une éventuelle mise sous surveillance, le service ne lui distribue pas de repas. Pour compléter le diagnostic, le médecin en charge du patient peut demander l'avis d'un confrère spécialiste qui peut nécessiter son déplacement au service des urgences pour une consultation auprès du patient.

Après le diagnostic médical, si une surveillance ou une hospitalisation n'est pas nécessaire, le patient peut quitter le service avec les instructions et les ordonnances médicales. Il peut passer à l'accueil administratif afin de s'acquitter du tiers payant (la part non prise en charge par le régime général de la Sécurité Sociale¹⁵⁸) ou de

¹⁵⁸ « Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale » (s. d.), consulté le 17 août 2012.

demander l'envoi de la facture à son adresse de résidence par la poste pour un paiement différé. Une prise en charge du transport par ambulance est possible sur ordonnance médicale pour le retour à son domicile.

En moyenne, environ 90 patients sont accueillis chaque jour par le service d'urgences médicales (SUM), qui comme les deux autres services présentés, assurent un accueil 24 heures sur 24 toute l'année. Au SUM, l'équipe médicale est composée au total de treize médecins urgentistes, deux psychiatres et douze internes. La présence de la journée est assurée par cinq médecins urgentistes. Pour la garde de nuit, un médecin urgentiste et deux psychiatres sont présents, ainsi que quatre internes à chaque garde et pendant toute la journée. Comme au SUT, le service paramédical est assuré par les infirmiers et les aides-soignants pendant la journée de 7h à 19h, avec une équipe composée de six infirmiers et six aides-soignants et durant la nuit de 19h à 7h. Encadrée par deux cadres de santé, l'équipe paramédicale est composée de 39 infirmiers (77% de femme), 35 aides-soignants (71% d'hommes). Contrairement au SUT, cinq agents de service hospitalier (ASH) ainsi que trois brancardiers sont employés permanents du service et deux d'entre eux font une permanence tous les jours, mais uniquement entre 7h et 15 h 30. Il faut souligner que la permanence des brancardiers a été mise en place après les revendications du personnel qui s'est mis en grève en 2009. Le SUM bénéficie de la permanence d'une assistante sociale et de deux gestionnaires administratifs pendant le jour et la nuit, et il est composé en tout d'une équipe administrative de 24 employés.¹⁵⁹ Comme au SUT, 28 externes répartis en sept équipes de quatre externes constituent des équipes de permanence de 4 externes présents durant toute la journée.

Au SUM comme au SUT, le planning de présence du personnel paramédical est réalisé sur l'année par le service des ressources humaines du CHU. L'emploi du temps du personnel leur est rappelé chaque semaine par ce service. Cet emploi du temps peut être ponctuellement modifié sur demande, avec l'accord du cadre de santé. Les deux cadres de santé, du SUT et du SUM constatent que ces changements

¹⁵⁹ « DREES bases de données enquête nationale ».

d'emploi du temps ainsi que le remplacement du personnel absent pour une raison telle qu'un arrêt maladie par exemple se fait spontanément entre les membres du personnel qui font eux-mêmes des propositions.

Le parcours des patients est similaire à ceux du SUT dans la globalité de leur trajectoire de soins, avec une différence toutefois au niveau de l'accueil. Au SUM, lorsqu'un patient s'adresse directement à l'accueil, un externe réalise une première évaluation de sa situation et selon le degré de priorité, il l'inscrit sur une liste d'attente pour qu'il soit ensuite examiné par l'IAO. Ce qui donne une première occasion de l'orienter vers d'autres dispositifs de soins si l'objet de sa présence ne nécessite pas une prise en charge immédiate. Cela permet également à l'IAO d'examiner d'abord les patients prioritaires, d'après l'évaluation de l'externe d'accueil. Dans l'attente de la suite de leur parcours de soins, ils patientent dans la salle d'attente de l'entrée, située à côté de la banque d'accueil.

Conclusion

Jusque-là, nous avons tenté de montrer ce que furent les glissements progressifs aussi bien en Iran qu'en France, d'un univers « archaïque »¹⁶⁰ à un monde « moderne ». En Iran, les figures symboliques de la charité et de la guérison furent remplacées par une « idéologie » médicale se déclinant à l'échelle institutionnelle et organisationnelle. D'une certaine façon, l'évolution historique du système de santé publique en Iran se fait dans le cadre d'un imaginaire¹⁶¹ qui n'est pas totalement celui qui continue de prévaloir au plan sociétal. En France, l'évolution s'est opérée depuis des considérations caritatives et religieuses vers un discours de santé publique venant s'incarner dans une institution étatique. Malgré les profondes différences des deux sociétés iraniennes et françaises, ces deux glissements présentent une certaine parenté. Ce que nous avons montré de l'organisation formelle des services d'urgences ne laisse donc pas entrevoir de nombreuses similarités par hasard.

¹⁶⁰ Enriquez, *L'organisation en analyse*, 58.

¹⁶¹ Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, 160.

En Iran, du Ve au Xe siècle, l'institution médicale traditionnelle, financée et contrôlée par le gouvernement disparaît pour laisser le soin et la médecine aux cabinets médicaux dont l'organisation ressemblait à de petites cliniques privées gérées par un médecin senior et ses apprentis, sans différenciation entre les catégories socioprofessionnelles. Ce système prévaut jusqu'au XIXe siècle, moment où l'institution médicale moderne, telle qu'elle se développe en occident, s'installe avec son institution pédagogique, son organisation, sa division du travail, les politiques de santé publique... le tout régit par le même paradigme celui de la médecine moderne occidentale.

Malgré sa « renaissance à l'occidentale » au XIXe siècle, l'hôpital iranien a gardé sa dénomination initiale : *bimâristan*, composée du mot persan *bimâr*, signifiant : « une personne privée de l'état de santé normal », et du suffixe *-stan*¹⁶², qui signifie le lieu. Cette dénomination maintient l'image et la symbolique d'un lieu de soins et d'accueil des malades. En France, avec le mot hôpital venant du latin *hospes* (« hôte ») qui est aussi la racine de « hospitalité », c'est cette dernière dimension qui est mise en avant. L'accueil semble primer le soin ou l'état de santé de la personne accueillie. Dans un *bimâristan*, la division du travail, les formes institutionnelles restent néanmoins marquées par le modèle antérieur traditionnel, à savoir le poids de la clinique privée n'ayant qu'une infime capacité d'accueil pour les personnes ne pouvant assumer le coût des soins. Tout se passe donc comme si le virage du XIXe siècle n'avait été pris que partiellement. Cette situation est évidemment à mettre en rapport avec la répartition des dépenses de santé en Iran. Le service public de soins représente 2,8% du PIB¹⁶³ contre 4,1% pour le secteur privé¹⁶⁴ en 2011 pour un total de 18,3% du PIB de dépenses pour l'ensemble du service public iranien. En

¹⁶² « Islamic Culture and the Medical Arts: Hospitals », Exhibitions (U.S. National Library of Medicine), consulté le 31 octobre 2021, https://www.nlm.nih.gov/exhibition/islamic_medical/islamic_12.html.

¹⁶³ Produit intérieur brut

¹⁶⁴ « Global Health Expenditure Database », consulté le 31 octobre 2014, <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/fr>.

ce qui concerne la sécurité sociale, seulement 46% de la population bénéficie d'une couverture¹⁶⁵, tous organismes d'assurance maladie compris.

Malgré un budget de plus en plus restreint qui ne suit pas le taux d'inflation (de 26,3% en 2011¹⁶⁶), ainsi qu'une dette importante des organismes d'assurance maladie envers les hôpitaux¹⁶⁷, ce qui entraîne parfois un retard de versement des salaires du personnel, nous constatons une croissance du recours aux hôpitaux publics. Les frais de soins et d'hospitalisation y restent contrôlés par l'État et ils demeurent plus accessibles pour les classes défavorisées que ceux du secteur privé, bien que le nombre de médecins par habitant soit significativement bas (0,69 médecin pour 1000 habitants contre 3,5 en France). En « concurrence » avec le secteur privé et dans le contexte des plans de croissance quinquennaux du pays, les hôpitaux publics s'orientent de plus en plus vers une augmentation de leur capacité d'accueil avec une réduction des budgets d'investissement et délèguent de plus en plus d'activités au secteur privé, autant que l'interprétation de la loi constitutionnelle le permet, en particulier à des structures monopolistiques¹⁶⁸ notamment des fondations de l'État contrôlant jusqu'à 40% du PIB¹⁶⁹. Cette « évolution » des hôpitaux publics est présentée par les acteurs politiques comme l'objectif du programme de « gouvernance clinique », mis en place par un plan économique de croissance du revenu et des objectifs d'amélioration de la « satisfaction des clients ». Dans ce contexte, le service d'urgences se retrouve jouer un rôle important en tant que portail d'entrée et d'orientation des patients

¹⁶⁵ « Statistical Center of Iran », consulté le 31 octobre 2013, <https://www.amar.org.ir/english>.

¹⁶⁶ « Inflation, prix à la consommation (% annuel) - Iran, Islamic Rep. | Data », consulté le 31 octobre 2013, <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/FP.CPI.TOTL.ZG?end=2019&locations=IR&start=2010&view=chart>.

¹⁶⁷ Khabar Online, « Le non-paiement des dettes d'assurance est le problème le plus important de l'Université des sciences médicales de la région (Article en persan : Adamé pardâkhté bîmeh-hâ djeddi tarine mochkêlé dânechgâhé olumé pézéchkié ôstân aste) », consulté le 31 octobre 2021, <https://behdasht.gov.ir/عدم-پرداخت-بدهی-بیمه-ها-جدی-ترین-مشکل-دانشگاه-علوم-پزشکی-استان-است>.

¹⁶⁸ Azadeh Kian-Thiébaud, « Iran : l'État islamique entre structures monopolistiques et modèle de l'État social », *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, n° 105-106 (15 janvier 2005) : 175-98, <https://doi.org/10.4000/remmm.2722>.

¹⁶⁹ Pepe Escobar, « It's the Economy, Ayatollah », *Asia Times*, 5 juin 2002, <https://asiatimes.com/2002/06/its-the-economy-ayatollah/>.

s'adressant à l'hôpital public. Bien que sur le plan de la division du travail le service d'urgences iranien soit similaire aux services étudiés en France, la structure organisationnelle et particulièrement le parcours du patient sont légèrement différents. Le parcours des patients doit en effet s'adapter à la nécessité de s'acquitter des frais de soins avant la sortie de l'hôpital, tandis que l'organisation du service – qui semble générer de fréquentes interactions conflictuelles – nécessite un contrôle policier assuré par la présence permanente des agents de sécurité. Nous faisons l'hypothèse que ces conflits sont la conséquence du décalage entre la finalité formelle de l'organisation et sa réalité en tant que « réceptacle des problèmes sociaux »¹⁷⁰ ; nous le vérifierons en Partie II.

En France, les ordres de grandeur sont très différents. La totalité des dépenses de santé publique en 2011 est 19,6 fois plus élevée qu'en Iran¹⁷¹. Les dépenses globales de santé s'élèvent, cette même année, à 56% du PIB¹⁷² (lequel PIB français est 5,5 fois supérieur à l'iranien) dont 7,8% en santé publique¹⁷³ contre 3,5% dans le secteur privé¹⁷⁴ (voir ci-dessous Figure 2 et Figure 3). L'importance du secteur public dans le champ de la santé est donc bien supérieure en France qu'elle ne l'est en Iran. On peut faire l'hypothèse que ceci s'explique en partie par l'héritage des hôtels-Dieu et des œuvres de charité étroitement liés à l'institution religieuse, là où en Iran le secteur privé occupait une place prédominante jusqu'au XIX^e. En France, l'hôpital gagne son autonomie à la fin du XVIII^e siècle, au moment où se renforce la clinique, l'institution médicale peut alors se construire de même que son « idéologie »¹⁷⁵ sur les principes de la médecine moderne. C'est cette institution et ces principes qui vont s'exporter en Iran alors que le contexte sociohistorique, l'univers symbolique, l'organisation de la médecine étaient très différents. La similarité de la structure

¹⁷⁰ Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*.

¹⁷¹ « Current health expenditure per capita (current US\$) | Data », consulté le 31 octobre 2021, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?end=2018&start=2011>.

¹⁷² « Global Health Expenditure Database ».

¹⁷³ « Domestic general government health expenditure per capita (current US\$) | Data », consulté le 31 octobre 2014, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2018&start=2011>.

¹⁷⁴ « Domestic private health expenditure (% of current health expenditure) | Data », consulté le 31 octobre 2014, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS?end=2018&start=2011>.

¹⁷⁵ Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, 160.

organisationnelle formelle des trois services étudiés, ne peut effacer les caractéristiques à partir desquelles les soins se déclinaient dans chacun des deux pays avant que la greffe occidentale soit opérée sur le système hospitalier iranien.

Le chapitre qui suit, en proposant trois monographies des différents services étudiés et en plaçant, cette fois, l'accent sur les dimensions informelles de leur fonctionnement, devrait nous permettre de fouiller plus avant nos comparaisons. Nous tenterons de démêler les différents composants qui font de ces trois organisations, malgré quelques similitudes, des entités très singulières.

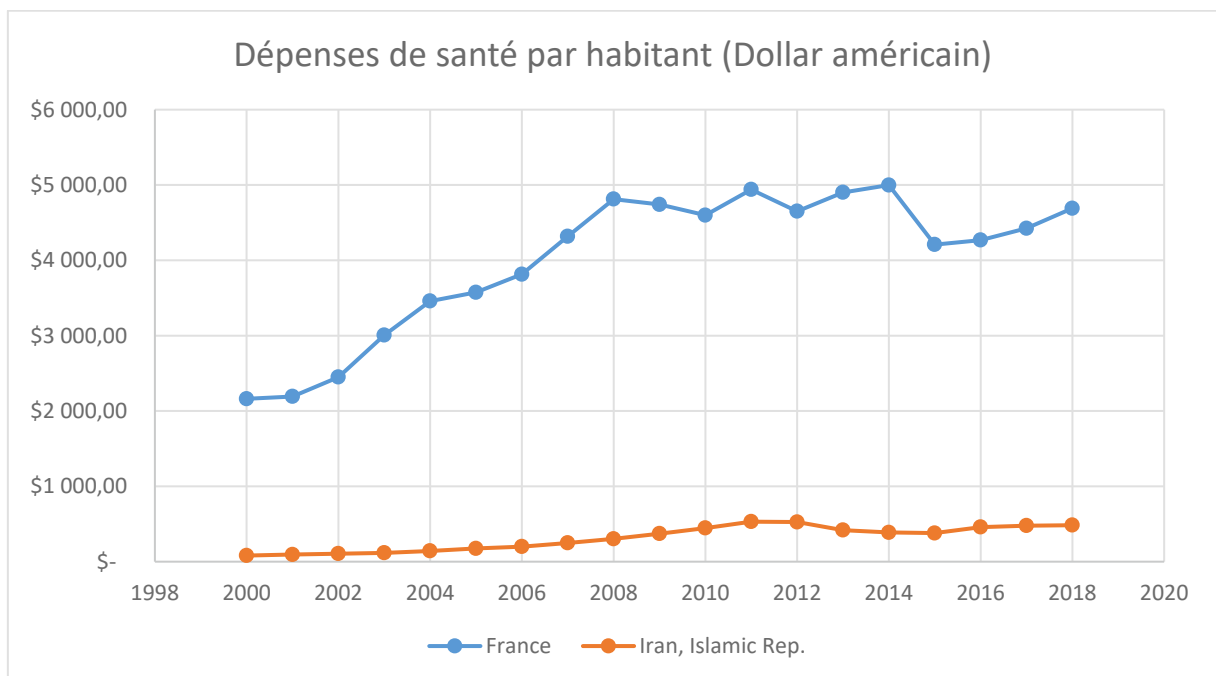


Figure 2 : Dépenses de santé par habitant

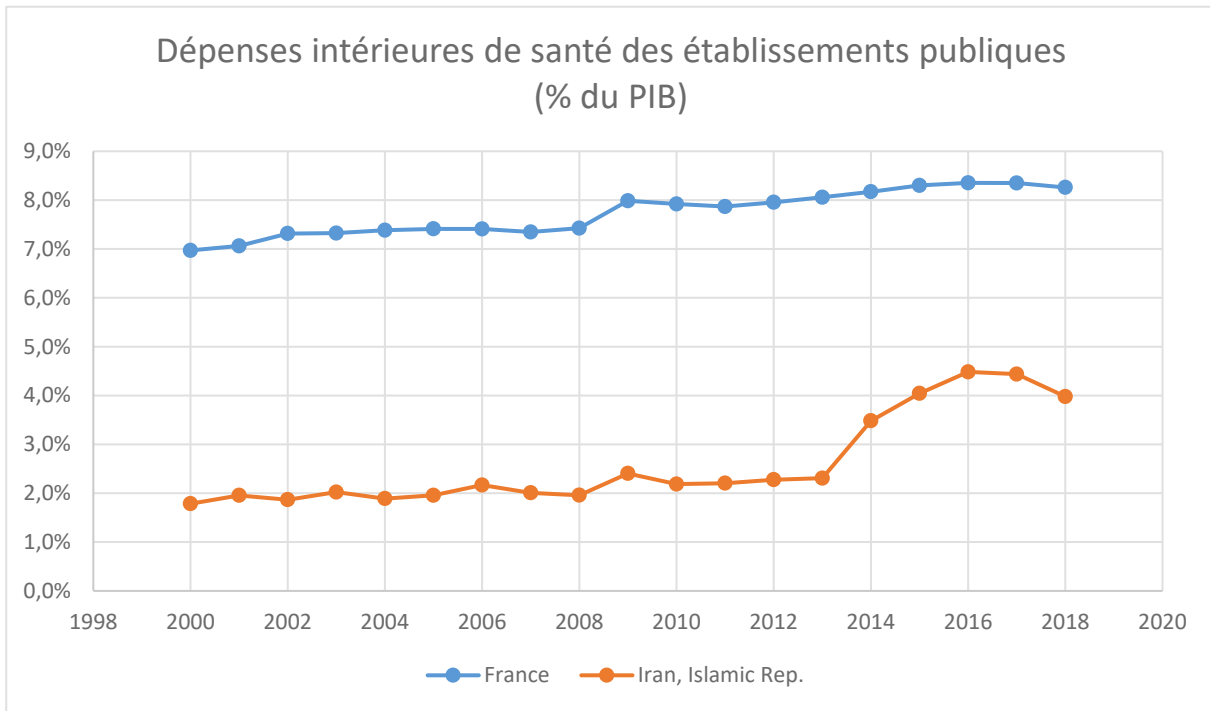


Figure 3 : Dépenses intérieures de santé des établissements publics

Chapitre II. Les services d'urgences étudiés : trois monographies

Si le chapitre précédent nous a permis d'approcher les dimensions contextuelles générales (repères historiques, économiques, institutionnels) qui constituent l'arrière-plan des trois services au sein desquels nous avons conduit notre recherche, il ne nous a pas permis de découvrir le fonctionnement ordinaire de chacune de ces unités d'urgence. Les développements qui suivent vont donc compléter notre travail de description en se consacrant à une présentation, aux accents ethnographiques, de chacune d'elles. Sous la forme de trois monographies ¹⁷⁶, qui toutes prendront appui sur le récit d'une journée d'observation (d'une durée de 24 heures), nous restituerons nos observations, les moments que nous avons vécus au sein des services, autant de scènes qui nous apparaissent symptomatiques des logiques à l'œuvre au sein de ces unités. Notre intention est d'immerger le lecteur dans les univers symboliques iraniens et français, forcément contrastés ; déposés dans des langues différentes, ces univers s'incarnent aussi au travers d'une multitude de détails, de moments quotidiens, ordinaires. Pour rendre compte de ce que fut notre implication et des sollicitations fortes dont nous avons été l'objet, nous rédigerons certains passages de notre récit à la première personne du singulier.

Dans les trois cas, nous garderons le même fil conducteur en abordant à chaque fois et successivement l'organisation quotidienne du travail, la répartition des tâches, l'architecture de l'espace et de la temporalité. Puis, nous nous pencherons sur le récit que font les membres du personnel soignant à propos de leur quotidien, sur l'analyse qu'ils ont de leur vécu, de leur façon d'organiser leur travail, de ce qu'ils trouvent normal, de ce qu'ils estiment devoir être modifié. À la fin de chaque section, nous aborderons quelques cas symptomatiques qui nous paraissent fournir des informations essentielles à l'échafaudage de nos principales hypothèses.

¹⁷⁶ Arborio, « Histoires de vie, archives et observation du travail au service d'une étude sur les carrières professionnelles ».

Trois types de régulations vont être présentés. Selon les pathologies traitées, les différences observées dans la division du travail, les modalités de gestion du temps et de l'espace mises en œuvre, les interactions entre les personnels, d'une part, les personnels et les patients, d'autre part, vont se trouver largement infléchies.

1. Le service des urgences traumatologiques (SUT)

Le service des urgences traumatologiques, surnommé de manière informelle par les soignants « le service des "bobologies" », fonctionne 24 heures sur 24 et reçoit des pathologies causées par des traumatismes qui nécessitent parfois des opérations chirurgicales légères. D'après les soignants, la procédure de diagnostic et de soins des patients de traumatologie est plus rapide que pour ceux des pathologies internes (comme nous le verrons dans le deuxième service étudié), à l'exception des patients « âgés » dont la plupart poursuivent un parcours d'hospitalisation suite à leur admission dans le service. Pour obtenir cette poursuite du parcours de soins, il leur faut attendre une admission au service de gériatrie, attente souvent longue en raison du manque de lits disponibles. Comme pour les autres services, la charge de travail liée au nombre de patients et aux pathologies accueillies est très variable, ce qui suppose une grande adaptabilité du personnel soignant et administratif, sachant que, par ailleurs, ni l'organisation de l'espace ni les effectifs ne peuvent varier. Si le SUT (comme les deux autres unités étudiées) réunit les catégories socioprofessionnelles classiquement attendues dans un service de soins et connaît une répartition formelle des tâches toute aussi habituelle -à l'exception de quelques variations-, il connaît en revanche (comme les autres unités que nous présenterons plus loin) des formes organisationnelles spécifiques en lien avec les pathologies traitées. Ainsi, l'étendue des savoir-faire des soignants variant en fonction des cas rencontrés et des formations supplémentaires engagées pour pouvoir faire face aux situations, le champ de l'activité professionnelle peut se trouver (à statut comparable) assez largement redéfini. Nous allons fournir des exemples de cette redéfinition en livrant quelques scènes que, comme nous l'avons indiqué plus haut, nous situons dans un espace-temps de 24h.

1-1. L'espace-temps accordéon

« *C'est sympa ce soir ! C'est dynamique !* », dit le médecin senior vers minuit. Il est neurochirurgien de formation et travaille au SUT depuis quatre mois – « longtemps », d'après lui – en attendant de trouver un poste correspondant à sa spécialité. Il trouve que les cas traités dans ce service sont fatigants et ne sont guère stimulants. En tant que spécialiste, il se vit comme étant « coincé » au SUT. L'hétérogénéité des patients accueillis ne lui permet pas de développer son activité dans sa spécialité. Les urgentistes font des gardes de nuit, « ne peuvent pas dormir » et sont donc dans un mode de fonctionnement qui n'est pas celui d'un spécialiste qui doit pouvoir choisir ses malades. Le patient qui arrive comme « sujet total » et non comme objet d'une spécialité¹⁷⁷, les changements de rythme imposés par l'imprévisibilité inhérente aux urgences, l'intensité de la pression... sont autant d'éléments qui infléchissent assez négativement sa perception du travail.

« *Oui ! C'est speed !* », confirme un externe en écho aux propos du médecin senior. Quelques instants plus tard, le caractère « dynamique » ou « speed » disparaît et, avec seulement quelques personnes attendant en salle d'attente ou dans le couloir, chacun constate un retour au calme. Deux groupes d'externes discutent : l'un d'eux reproche à ses collègues d'avoir pris tous les cas « intéressants », comme les sutures, et de ne lui avoir laissé que les cas « pourris ».

Une pré-sémiologie s'ajoute donc à la sémiologie médicale pour distinguer les cas « attractifs » ou vitaux, de ceux qui s'adressent aux services d'urgences pour toute autre raison qu'une « urgence » (selon des critères médicaux). Ainsi, il n'est pas rare que des patients préfèrent se rendre aux urgences hospitalières plutôt que d'aller chez leur médecin, et ce, par simple commodité (accessibilité, horaires de travail, etc.). A ceux-ci s'ajoutent les personnes qui estiment être en situation d'urgence alors que les soignants ont une appréciation contraire. Avec cette évocation, on touche à la complexité de la définition de ce qui est urgent ou pas ; complexité à laquelle les médecins ajoutent d'autres distinctions en séparant, par

¹⁷⁷ François Danet, *La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical*, Clinique du travail (Toulouse : ERES, 2008).

exemple, les « vraies » urgences, résultant d'accidents « normaux », des urgences liées à une activité « de loisir » (comme le ski, les rodéos, etc.) lesquelles, selon certains praticiens, devraient être traitées, mais sans que cela puisse donner droit à un remboursement des soins pas la Sécurité Sociale.

Une soirée « sympa » pour le chirurgien, « speed » pour l'externe pourra être trouvée « ennuyeuse » par l'aide-soignant du moment. Ces appréciations livrées dans un instant « T » pourront être totalement modifiées d'un moment à l'autre selon ce qui surviendra (nombre de cas à traiter, gravité de la blessure, présence d'agressivité ou pas ...). L'image d'un accordéon nous paraît pouvoir illustrer ces variations, ces changements imprévisibles. Alors que l'espace du service, le temps et la quantité des personnels sont constants, le flux des malades va imposer des variations de rythme et d'activités. Selon la nature des interventions médicales à réaliser (rapide, complexe), il faudra « stocker », « trier », « recycler » les patients. Les seuls leviers de cette adaptation résident dans la professionnalité des soignants, dans leur capacité à faire face.

Si l'attractivité médicale de tel ou tel cas a son importance dans le fait qu'une journée de travail aura été considérée comme intéressante ou non, certaines situations cocasses peuvent aussi concourir à égayer le service. Rire, plaisanter, se moquer, grimacer, autant d'attitudes qui agissent comme des « opérateurs d'intelligibilité pratique et symbolique du travail » ou encore comme « formes de contrôle social construisant et assurant la cohésion des collectifs professionnels »¹⁷⁸. Ce soir, il s'agit d'un patient amené au SUT pour une fracture de verge lors d'un rapport sexuel. Les externes s'impatientent pour examiner à leur tour cette urgence urologique rare. À leur retour en salle du personnel, un soignant se met à imaginer et mimer les gestes éventuels qui auraient pu causer la fracture au moment du rapport. L'un des infirmiers raconte qu'il n'a pas pu s'empêcher de rire devant le patient, tout en s'en excusant.

¹⁷⁸ Stéphane Le Lay et Barbara Pentimalli, « Enjeux sociologiques d'une analyse de l'humour au travail : le cas des agents d'accueil et des éboueurs », *Travailler* 29, n° 1 (2013) : 141-81, <https://doi.org/10.3917/trav.029.0141>.

Sa femme était plus inquiète que lui-même (rire) ! Je lui ai dit « excusez-moi pour mon rire » et il m'a répondu « non, il vaut mieux rire, car ça apaise la douleur ! ». Je lui ai dit qu'il était chanceux de ne pas être un travailleur du sexe ! Sinon ça aurait été compliqué pour travailler (éclat de rire) !¹⁷⁹

De l'autre côté de ce lieu particulièrement animé, tout un secteur du service est devenu inaccessible à cause d'une odeur « insupportable ». Des soignants que nous avons observés lors d'autres moments particulièrement difficiles et qui ne laissaient jamais transparaître un quelconque sentiment de dégoût, ne parvenaient pas à se contenir. Un patient se trouvait en salle d'attente pour un abcès épидидymo-testiculaire non traité, ce qui lui avait provoqué une infection du scrotum et ce malgré la consultation dont il avait bénéficié dans un autre service d'urgences quinze jours auparavant. Lors de cette première consultation, des mycoses superficielles lui avaient été diagnostiquées comme cause de l'infection et la prescription d'un shampoing désinfectant lui avait été fournie. L'infection s'étant aggravée, suite à cette erreur de diagnostic, il encourrait un risque d'amputation. L'odeur de l'infection emplissait la salle d'attente et tout l'espace du couloir attenant. Les soignants qui passent se demandent si l'odeur émane de ce patient et discutent de sa réorientation vers un service spécialisé. On les sent impatients de son évacuation et il est laissé seul dans la salle d'attente ; objet d'une « traduction violemment somatisée du social »¹⁸⁰, le malade ne peut que constater que les soignants cherchent un « bricolage »¹⁸¹ pour l'éloigner. Ceux à qui le sale boulot¹⁸² est généralement confié, en l'occurrence les aides-soignants, ne peuvent pas, cette fois, résoudre le problème. Seule une opération chirurgicale peut éliminer la partie « dégoutante » et infectée que porte en lui le patient.

¹⁷⁹ « Extrait du journal de terrain SUT » (France, 2012).

¹⁸⁰ Dominique Memmi, Gilles Raveneau, et Emmanuel Taïeb, éd., *Le social à l'épreuve du dégoût, Le social à l'épreuve du dégoût, Le sens social* (Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2019), 13.

¹⁸¹ Memmi, Raveneau, et Taïeb, *Le social à l'épreuve du dégoût*.

¹⁸² Anne-Marie Arborio, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2 Ed. (Paris : Economica, 2012).

Dans ce service, la salle du personnel joue le rôle d'un espace tampon ; c'est un réservoir de professionnels en attente d'une probable mais incertaine hausse d'activité. Les soignants se reposent, mangent, s'organisent et transforment ce lieu en un « contenant des pulsions, des affects et des fantasmes qui circulent entre ses membres »¹⁸³. L'ensemble des catégories socioprofessionnelles s'y retrouvent, opèrent des transmissions, échangent des informations ; c'est un lieu essentiel de régulations sociales. Ils partagent leur jugement sur une situation, sur un patient ou un collègue absent ; la parole est forte et résonne jusque dans la salle d'attente. Les nouveaux arrivants, cherchant à s'intégrer à l'équipe, n'ont qu'à écouter et ils ont très vite une cartographie du climat social du service, de ses normes, des attitudes jugées légitimes ou illégitimes. Les anciens évoquent l'existence des conflits, des contentieux, des affrontements pouvant exister entre les différents groupes de garde. Composés des différentes catégories socioprofessionnelles, ces groupes rassemblent des gens ayant l'habitude de travailler ensemble. Ils se choisissent les uns les autres et n'aiment guère changer d'affectation. Ces échanges dans la salle du personnel produisent des situations qui oscillent entre des moments forts, enjoués ou très tendus ; les lignes de fractures ou d'alliance s'organisent selon les sujets, mais les frontières des catégories professionnelles font souvent la démarcation. Même si les plaisanteries et l'humour constituent la toile de fond de ces échanges, on peut aussi repérer dans ces discussions des jeux stratégiques qui ne sont pas sans rapport avec les enjeux des uns et des autres. Même dans la bonne humeur les questions du pouvoir, de la hiérarchie, de la division des tâches ne disparaissent pas entre les acteurs¹⁸⁴. François Danet analyse ce qui se joue dans ce genre d'espace en évoquant le « coin fumeur » du service d'urgences qu'il étudie, il s'y produit, écrit-il, « une forme d'interdiscursivité des processus associatifs à plusieurs, qui permet qu'advienne un espace dépositaire des éléments de la groupalité interne désagrégée »¹⁸⁵. Au travers des jugements émis, des étiquettes et des catégorisations utilisées, des situations relatées, se dessinent les groupes,

¹⁸³ Danet, *La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical*.

¹⁸⁴ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

¹⁸⁵ Danet, *La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical*.

s'esquissent leurs choix stratégiques... Les nouveaux venus, en étant attentifs à ces temps collectifs, apprennent beaucoup du service même si l'ambiance est riieuse et marquée au sceau de la « décompression »¹⁸⁶. Ce genre de lieu, qui peut paraître interstitiel, recèle nombre d'informations, quelles sont les alliances, les mésalliances, les exclusions.

Même s'il est minuit passé, lorsque le service est suffisamment calme pour que les membres du personnel puissent manger ensemble, ils s'installent à table dans la salle de repos et partagent leur repas. Certains amènent à manger et d'autres (majoritairement des externes) vont chercher un plateau-repas à la cantine du CHU. Parfois, lorsqu'un collègue part à la retraite, ou quand on fête un anniversaire, un événement, le repas prend la forme d'un buffet. Deux aides-soignants insistent pour que S. mange quelque chose. Elle est infirmière, a une quarantaine d'années et six ans d'ancienneté. Elle a une tache de sang dans l'œil probablement à cause d'une hémorragie sous-conjonctivale. Elle parle de sa fatigue qui se lit sur son visage.

Cela fait plus de six semaines que les observations sont en cours, mais j'ai l'impression d'être sciemment ignoré par certains aides-soignants. Alors que je l'écoute, je suis interpellé.

« Alors tu es épicurien ! », me dit le plus ancien des aides-soignants qui part à la retraite dans deux semaines et qui a accroché son diplôme sur le mur de la salle du personnel.

Je suppose qu'en raison de mon pays d'origine, il devait penser que je pratiquais une religion qui prohibe certains aliments. Je m'interroge silencieusement : une transgression de ma part, en mangeant un aliment supposé interdit, pourrait-elle me rapprocher de son clan ?

Il poursuit : « Je suis en bon terme avec toutes les cultures et je m'adapte. Je suis fils de paysan et je suis originaire d'un village. Quand j'étais jeune, je ne faisais pas de différence entre les personnes d'origine française ou autre. Mais quand tu vois ici comment certains se comportent, qu'ils ne

¹⁸⁶ Le Lay et Pentimalli, « Enjeux sociologiques d'une analyse de l'humour au travail : le cas des agents d'accueil et des éboueurs ».

savent même pas faire un simple remerciement, qu'ils n'ont aucun respect pour nous qui faisons notre boulot, alors on devient raciste ! » dit le deuxième aide-soignant, plus jeune, en riant¹⁸⁷.

Il est 2 h 30 du matin et les chiffres affichés sur l'écran de l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) – qui se remettent à zéro à minuit – indiquent 4 entrées à partir de minuit et 15 patients au total dont 5 sont déjà pris en charge. La fréquence d'une entrée, environ toutes les 30 minutes, montre bien la baisse d'activité par rapport à une entrée en moyenne toutes les 15 minutes par jour habituellement. Dans la salle du personnel, les infirmières parlent du travail de nuit qui fait soit grossir, soit maigrir, car selon elles, on a tout le temps envie de manger - cette hypothèse est aussi celle d'Odile Rohmer¹⁸⁸. Au même moment, un débat vif, leur faisant hausser la voix, s'amorce entre d'un côté deux médecins séniors (Ch. et Ra. qui ont tous les deux fait leurs études à l'étranger avant d'immigrer en France avec leur famille pour continuer à exercer la médecine) et un aide-soignant (Re. Spécialisé en pose de plâtre) et de l'autre deux infirmières (V. et N.) et un aide-soignant (A. qui poursuit en parallèle ses études en anthropologie). Les trois premiers protagonistes trouvent inadmissible d'imposer 65% d'impôt sur le revenu annuel au-delà du seuil d'un million d'euros et défendent la propriété privée, alors que les trois autres rappellent les principes de la solidarité et critiquent les inégalités sociales.

Aide-soignant Re. : « Je ne donne mon argent à personne. Si je gagne deux millions, c'est l'argent de ma poche ! Personne n'a le droit de me le prendre. Dis à ces députés qui cumulent des postes et qui gagnent vingt mille par mois que tu leur en prends la moitié, tu verras leur réaction ! »
Dr. Ch. : « C'est une agression que je dois payer 1667€ de taxe d'habitation ». Une demi-heure avant, ce médecin m'expliquait les avantages du système de santé français et de la sécurité sociale en le comparant au système américain qu'il trouvait inhumain. Il pensait tout de même que les accidents causés pour les loisirs devraient être pris en

¹⁸⁷ « Extrait du journal de terrain SUT ».

¹⁸⁸ Odile Rohmer et al., « Étude du rythme veille/sommeil, de l'activité motrice générale et du comportement alimentaire de travailleurs postés obèses : l'exemple des infirmières », *Le travail humain* 67, n° 4 (2004) : 359-76, <https://doi.org/10.3917/th.674.0359>.

charge par les mutuelles de santé et non par la caisse primaire d'assurance maladie.

Infirmière V. : « Hé ho ! Où sommes-nous ? » Elle proteste à très haute voix. « C'est la participation dans l'affaire publique ! C'est la solidarité sociale ! En plus ils ne vont pas prendre tout son argent ! »

On évoque le cas des footballeurs quand Dr. Ra. réagit : « Mais ils ne travaillent que quelques années dans toute leur vie ! »

Infirmière V. : « Pour gagner trois fois plus que ce que tu pourrais gagner si tu travaillais toute ta vie ! ».

Les infirmières proposent de boycotter les films d'un acteur légendaire du cinéma français suite à sa protestation contre cette loi sur l'impôt.

Au milieu de la discussion, l'aide-soignant Re. rappelle en me désignant du regard : « ce qui est bien avec lui, c'est qu'il n'est pas extrémiste ! »

Dr. Ch. : « Qu'est-ce que ça veut dire " il n'est pas extrémiste" ? Combien d'extrémistes as-tu déjà vus en France ? »

Aide-soignant Re. en riant : « Ils sont bien plus nombreux en Iran et en [il ajoute le nom du pays d'origine de Dr. Ra] ».

Dr. Ra se défend : « Non chez moi les extrémistes sont dans les montagnes et ne se promènent pas dans les rues ». ¹⁸⁹

De l'autre côté, quelques externes discutent avec un infirmier à propos de la prise en charge par la sécurité sociale des accidents survenus lors d'une pratique de sport de loisir. Pour certains d'entre eux, la distinction des cas est très délicate, voire impossible. Pour l'infirmier, les pathologies correspondantes peuvent être facilement caractérisées et on peut très bien distinguer un accident du travail d'un accident de ski.

Externe : Alors, il ne faudrait pas prendre en charge l'hospitalisation d'une personne qui mange trois Mac-Do¹⁹⁰ par jour et qui fume, suite à un AVC ?

¹⁸⁹ « Extrait du journal de terrain SUT ».

¹⁹⁰ L'externe fait allusion aux méfaits sur la santé de la consommation de produits issus de la restauration rapide similaire à la chaîne américaine McDonald's.

Infirmier : Ces personnes doivent payer plus de TVA pour ce type de consommation à risque.

Les médecins quittent la salle pour reprendre leur travail dans la salle des médecins et certains partent au « coin fumeur », devant l'entrée des pompiers et des ambulances, pour continuer leur conversation. La moitié des externes qui font la garde de minuit à 3 heures se préparent pour céder leur place à l'autre groupe qui se repose dans les dortoirs au sous-sol et qui va assurer la garde de 3 heures à 6 heures. Un aide-soignant (Al.) avec vingt-trois ans d'ancienneté dans le service s'adresse aux externes d'un ton infantilisant : « à 8 heures, vous prenez le biberon et vous allez faire dodo, ok ? ». Les couloirs sont très calmes et deux aides-soignants sont assis derrière la banque d'accueil avec une IAO, alors qu'un homme d'une vingtaine d'années, vêtu d'une chemise blanche et d'une cravate noire, court devant l'accueil et, essoufflé, demande un menthol¹⁹¹ : « Nous avons vraiment besoin d'aide. Elle est dehors. On ne peut pas l'amener à l'intérieur ». L'aide-soignant Al. prend des gants chirurgicaux et suit l'homme vers une voiture dans laquelle se trouvent deux autres hommes et deux femmes de la même tranche d'âge. L'une de ces dernières pleure pendant que l'autre est visiblement en état de crise d'asthme ou de panique. Les hommes expliquent vaguement qu'une des femmes aurait fait une crise d'asthme, ce qui aurait choqué l'autre. L'aide-soignant essaye de faire sortir la jeune femme en crise sans succès, et il prend son téléphone pour appeler. L'autre aide-soignant et l'IAO se dirigent vers la sortie avec un spray à la main qu'ils étaient allés chercher à la pharmacie du service entre temps. L'IAO explique aux hommes qu'il faut amener la jeune femme au SUM, car elle n'a pas subi de trauma et qu'il s'agit dans son cas de médecine interne. L'un des hommes prend un ton agressif. « ... et ils me réexpliquent leur arbre généalogique. Cela ne me regarde pas ! Il faut aller à N, vous m'écoutez ? » réplique l'infirmier d'un ton ferme. Le conducteur demande à être accompagné, car il dit avoir bu trop d'alcool pour conduire. L'aide-soignant accepte. Mais finalement, ils se dirigent vers le SUM sans l'attendre. Quelques minutes plus tard, on entend le crissement des pneus de leur

¹⁹¹ Nom familier utilisé pour parler des médicaments bronchodilatateurs à donner en cas de crise d'asthme.

voiture qui se précipite pour sortir du CHU à grande vitesse. L'un des aides-soignants déplore que de nos jours les jeunes conduisent plus qu'avant sous l'emprise de l'alcool. Une supposition à vérifier ! L'autre aide-soignant critique la jupe d'une des femmes qui serait trop courte à son avis pour ce froid de décembre : « *on ne sait pas ce qu'elle s'était préparée à faire* », avançant d'un air suspicieux des préjugés chargés d'« ambivalence sexiste »¹⁹² sans pour autant prendre le risque de s'exposer à la critique de ses collègues en prolongeant plus clairement son propos.

Le service est de nouveau très calme. Un agent de service hospitalier (ASH) s'est couché, comme deux autres externes de garde, sur les brancards dans la partie moins fréquentée du couloir qui entoure les box des soins. Cette partie constitue également la zone d'hospitalisation courte où les patients sont gardés la nuit sous surveillance ou en attendant une admission dans un autre service, la plupart du temps en gériatrie.

« Amenez-moi hors d'ici ! sortez-moi d'ici ! » gémit une patiente âgée sous oxygène, qui tente de se lever de son brancard et que j'entends lorsque je fais le tour des couloirs. « Il est 5 heures du matin et vous êtes à l'hôpital, madame ! Voulez-vous que j'appelle un soignant ? » dis-je à la patiente. « Non ! amenez-moi dehors ! » répète-t-elle avec un visage très inquiet. Je me dirige vers la salle des infirmiers, souvent infréquentable à cause du bruit du système pneumatique de transmission des prélèvements, et je croise deux infirmières qui discutent calmement. Je leur décris la patiente et elles se dirigent toutes les deux vers le box. « Où voulez-vous qu'on vous amène ? Savez-vous quel froid il fait dehors à cette heure-ci ? » demande l'une des infirmières d'un ton réconfortant. La deuxième m'explique que la patiente a fait une chute et doit être opérée, mais qu'il n'y a pas de place au bloc opératoire. Elle dit que les patients dans des situations similaires sont généralement très âgés, vivent seuls et qu'ils veulent parler à quelqu'un. « Cela vous touche-t-il ? » demandai-

¹⁹² Jacques-Philippe Leyens, « Discriminations et préjugés », in *Sommes-nous tous racistes ?*, PSY-Individus, groupes, culture (Wavre : Mardaga, 2012), 105-27.

je à l'infirmière. « Oui, mais cela dépend des cas. Il faut être prudent pour ne pas trop plonger dedans, sinon c'est tous les jours pareil et on ne peut pas s'en sortir ! ». ¹⁹³

Il est bientôt 4 heures du matin. Un patient s'adresse à l'accueil et explique avoir très mal aux mains, car il a donné un coup des deux poings, simultanément, dans un tronc d'arbre. Le médecin senior qui est à l'accueil lui pose quelques questions avant de l'inviter à aller s'enregistrer au bureau administratif et à patienter ensuite dans la salle d'attente. Un infirmier se tourne vers moi après le départ du patient vers la salle d'attente et m'explique en riant qu'ils appellent cela « *une fracture de con* », car celui qui fait ce geste pris d'un coup de rage est selon lui un « con ». Il semblerait que l'infirmier ait trouvé une étiquette pour ce patient, et il utilisera le surnom qu'il donne au patient, « le con », au lieu de se référer au bracelet d'identification avec le code-barres électronique que les patients doivent porter dès l'admission dans le service. Le médecin senior demande à l'externe d'appeler le spécialiste en orthopédie de garde au service de chirurgie orthopédique du CHU. L'externe répond avoir essayé deux fois, mais que le médecin lui aurait « raccroché au nez ». Elle indique qu'elle réessaiera dans quelques minutes.

En attendant, le médecin raconte qu'à son retour chez lui il dormira jusqu'à l'après-midi, avant de reprendre la route pour une nouvelle garde de 24 heures. À la question de l'infirmière qui lui demande comment il peut tenir à ce rythme, il répond que l'autre service est habituellement calme et qu'il pourra dormir la nuit.

Vers 5 h 30, le patient avec une fracture des deux mains retourne à l'accueil et souhaite partir pour revenir le lendemain. Le médecin lui explique qu'à son avis, il vaudrait mieux rester encore un peu, que sinon son cas risque de se compliquer davantage, car premièrement, c'est déjà le « lendemain » à cette heure-ci, et que deuxièmement à son retour toute l'équipe aura changé et qu'il devra recommencer tous les examens. « *Nous avons déjà appelé le spécialiste, il est probablement très occupé au bloc mais il ne doit pas tarder, car il a deux patients à visiter ici* », continue le médecin. Il réussit à persuader le patient de retourner en salle d'attente.

¹⁹³ « Extrait du journal de terrain SUT ».

Deux infirmiers, la tête posée sur un bureau ou sur un siège, font la sieste. L'infirmière dont nous avons fêté l'anniversaire cette nuit continue à travailler dans un box pendant un long moment. Elle a changé les vêtements d'un patient et lui a fait sa toilette. Les aides-soignants et les ASH ne sont visiblement plus dans le service. Il n'y a plus de transfert de patients, ni de repas à servir. D'après l'IAO, après le nettoyage matinal des sols, des poubelles et des draps, ils sont allés se reposer dans les dortoirs. Cette absence entraîne des glissements de tâches vers d'autres collègues, notamment les externes et les infirmiers. Ce qui peut provoquer un désordre dans la répartition des tâches et parfois occasionner des tensions.

Un patient veut aller aux toilettes. Une externe vient chercher un aide-soignant pour l'accompagner. Deux infirmières présentes dans la salle se lèvent simultanément pour aller s'en occuper. L'une d'entre elles demande pourquoi le patient n'avait pas sonné. Elle retourne en salle du personnel après quelques instants sans avoir trouvé le patient concerné et dit avoir réveillé par erreur un autre patient. L'externe répond qu'un autre externe s'en est déjà occupé.¹⁹⁴

Dès 6 h 45, les sirènes des pompiers se multiplient et l'arrivée des brancards au service s'intensifie. L'IAO explique qu'entre 5 heures et 6 heures du matin, c'est l'heure de la sortie des boîtes de nuit et des bagarres qui vont avec. Le temps d'arriver aux urgences, nous accueillons la vague des admissions vers 7 heures. Malgré les arrivées nombreuses, aucun nouveau patient n'est pris en charge. C'est l'heure du changement de l'équipe de garde. Un des externes qui a fait la garde de nuit s'adresse à un autre externe qui vient d'arriver :

« Salut beau gosse ! Nous avons une journée de folie ! Douze patients sont en attente [de prise en charge], nous n'avons aucun box vide et les médecins ne sont toujours pas arrivés !¹⁹⁵ »

L'accordéon se rétracte. La salle d'attente se remplit de patients. Les passages de professionnels, de patients et d'accompagnants se multiplient à l'accueil et une file

¹⁹⁴ Ibid.

¹⁹⁵ Ibid.

d'attente se forme devant l'entrée. La salle du personnel se transforme en salle de réunion pour la transmission des informations à la nouvelle équipe et pour répartir les patients. Les couloirs calmes sont maintenant des réservoirs surveillés pour « stocker » les patients de la veille au soir, déjà anciens, et placer les nouveaux dans les box pour les examens médicaux. Les échanges entre collègues ne concernent désormais que le travail et les patients se substituent aux discussions qui ont lieu pendant les pauses spontanées ou lors d'un retour au calme.

1-2. La division du travail et son organisation

À l'entrée du pavillon qui accueille le SUT, un couloir sépare le service d'urgences dentaire des escaliers qui mènent au bureau administratif à l'étage et aux dortoirs du sous-sol avant d'arriver à la salle d'attente externe. Cette salle relie l'entrée des brancards et le passage des ambulances, le bureau d'admission administrative et l'espace devant la banque d'accueil, tous deux accessibles par une porte automatique coulissante. Aucun affichage présentant la procédure d'accueil n'est observé dans ce hall d'entrée. Pour les « non-habitués », le bureau administratif est le premier lieu identifiable avant de découvrir que l'accueil est derrière la porte automatique. Il y a souvent deux files d'attente lors des heures d'affluence. Il faut donc avoir de la chance pour trouver la bonne file.

Devant la banque d'accueil, l'IAO demande au patient ou à l'accompagnant la raison de son arrivée. Il indique les premiers constats sur un formulaire en papier et procède à quelques examens. Fréquemment, un médecin senior qui entend les échanges est présent dans l'espace derrière la banque d'accueil et l'IAO peut s'adresser à lui pour des questions d'orientation plus précises. Le patient doit ressortir de cet espace pour effectuer les formalités administratives et obtenir son bracelet d'identification avec le code-barres qui permet une connexion rapide à son dossier électronique, désormais accessible sur le système informatique par les soignants. Le patient rentre à nouveau dans l'espace d'accueil pour accéder à l'espace interne du SUT et à la salle d'attente, avec l'autorisation de l'IAO qui peut ouvrir, en appuyant sur un bouton, une deuxième porte électrique coulissante qui s'ouvre en revanche automatiquement pour sortir. Dans la salle d'attente, sur les panneaux d'affichage, le patient peut voir des schémas décrivant le parcours

médical, l'annuaire des contacts, et des instructions sur les gestes d'hygiène et de prévention des maladies contagieuses. À côté de la banque d'accueil, une porte normale permet d'accéder à l'arrière de la banque et à la salle du personnel, ainsi qu'à l'intérieur du service. Après l'admission administrative, l'IAO saisit les informations du formulaire d'entrée sur le dossier électronique et assigne au dossier une étiquette blanche qui signifie « en attente d'une prise en charge par le médecin ». Cette étiquette peut être modifiée par le médecin en charge du dossier selon son évaluation de la situation du patient ; cela peut aller du vert au rouge en passant par l'orange, couleurs renvoyant du peu urgent au plus urgent en passant par le moyennement urgent.

Les externes qui sont disponibles, étudient les dossiers empilés à côté de l'IAO sur le bureau – par priorité d'étiquettes, ordre d'arrivée des patients, attractivité des cas –, choisissent un dossier et avec l'accord du médecin senior qui les encadre dans la journée, commencent la procédure d'installation du patient dans un box et réalisent les premières observations et examens médicaux. Ils font le lien entre l'IAO, le médecin encadrant, l'infirmier et l'aide-soignant qui suivent le patient s'ils sont disponibles. Ils préparent le brancard en le couvrant d'un drap blanc, y installent le patient et l'emmènent dans un box. Un glissement de tâches systémique (et pragmatique pour certains soignants) semble s'opérer, des aides-soignants vers les externes.

Après les premiers examens effectués par les externes, le médecin senior visite le patient si nécessaire et prescrit des examens supplémentaires comme une prise de sang, une radio, un scanner, etc. L'externe appelle l'infirmier pour les injections, les perfusions, les pansements, ou d'autres types de soins effectués spécifiquement par les infirmiers, et l'aide-soignant pour les transferts, les toilettes et les services d'hôtellerie. C'est l'externe qui réalise les sutures, sous la supervision du médecin selon son expérience, qui pousse le brancard jusqu'à la salle d'attente, qui fait le relais entre le SUT et le service d'imagerie du même pavillon ou à la salle de pose de plâtre. L'externe ne peut pas faire d'ordonnance ni aucune autre autorisation médicale. C'est le médecin senior qui s'en charge avant que le patient ne quitte le service. Ce dernier est libre d'abandonner les soins et de sortir de son plein gré. Dès

le changement d'équipe, les soignants se répartissent les patients. Mais par la suite, le premier soignant disponible prend le premier patient dans la liste des priorités et, à degré de priorités égales, le premier arrivé.

Nous pouvons voir, ci-dessous, un schéma simplifié de l'organisation des espaces accueillant les patients, correspondant à la procédure qu'ils suivent théoriquement de l'entrée à la sortie du SUT. Dans l'idéal, les patients arrivent à l'entrée du bâtiment et, après une évaluation brève de leur situation, attendent dans la salle d'attente avant une prise en charge médicale qui suit les procédures d'examen, de diagnostic et de soins dans un espace fermé et individuel appelé « box », qui contient le matériel nécessaire pour faire les examens et les soins courants sans avoir besoin de faire sortir le patient.

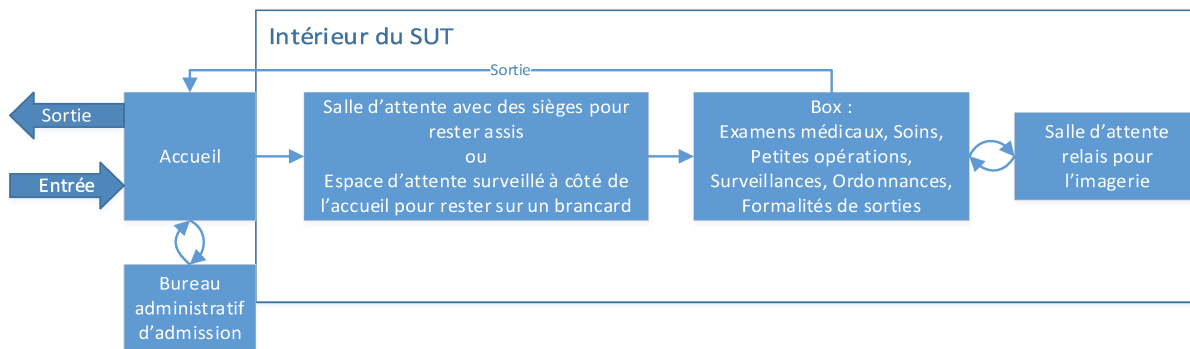


Figure 4 : Organisation des espaces du SUT

Nous verrons lors des observations que ce modèle théorique n'est tenable que si une équipe de soignants est dédiée à chaque patient, de l'entrée à la sortie, avec un espace suffisant pour réaliser tous les examens et les soins dans le box, comme dans le cas des patients en état critique qui nécessitent l'intervention de toute une équipe simultanément.

Ce modèle organisationnel nécessite donc une articulation rapide entre différents métiers, pour pouvoir suivre la cadence soutenue du travail. La synchronisation « spontanée » entre les membres d'une équipe devient la principale raison mise en avant par certains soignants pour justifier leur préférence à travailler en équipe avec certains collègues plutôt que d'autres. Ces enquêtés disent de la formation de ces « sous-groupes » qu'elle est totalement « spontanée » et que cela leur offre l'impression de pouvoir travailler en harmonie, un peu comme « quand on trouve

un ami ». Nous pensons que cette préférence n'est pas simple à expliquer en ne prenant appui que sur des éléments organisationnels formels. En effet, ni le statut organisationnel, l'ancienneté ou le genre des personnels de ce service, ne nous permettent de retrouver les ingrédients explicatifs de la constitution de ces sous-groupes. C'est seulement en mobilisant les conditions concrètes de l'activité de travail qu'émergent des pistes de compréhension. Par exemple, nous constatons que ces sous-groupes rassemblent, notamment, des infirmiers et des aides-soignants qui préfèrent avoir toujours les mêmes créneaux de garde. En cas de changement de sous-groupe de tel ou tel professionnel, la tension monte de façon significative au sein des équipes. Ainsi, le chef de service, estimant contreproductif à long terme cet agencement (qui, selon lui, rigidifiait les possibilités de constitution des groupes de travail), s'est trouvé confronté à de sérieuses tensions lorsqu'il s'est risqué à organiser les gardes autrement afin de dissoudre ces sous-groupes.

Le modèle théorique formel d'organisation présentée dans la Figure 4 cède sa place, en réalité, à un schéma bien plus compliqué à la fois pour la gestion de l'espace et pour l'organisation de travail. Bien que la procédure reste la même, l'articulation entre les tâches réalisées par différentes catégories professionnelles de personnel en rallonge le temps. À cela s'ajoute l'affluence des patients qui doivent être rapidement examinés pour repérer les « vraies urgences », ce qui accentue le manque de box disponibles. Les couloirs et les salles d'attente se transforment donc en réservoirs surveillés, et parfois même médicalisés. Le changement nécessaire du personnel se multiplie avec le changement du lieu des soins, tout en nécessitant plus de temps pour le déplacement du patient, l'étude du dossier et la compréhension des tâches à accomplir par chaque professionnel qui se rend disponible. Les patients ne sont effectivement pas suivis par les mêmes professionnels depuis leur arrivée, sauf par un médecin senior, mais qui pourra être relayé au moment du changement d'équipe.

À l'heure du changement de l'équipe paramédicale dans le service, la plupart des activités se mettent en pause. Les médecins continuent à travailler dans leur bureau sur les dossiers numérisés. Dans la salle du personnel, les infirmiers et aides-soignants de l'équipe de nuit se réunissent et les membres de l'équipe remplaçante

commencent à arriver. Les soignants se disent bonjour avec le sourire et s'embrassent en se croisant. « *Qu'est-ce que ça fait du bien de voir une collègue arriver le matin si fraîche, souriante et motivée !* », se réjouit une des infirmières de la nouvelle équipe. Certains s'installent autour de la table de la salle du personnel, et certains autres restent debout ou se réunissent autour de l'infirmier qui se propose pour être IAO et tous regardent la liste des patients admis. L'IAO de la garde de nuit explique les cas et les infirmiers et aides-soignants se répartissent les patients spontanément tour à tour.

À l'accueil, l'animation est croissante. Les pompiers arrivent avec une personne sur un brancard. L'un d'eux rapproche le brancard du service pour y installer le patient avant qu'il n'ait été couvert par un drap-housse. L'IAO leur rappelle qu'il faut d'abord mettre un drap sur le brancard. Les pompiers regardent autour d'eux et demandent s'ils peuvent avoir de l'aide.

« Sûrement, mais je ne peux pas faire tout à la fois. Je finis ici et je viens vous aider », répond L'IAO avec un sourire en regardant autour d'elle.

Deux externes qui étaient en train d'examiner une radio se précipitent vers le brancard et se mettent au travail. L'aide-soignant spécialisé en pose de plâtre qui observe la scène de près détourne le regard et ne montre pas d'intérêt. Un accompagnant, qui assiste aux opérations dans l'espace de surveillance à côté de l'accueil, interpelle l'IAO pour demander si l'ambulance qu'il attend avec le malade qui est avec lui est arrivée afin qu'ils puissent quitter le service. Il explique que le médecin lui aurait demandé d'attendre l'arrivée d'une ambulance pour partir. L'IAO ne savait pas qu'elle devait appeler une ambulance. Elle demande à l'accompagnant de patienter pour qu'elle le vérifie auprès du médecin. L'accompagnant qui attend depuis longtemps à côté de l'accueil acquiesce sans rien dire. L'IAO lui explique :

IAO : Nous avons beaucoup de travail et vous voyez qu'il y a beaucoup de patients. Je n'ai toujours pas trouvé d'infirmier pour s'occuper de vous.

Accompagnant : Cela ne fait pas un petit moment qu'on attend ici !

*IAO : Je sais, mais je fais ce que je peux !*¹⁹⁶

Une accompagnante retourne à l'accueil, tend un formulaire à l'IAO et s'adresse à elle d'un ton mécontent : « *C'est un aller-retour et vous n'avez coché que l'aller !* ». L'IAO demande : « *C'est ici que je dois cocher ?* ». L'accompagnant proteste, ennuyée : « *Non vous devez...* » tout en regardant le formulaire, puis confirme d'un hochement de tête. L'IAO vérifie à nouveau le formulaire tandis que l'accompagnante tend la main pour lui reprendre avant qu'elle ait fini. Elle l'attrape en l'agitant légèrement en signe de précipitation. « *Merci madame !* », prononce-t-elle sèchement, puis tourne la tête d'un geste brusque et repart.

Les médecins arriveront normalement vers 8 h 30 pour les remplacements. Les créneaux peuvent être différents pour chaque médecin en accord avec les autres. Les médecins organisent leur emploi du temps par ordre d'ancienneté, mais avec un mécanisme laissant tout de même le choix aux plus récents. Les plus anciens choisissent d'abord trois jours de garde avant de laisser les autres faire leur choix. Ensuite les plus anciens, de nouveau, choisissent deux jours de garde dans les jours qui restent pour laisser les plus récents compléter, et ainsi de suite. L'emploi du temps des médecins est suivi par le secrétariat du chef de service. Les retards semblent être récurrents, d'après les réactions du personnel.

*« Cela fait une heure et quart que j'ai fini moi ! » proteste Dr. Al. en montrant sa montre à l'IAO pour refuser de prendre un nouveau patient en attendant l'arrivée de la nouvelle équipe des médecins, visiblement en retard.*¹⁹⁷

1-3. Les externes internés

Deux externes contemplant la neige par la fenêtre en attendant une femme médecin spécialiste qui a été sollicitée. L'une d'entre elles dit se sentir coupable du nombre de patients qu'elles laissent à l'équipe d'externes qui va prendre leur relève. L'autre tempère en justifiant que la garde de nuit est plus compliquée. La spécialiste attendue se présente enfin au service pour examiner les patients avec les externes.

¹⁹⁶ Ibid.

¹⁹⁷ Ibid.

« C'est inadmissible ! » proteste l'externe qui se culpabilisait pour le nombre des patients en attente en sortant d'un des box. « J'avais téléphoné trois fois à la spécialiste qui m'avait raccroché au nez. Maintenant qu'elle est venue, elle me dit devant la patiente que j'aurais dû l'appeler directement ! Je voulais donner un coup de poing dans le mur tellement cela m'a énervée ! »¹⁹⁸

L'équipe des externes de jour arrive avec quelques minutes de retard pour certains. L'équipe de garde attend leur arrivée pour partir. Il n'y a pas de transmission d'informations entre les équipes d'externes. Ceux qui arrivent vérifient les dossiers empilés et s'étonnent qu'il y ait treize patients en attente d'admission et un seul médecin présent, qui n'accepte plus de patients en attendant son remplaçant.

L'IAO rassure les externes : « Ce n'est pas votre faute ! C'est la faute des médecins qui sont payés pour faire 24 heures de garde. Ils n'ont le droit d'aller se coucher que quand le service est calme et ce n'est pas le cas en ce moment ! ».

« Ce n'est pas idiot de les laisser attendre comme ça jusqu'à l'arrivée des médecins ? On pourrait au moins commencer l'observation ! » reprend un des externes.¹⁹⁹

L'IAO leur demande de commencer l'observation. Une demande confirmée par le chef de service, mais contre l'avis de la plupart des médecins senior.

« Où sont les aides-soignants ? » demande une infirmière.

« Tu parles... ! » répond une autre d'un ton ironique, comme si elle était surprise de cette question et que l'absence des aides-soignants à cette heure-ci était habituelle.²⁰⁰

L'une des infirmières propose de sortir des box tous les patients sauf les « mamies » pour faire de la place aux arrivants. Les changements récurrents de box compliquent également l'articulation entre soignants et les différentes étapes d'examen et de soins, pour la simple raison qu'il est ensuite difficile de retrouver un patient. Les

¹⁹⁸ Ibid.

¹⁹⁹ Ibid.

²⁰⁰ Ibid.

soignants cherchent parfois dans tous les box et demandent le nom de chaque patient tout en les triant à priori par des critères comme le sexe et l'âge.

Dans cette situation, une partie des échanges se déroule dans le couloir ou dans les espaces d'attente, en présence des autres patients et accompagnants et au détriment de la confidentialité des informations communiquées et de l'intimité de chacun, lequel apparaît pourtant comme un principe fondamental dans l'architecture du service et la conception des box de soin.

Les médecins seniors arrivent l'un après l'autre et les échanges avec les externes se multiplient dans la salle du personnel, derrière la banque d'accueil ou dans le couloir. Ces discussions transforment de temps à autre la procédure de soins en cours. En effet, les médecins seniors demandent aux externes qu'ils suivent de leur livrer leurs constatations sur les patients qu'ils ont vus ainsi que leurs hypothèses. Après avoir entendu le résumé des externes, ils donnent leur avis sur les éléments importants à prendre en compte et sur la procédure à suivre avant de les accompagner pour un examen clinique auprès du patient. Ce statut d'étudiant place les externes dans des situations parfois difficiles, car ils peuvent être rejetés par les patients qui exigent l'intervention directe d'un médecin senior. De même, cette situation d'apprentissage les rend souvent assez vulnérables aux commentaires critiques des personnels permanents du service.

Dans le couloir, un externe est en train de pousser un brancard dans un box. Une des roues est coincée. Ce qui fait que le brancard se heurte légèrement à la porte et que nous entendons la remarque d'un aide-soignant sexagénaire qui murmure : « *Vas-y ! Frappe ! Les patients ne seront pas du tout gênés !* ». Ce même aide-soignant s'était plaint, au cours de notre entretien, de la faiblesse des effectifs dans le service depuis deux ans et du manque de solidarité au sein de l'équipe, contrairement à ce qu'il avait connu ici même par le passé.

Au bout du couloir, une externe observe longuement une patiente âgée avec la jambe plâtrée qui marche avec une canne, toute inclinée vers l'avant, plissant les yeux. L'externe s'approche de la patiente et lui prend sa canne. Elle fait quelques réglages dessus pour ajuster sa hauteur et la lui rend d'un air satisfait de son

diagnostic pertinent, en disant « Voilà ! ». « Oui, j'allais justement... », reprend l'aide-soignant spécialisé en pose de plâtre en les rejoignant. Certains externes racontent, lors de nos échanges, avoir un sommeil perturbé ou des insomnies la plupart des nuits suivant la garde, avec des pensées insistantes à propos de ce qu'ils auraient pu faire pour les patients.

La conception de l'espace divisant le service entre l'entrée, les couloirs, les bureaux, les espaces d'examen et de soin, s'accorde avec la conception d'une procédure individualisée des soins : une entrée pour le triage de chaque patient avec un espace d'attente pour la gestion de flux et un box « privé » pour l'ensemble de la procédure de diagnostic et de soins, avant la sortie de la personne accueillie. L'organisation du travail est conçue en lien avec cette configuration spatiale, mais elle est aussi impactée par la division formelle du travail, elle-même héritière de l'institution hospitalière en général ainsi que de l'institution pédagogique propre au CHU. Ces différentes strates qui organisent l'articulation entre les différentes catégories professionnelles sont plus ou moins actives au sein des services, selon les acteurs présents, selon les sollicitations, selon les configurations. Ainsi la présence simultanée de l'ensemble du personnel et donc des différentes catégories de métiers auprès des malades exige une organisation minutieuse des transmissions (décisions thérapeutiques, informations) mais entre la présentation théorique de ce qui doit avoir lieu et l'exercice pratique de ce qui est mis en œuvre, les décalages sont nombreux et constants. Nous avons notamment observé que les espaces matériels sont souvent, réaffectés, détournés, ce qui entraînent la multiplication de ce que nous nommons des espaces transversaux et multifonctionnels.

Ces décalages, ces transformations, sont autant de « bricolages systémiques » que nous analyserons dans les chapitres, mais dont nous pouvons noter d'ores et déjà que les externes y participent pleinement malgré le fait qu'ils ne soient que de passage dans les services -six semaines au total. Ils participent à l'accueil, aux déplacements des patients, aux diagnostics, aux soins. Couplant les fonctions d'observation et d'appuis, aussi bien pratico-pratiques que médicaux, Ils œuvrent, par-delà leurs attributions formelles, à la constitution d'un réseau d'informations et de transmissions d'ordres et assurent la mémoire de l'instant sur le parcours de

chaque patient ainsi que sur sa situation dans le processus de soins. Ils sont également pris dans des jeux où on attend d'eux qu'ils facilitent l'articulation du travail entre les différentes catégories de personnels (ainsi les « permanents » du service témoignent-ils fréquemment de l'importance de la participation aux soins des externes) mais où on leur rappelle également régulièrement qu'ils sont en formation et qu'ils ne doivent pas oublier que c'est le service en son entier qui a un rôle pédagogique incarnant une forme d'institution pédagogique du CHU. Ils doivent donc se conformer aux attentes du service. « *Il faut se calmer hein, sinon tout se mélange et rien n'avance !* » dit sur le mode critique un infirmier à une externe qui vérifie précipitamment tous les formulaires d'admission des patients.

Chercheur : Cela se passe-t-il bien avec les nouveaux externes ?

Infirmier : Le souci avec les nouveaux externes, c'est qu'ils sont lents. Ce n'est pas leur faute. C'est parce qu'ils doivent faire attention à beaucoup de choses à la fois !

Chercheur : Cela a-t-il un impact sur votre travail ?

Infirmier : Nous devons tout le temps les surveiller et faire attention à ce que le travail soit bien fait.

Chercheur : La fête des lumières s'est bien passée avec les nouveaux externes ?

Infirmier : Oui, heureusement, sinon... ! C'est étrange que ceux qui planifient le changement d'équipe des externes ne le prévoient pas de façon à ce qu'il ne coïncide pas avec un évènement pareil ! C'est très important !²⁰¹

Pièce maitresse et pièce fragile au sein du SUT analysé, les externes semblent comme « internés » (au sens de « l'internat » qui est l'étape suivante dans la formation des médecins) même s'ils n'y passent que six semaines.

Il est 13 h 30 et à part quelques passages rapides en salle du personnel pour déjeuner ou prendre un yaourt, les membres des équipes ne se rassemblent pas pour déjeuner.

²⁰¹ Ibid.

1-4. Les disjoncteurs

À l'autre bout du couloir, nous entendons un médecin senior demander à une accompagnante, la voix cassée et tremblante, de rester dehors et menacer d'appeler la sécurité. Ce médecin m'avait proposé l'instant d'avant, lors d'un bref échange conduit sans ostentation, mais en étant peut-être entendu alentours à propos de ma recherche, d'étudier l'influence de la religion sur le service hospitalier iranien. D'après les dires d'un externe, l'accompagnante, une jeune femme d'une vingtaine d'années, à qui le médecin demandait de sortir du box où il allait réaliser sur son amie la suture d'une blessure au doigt, souhaitait rester à ses côtés pour la rassurer.

« Appelle la police si tu veux ! », réplique l'accompagnante sans crier, mais fermement. Le ton monte et le médecin se dirige vers l'accueil à grands pas. « Est-ce que tu peux appeler la sécurité ? » demande-t-il en montrant du doigt l'infirmier qui se trouvait derrière la banque d'accueil. « La sécurité, s'il te plaît ! », réclame-t-il plus fort.

L'infirmier trentenaire, d'un air un peu suspicieux, lui fait un signe de la main pour lui demander de se calmer, et lui montre le téléphone en faisant semblant d'appeler la sécurité. L'accompagnante l'injurie à voix basse tandis qu'un autre médecin (Dr. Ch.) qui passait dans le couloir à proximité, se tourne et s'approche, se penche légèrement vers elle et dit d'un ton agressif :

« Quoi ? Qu'avez-vous dit ? Si vous avez envie de niquer, vous niquez dehors, compris ? ».

Les deux jeunes femmes, d'une vingtaine d'années, ne se montrent pas très impressionnées. Une externe qui observait la scène leur dit d'un ton conciliant :

« Le médecin a raison de vous demander de laisser la patiente seule. C'est pour éviter le risque d'infection ». L'accompagnante répond : « Le médecin aurait pu expliquer cette raison ! Ils nous ont larguées ! », répète-t-elle plusieurs fois. La discussion se poursuit sur un ton tendu.

« Arrêtez d'insulter les gens qui s'occupent de vous ! », proteste l'externe en quittant les lieux.²⁰²

Les deux jeunes femmes accusent le médecin de les avoir méprisées avec des propos racistes et d'avoir ridiculisé leur religion et leur origine ethnique. Deux agents de sécurité arrivent au SUT et discutent avec l'IAO. Ils ne s'approchent pas du cœur de l'affrontement et restent à l'accueil du service. Le médecin qui avait demandé la sécurité s'approche des agents et insiste pour que l'accompagnante reste en dehors du service. Les agents ne disent rien et après quelques instants finissent par quitter le service sans intervenir. Dans la salle du personnel, la discussion est vive. Dr. Ch. sert du Coca-Cola aux personnes présentes en défendant le fait de refuser de soigner un patient qui profère des insultes.

« Ce fou provoque le patient. L'autre jour, il y avait un patient un peu psycho, mais tout calme, je ne sais pas ce qu'il lui a fait pour qu'il finisse en contention ! Certains sont doués en empathie et certains, comme ce fou, dans la provocation du patient ! », énonce l'infirmier qui était supposé téléphoner à la sécurité.²⁰³

Les discussions de la salle du personnel se terminent avec la conclusion d'une externe : *« le médecin a largué les patientes et elles avaient raison de s'énerver. Pourtant, elles n'avaient pas le droit de l'insulter »*. Une fissure apparaît dans les interprétations des membres du personnel qui ont été témoins de cet « incident ». Les raisons de cette escalade semblent dépasser les normes organisationnelles, même si le médecin qui exige la sortie de l'accompagnante se fonde, d'après l'externe, sur un critère d'hygiène légitime dans le domaine médical. Cependant, ce critère ne paraît pas être rigoureusement respecté dans des cas similaires, même par ce médecin-là. Plusieurs questions se posent d'emblée : le risque d'infection est-il si élevé pour quelques points de suture sur le doigt au point d'ordonner la sortie de l'accompagnante ? Si oui, pourquoi le médecin ne porte-t-il pas lui-même une combinaison de bloc opératoire ou bien pourquoi la patiente n'est-elle pas transférée au bloc opératoire qui est justement conçu pour minimiser ce type de

²⁰² Ibid.

²⁰³ Ibid.

risque ? Si la demande du médecin est légitime, pourquoi n'est-elle pas partagée, en l'occurrence, par d'autres collègues soignants, qui doivent connaître eux aussi les normes d'hygiène médicale ? Si l'on établit notre hypothèse à partir du témoignage de l'accompagnante et de la patiente, une étiquette extra-organisationnelle, (« raciste », « sexiste » ou « ethnique » selon les témoignages), pourrait-elle renforcer le jugement du médecin dans un sens non justifié par ses collègues pour mener cette interaction jusqu'au conflit ouvert ?

Les deux couloirs retrouvent de nouveau leur calme. De temps en temps, on entend le grincement de la lourde porte coulissante d'un box qui s'ouvre. La nuit tombe avec de nouvelles vagues d'arrivée de patients. D'après l'avis d'un aide-soignant, les patients dinent tranquillement et regardent leur émission télévisée favorite avant de venir aux urgences. À 20 h 30, l'écran de l'IAO indique 87 patients admis au total depuis minuit, dont 33 en attente de prise en charge sur 41 présents dans le service, avec une durée moyenne d'attente de 2 h 40 et une durée moyenne de séjour de 4 h 20. À l'accueil, une infirmière qui a dix-sept ans d'ancienneté, estime que le niveau d'agressivité des patients est plus haut par rapport à l'époque de son arrivée dans le service. « *Ils pensent que c'est leur droit ! Ils viennent aux urgences pour les choses les plus banales ! Quand on avait un secteur pédiatrique dans ce service, on prenait les rendez-vous chez le médecin nutritionniste pour les enfants obèses, mais ils ne s'y présentaient pas, alors qu'ils avaient pris la place de ceux qui en avaient réellement besoin !* », ajoute l'infirmière sans préciser de qui elle parle, supposant peut-être que cette catégorie de patients est déjà connue. Cette catégorie de patients des services d'urgences ne semble guère correspondre à une classification médicale, mais plutôt une catégorisation spontanée et subjective, en somme à un étiquetage socialement discriminant, sans grande objectivation préalable.

Un peu avant 22 heures, un homme hurle à plusieurs reprises : « *elle est morte !* ». Ses cris attirent l'attention de tous ceux qui sont à proximité de l'accueil. L'homme quadragénaire accompagne une jeune femme très agitée sur le brancard. Ils sont également entourés de quatre autres personnes dont deux jeunes hommes, une femme et un homme quinquagénaire. L'homme crie face à l'accueil avec un regard hostile. La jeune patiente respire visiblement avec difficulté. L'usure de leurs

vêtements, leur apparence globale laisse entrevoir des gens en difficultés économiques. Leur accent, les phrases incomplètes et les verbes utilisés à l'infinif peuvent signifier qu'ils sont immigrés ou voyageurs en France, mais ils comprennent suffisamment le français pour communiquer. L'un des deux infirmiers présents à l'accueil répond :

« Calmez-vous ! Elle n'est pas en train de mourir ! On va s'occuper de vous ».

« Restez dehors monsieur, ici on ne fait attendre personne sans raison ni pour nous faire plaisir », ordonne d'un ton ferme l'autre infirmière, celle qui se plaignait de la croissance de l'agressivité des patients, en montrant du doigt la sortie.²⁰⁴

Personne n'a l'air de craindre une agression physique. L'accompagnateur s'approche de l'accueil, mais reste distant, comme si un mur invisible l'empêchait de pénétrer dans la zone d'accueil. L'infirmier rappelle à sa collègue qu'il lui avait déjà dit de ne pas laisser entrer à la fois tous les accompagnants. L'infirmière prend le téléphone et annonce qu'elle appelle la police. Il n'y a aucun signe de peur ni d'hésitation sur son visage. Une externe qui observe la scène, se dirige vers eux à grands pas en disant, *« je m'occupe de ça »*. Elle a l'air tout à fait ignorante de la dispute qui se poursuit dans l'espace d'attente surveillé, à côté de l'accueil. Un autre externe sort de la salle du personnel et se met à répéter les arguments des infirmiers, mais d'un ton plus fort, comme si la réaction des infirmiers n'était pas suffisamment rigide. Peu après, les agents de sécurité arrivent et le plus âgé des trois commence à parler avec l'accompagnant. D'un ton conciliant, il lui rappelle que son comportement est violent et il ajoute sur le ton de l'avertissement que s'il continue à se comporter de telle manière, après la sécurité, il aura affaire à la police et que cela n'augurera rien de bon pour la suite. Il lui assure en même temps que les médecins font bien leur travail et qu'il y a beaucoup de patients qui attendent leur tour. Il l'invite ensuite à sortir avec lui pour prendre l'air et se calmer.

²⁰⁴ Ibid.

« Écoute ! je ne suis pas raciste. Mais avec les X (une origine ethnique) ... ! » me confie le deuxième infirmier en me croisant dans la salle du personnel et il met la main à l'horizontale sous le menton en faisant signe « d'en avoir ras-le-bol ». Ensuite, il continue : « tu leur donnes ça » en montrant le bout du doigt, « ils veulent ça » et il montre le bras.

Sans doute peut-on interpréter ces propos concernant la présence des cas « atypiques » comme le moyen d'insister sur la dépense d'énergie supplémentaire et usante que ce type de patients impose. Le patient « normal » s'adapte aux procédures « formelles » et aux régulations « ordinaires » ; pas ces cas « atypiques » ! On peut aussi tenter d'interpréter cette réaction comme la riposte d'une instance groupale institutionnalisée (l'institution hospitalière) qui, sans prétendre ni même avoir conscience de jouer le rôle de l'institué²⁰⁵, se trouve en situation de résistance devant ce qui vient produire du désordre (un instituant²⁰⁶ potentiel). Être obligé de contrôler le comportement des patients et de rentrer dans un rapport de force avec les personnes qui n'ont pas intériorisé les normes, les règles, les usages, tant sociaux qu'organisationnels relève-t-il encore du métier de soignant ? De quoi ces réactions de « résistance », jugées comme disproportionnées par une bonne partie de l'équipe soignante, sont-elles le signe ? Bien sûr, on peut faire l'hypothèse que ces cas singuliers, difficilement saisissables à partir des procédures formelles qui définissent les conditions de l'accueil des patients, font sortir les uns et les autres des pratiques « ordonnées » et que cela est perturbant. Cependant, nous savons que les bricolages de toute nature constituent le quotidien des professionnels de l'hôpital et que les situations gérées sur un mode standard sont rarissimes au profit d'adaptations singulières journalières. Pour l'heure, quelques points d'interrogations semblent s'imposer : qu'est-ce qui est à l'œuvre lorsqu'une partie des équipes voient de l'agression, de l'incivilité, de la provocation de la part de certains, quand d'autres professionnels ayant vécu les mêmes situations ne partagent pas ce point de vue ? A quoi correspond ce qui, dans cette petite société qu'est le SUT, vient constituer le grain de sable qui casse les

²⁰⁵ Lapassade et Hess, *Groupes, organisations, institutions*.

²⁰⁶ Ibid.

régulations habituelles et fracturent les équipes ? A quoi et pourquoi le SUT n'est pas préparé -ou mal préparé- à gérer certaines situations ?

La vie nocturne du service se poursuit à un rythme beaucoup plus calme dans les couloirs, et un peu plus animé dans la salle du personnel. Ici, « *on mange et on mange pour pouvoir se tenir, sinon les coups de stress et de fatigue sont plus forts la nuit* » dit un médecin. Nous approchons de minuit. Les discussions se poursuivent sur les cas atypiques, les accidents sexuels et les fantasmes du personnel à propos des cas imaginaires qu'ils aimeraient croiser un jour au SUT. On distingue l'ordre du désordre²⁰⁷. Le groupe redessine le périmètre du connu et de l'inconnu. Il se réapproprie la catégorisation des cas sur des modes qui ne relèvent pas toujours de critères médicaux, mobilisant des dimensions extra-professionnelles, extra-organisationnelles pour chercher à comprendre, à expliquer ce qu'ils vivent. Ces modes d'approches définissent ce que peuvent être les stratégies possibles, les ressources sur lesquelles compter. Dans aucun cahier de missions, ni aucune fiche de poste du service ou un quelconque manuel, les professionnels ne trouveront des repères sur la manière de mener une négociation ou de gérer une situation conflictuelle avec un collègue ou un patient. Les livres de recettes de cuisine existent, ceux qui traitent des interactions humaines sur le mode des conseils normatifs n'existent pas ou ne sont pas sérieux.

En salle du personnel, les échanges de recettes et le partage de nourriture sont en cours en parallèle des débats où s'échangent jugements de valeur et interprétations sur les interactions humaines. Ces échanges, malgré l'entrelacs et la diversité des thèmes abordés, peuvent être compris, selon ce qu'E. Enriquez formule comme une procédure de « prise de conscience dans l'action »²⁰⁸.

Les discussions les plus anodines ou anecdotiques sont tantôt les analyseurs d'une situation, tantôt les ferments d'une dynamique comme peut l'illustrer la description de la scène suivante. Une infirmière quadragénaire, avec six ans d'ancienneté dans le service, raconte à la cadre de santé avoir appris qu'une collègue, elle aussi

²⁰⁷ Douglas, Heusch, et Guérin, *De la souillure*.

²⁰⁸ Enriquez, *L'organisation en analyse*, 111.

infirmière dans un autre établissement hospitalier, avait été retrouvée morte chez elle. Selon ses informations, ses collègues de travail se seraient inquiétés de son retard lors de sa prise de service et auraient averti son conjoint qui l'aurait retrouvée morte dans sa maison. La narratrice de l'histoire demande alors à ses collègues s'ils ont son numéro de téléphone et s'ils s'inquièteraient pour elle dans le cas d'un hypothétique retard dans sa prise de poste. La cadre de santé répond, avec un peu d'hésitation, en indiquant qu'elle contacterait la police et ajoute, en plaisantant, qu'elle espère que l'infirmière ne lui en voudrait pas trop si la police venait à casser la porte de chez elle alors qu'elle était simplement en panne de téléphone. Tout le groupe se met à rire. Que recouvre l'interrogation de cette infirmière ? Le désir d'être reconnue en tant que membre de l'équipe ? Que celle-ci soit une enveloppe protectrice, au-delà des murs du service, jusqu'à sa vie privée ? Que le groupe de travail soit une « communauté réconciliée »²⁰⁹ ?

Comme nous l'avons déjà indiqué, les espaces du service, telle la salle de repos, la salle de réunion, la salle de soins, les couloirs... sont des lieux « interstitiels » qui fonctionnent comme des réservoirs pour vider sa frustration, des espaces pour fêter sa joie, son enthousiasme, pour accélérer le temps ou le ralentir, pour faire éclater un conflit ou le résoudre, pour passer un moment de convivialité, pour installer des silences pleins de sens ou un brouhaha plein de vide. E. Enriquez dit de ces lieux transversaux qu'ils permettent à l'instance groupale de se trouver continuellement dans « un conflit entre la reconnaissance du désir et le désir de reconnaissance ou d'identification »²¹⁰.

2. Le service des urgences médicales (SUM)

Les pathologies liées à la médecine interne et psychiatrique distinguent le SUM du SUT. Malgré cette distinction, ces deux services sont complémentaires en ce qu'ils accueillent des patients qui s'adressent à l'un ou l'autre indifféremment sans connaître la distinction qui existe entre eux, puisqu'ils font partie du même CHU

²⁰⁹ Ibid., 114.

²¹⁰ Ibid., 104.

(l'organisation mère de ces deux services). Ces deux services pourraient être regroupés en un seul, ce qui semble être un projet discuté dans certaines instances, et pourrait aboutir à leur fusion afin d'en faire « le plus grand service d'urgences d'Europe ». Avec une organisation similaire au SUT, le SUM donne à voir un fonctionnement différent. Les pathologies traitées, la durée des procédures de soins, la surveillance médicale spécifique requise, l'architecture pavillonnaire bien plus ancienne que celle du SUT (même si elle a été rénovée et restructurée récemment) sont autant de facteurs de différenciation. Si ce service se trouve confronté aux mêmes problèmes que connaissent, en général, les urgences hospitalières dans leur rôle de sas d'entrée et d'orientation des patients, il est, plus que d'autres (et plus que le SUT), touché par l'afflux des « patients non catégorisables qui stagnent dans les services d'urgences, que les urgentistes dénomment “bed blockers” »²¹¹. En d'autres termes, les personnes accueillies sont largement marquées par la précarité et ils transforment le service d'urgences en « réceptacle des problèmes sociaux »²¹² comme le formule Jean Peneff. Comment le personnel de ce service s'organise-t-il ? Quelles sont les régulations qui permettent de maintenir la cohésion groupale ? Comment le personnel soignant gère-t-il le rapport instituant-institué²¹³ ?

2-1. « L'urgence de la rencontre »²¹⁴ ; la lenteur de la célérité : un temps paradoxal²¹⁵

L'entrée du SUM est plus facilement identifiable que celle du SUT avec son portail encadré de rouge vif et son panneau sur lequel est indiqué sur fond rouge et blanc : « Urgences médicales ». Cependant, avant d'arriver à l'entrée, il faut s'engager dans le labyrinthe du CHU pour trouver le bâtiment, un pavillon ancien qui

²¹¹ Mas et al., *L'hôpital en réanimation*, 32.

²¹² Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, 6.

²¹³ Lourau, *L'analyse institutionnelle*.

²¹⁴ Jerome Thomas, « Dire(s) d'urgence — La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital. » (2010), 82, http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2010/thomas_j/info#metadata.

²¹⁵ Jacques Lévine, « Deux études sur l'état de santé de l'institution scolaire », *L'Homme & la Société* 139, n° 1 (2001) : 63-81, <https://doi.org/10.3917/lhs.139.0063>.

passé inaperçu au milieu des autres. Après une entrée unique pour les professionnels et les patients, à portes coulissantes automatiques, nous arrivons dans une grande salle d'attente où se trouve la banque d'accueil. La configuration actuelle s'est adaptée à l'architecture existante du pavillon, au moment où le service s'y est installé en 1970²¹⁶. Le schéma général de prise en charge des patients est similaire à celui du SUT avec un triage à l'accueil par une infirmière et la réalisation des examens et des soins dans un box. Du fait de ses couloirs en forme de labyrinthe, le service est divisé en trois zones : la zone de réanimation, la zone accueillant les patients relevant de la médecine interne et la zone dédiée aux patients atteints de pathologies psychiatriques. Contrairement au SUT, seul un des couloirs mène les patients vers la sortie, les conduisant à la salle d'attente sans retraverser l'accueil (zone en sens unique pour l'entrée).

Il est bientôt minuit et l'écran de l'IAO (identique à celui du SUT) affiche 99 entrées dans le service au cours des dernières 24 heures, dont 24 patients pris en charge en ce moment sur les 28 présents, avec une durée moyenne d'attente de 4 h 35 et une durée moyenne de soins de 4 h 22, ce qui peut faire l'équivalent de 9 heures de présence dans le service en tout. Neuf ambulances sont stationnées devant l'entrée et dans la salle d'attente, trois patients entourés des pompiers sont installés sur des brancards, attendant une première observation par l'IAO. Sur le bord de son écran, un papier imprimé est accroché, sur lequel est inscrit :

Ici le possible est déjà fait.

L'impossible est en cours.

Pour les miracles, prévoir 48h de délai !²¹⁷

La perception du temps est radicalement différente entre les patients et les soignants. Pour les premiers, « le temps passe lentement » alors qu'ils sont dans « l'urgence de la rencontre »²¹⁸ d'un médecin pour comprendre de quoi ils souffrent.

²¹⁶ René Mornex, *Souvenir de quelques décennies de vie hospitalière. 1923-1983* (Stéphane Bachès, 2002).

²¹⁷ « Extrait du journal de terrain SUM » (France, 2013).

²¹⁸ Jérôme Thomas, « Dire(s) d'urgence — La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital. », 82.

Pour les seconds, beaucoup d'évènements et d'interactions surviennent avec un enchaînement parfois exaspérant. Une patiente quadragénaire, installée sur un brancard dans l'espace de surveillance à côté de l'accueil et qui passe son temps à regarder son smartphone, profite du passage de l'IAO pour lui demander : « *Savez-vous depuis quelle heure j'attends ici ?* ». Tandis qu'une autre patiente, sur le brancard d'à côté, se met soudainement à crier : « *Libérez-moi de ces saloperies !* ». L'IAO répond sur un ton sec : « *Oui, cela fait cinq heures !* ». La patiente reprend avec désespoir : « *Mon corps est paralysé ! Je ne peux pas bouger.* » L'IAO répond avant de s'éloigner : « *Oui, le médecin passera vous voir* ». Une accompagnante septuagénaire marche dans l'espace de surveillance et se plaint en parlant au téléphone de façon à ce qu'on puisse bien l'entendre : « *Cela fait longtemps que nous attendons ici et cela peut être dangereux !* ». La première patiente s'adresse à l'accompagnante, en l'entendant parler au téléphone : « *Depuis ce matin, personne ne s'occupe de moi alors que mon corps est paralysé !* ». Bouteille à la mer visant à transmettre ses doléances à un pouvoir qui, au-delà du service, viendrait la « secourir » ? L'accompagnante s'arrête devant elle, la regarde un petit instant et fait un geste en inclinant les deux coins des lèvres vers le bas et en secouant la tête vers les côtés, comme pour dire : « *Que peut-on faire, c'est comme ça !* ». L'IAO vient chercher un brancard et le pousse dans le couloir. Très usé, les roues grincent, se grippent et il part sur le côté. A l'examen, la plupart des brancards du service semblent en fin de vie : usés, rouillés, avec des traces de soudure, des déchirures sur les housses en faux cuir des matelas. Il faut beaucoup de force pour à la fois pousser ce chariot et le faire avancer tout droit. L'IAO se heurte à chaque mouvement à d'autres brancards serrés dans le couloir. Devant ses difficultés, j'en prends un bout pour l'aider : « *Ne vous inquiétez pas, c'est notre quotidien !* », me dit-elle d'un air résigné. Elle retourne à l'accueil et, en passant devant la salle de surveillance qui lui est adjacente, elle redresse le dossier d'un de ces brancards sur lequel un patient est allongé et lui explique qu'elle ne peut le voir depuis le bureau d'accueil s'il est totalement couché. En effet, la vitre des portes coulissantes qui séparent l'espace de première observation devant la banque d'accueil de l'espace de surveillance, est floutée jusqu'à mi-hauteur, ce qui interdit que l'IAO puisse surveiller le patient s'il est à l'horizontal.

Deux agents de police accompagnent un homme trentenaire en état d'arrestation. L'un d'entre eux tient d'une main le bras du patient en le tordant, tandis qu'il appuie de l'autre main la tête du patient contre son épaule opposée et le pousse vers un box à côté de l'espace de surveillance, dont on peut verrouiller la porte comme une cellule de garde à vue. « *Vous me faites mal !* », crie à plusieurs reprises le détenu tout le long du trajet de l'entrée jusqu'au box. Pour l'enfermer dans le box, il faut sortir un jeune homme admis pour taux d'alcoolémie très élevé. Le pompier quinquagénaire qui l'accompagne dodeline de la tête, signifiant sa déception ou sa lassitude. Il demande son nom à ce jeune homme et s'il a une carte d'identité. Sans réaction du patient, il lui donne quelques tapes sur le visage qui restent sans effet. Il le prend alors par les cheveux et lève sa tête avant de la laisser retomber sur le brancard. Il lui pince ensuite les joues. Le jeune homme ne répond pas mais son visage montre un signe de douleur en se crispant. « *Un gamin !* », murmure le pompier en secouant de nouveau la tête. Un externe et l'IAO observent la scène. L'IAO lui met le bracelet d'identification. « *Tiens, j'éteins la lumière* », lui dit le pompier en mettant la veste du patient sur sa tête. « *Non !* », répond l'infirmière qui retire la veste, sans prêter attention au pompier qui essaie de justifier son geste.

De retour à l'accueil, l'IAO commence les premiers examens d'un patient en vue de sa prise en charge. Cela se déroule devant l'accueil dans un espace séparé (par des portes coulissantes à moitié floutées) de la salle d'attente d'un côté, de l'espace de surveillance et du couloir d'entrée de l'autre. Deux jeunes femmes tentent de sortir en sens inverse. Alors qu'elle examine un patient, l'IAO leur indique le sens de la sortie. Les deux jeunes femmes ne font pas grand cas du propos, donnent des coups sur les portes vitrées et passent derrière la banque d'accueil pour parvenir à sortir. Elles affrontent l'IAO dans une sorte de ballet où les personnages se font face en se tenant à distance rapprochée, sans se toucher. Elles parviennent à sortir tout en vociférant. Au même moment, un patient (quadragénaire) en état d'ivresse glisse doucement vers le bas de son brancard ; l'IAO se dirige vers lui pour l'empêcher de tomber. Se plaçant vers ses pieds, elle lui demande de pousser sur ses jambes pour remonter un peu. Sans réaction significative, elle se positionne à hauteur de son visage et essaie de le tirer vers elle par le drap-housse. Sans succès, elle se penche

cette fois sur lui pour le prendre par les aisselles et le remettre en place. Le temps que je décide d'intervenir au lieu de simplement l'observer la scène et que j'arrive près du brancard, le patient est déjà remis en place. L'infirmière s'adresse à moi, exaspérée, à propos des deux jeunes femmes qui l'ont affrontée : « *C'est vous qui êtes ici pour l'observation ? Vous avez vu ? Le pire, c'était qu'elles m'ont parlé comme une merde !* ». Elle reprend ensuite : « *je dois aller me détendre !* ». Elle souffle en se dirigeant vers les couloirs pour faire un tour et revient rapidement à l'accueil.

*Je sens beaucoup de stress et de fatigue. Je respire rapidement et lourdement.*²¹⁹

2-2. Le refuge intragroupal

Un « appel aux bras » retentit dans les haut-parleurs des interphones installés dans les couloirs et les box. Aussitôt, onze personnes en blouses blanches surgissent de tous les coins du service et se dirigent vers le box indiqué, tout en mettant leurs gants médico-chirurgicaux, comme pour accomplir un rituel, « une mise à l'épreuve de la solidarité dans le service »²²⁰. Les bras, « les membres supérieurs de l'être humain, rattachés à l'épaule », se présentent comme un « symbole de la force guerrière, du pouvoir, de l'autorité ; personne qui combat, qui travaille »²²¹. C'est un appel au rassemblement des soignants pour placer un patient en contention. Ce déplacement collectif fait penser, là encore, à une danse rituelle à laquelle participent tous les membres de la tribu, sans considération de taille, d'âge ou de force physique apparente. Dans la salle de contention numéro 13, l'odeur d'urine est très forte. Tout le personnel assiste à la « sublimation »²²² du « sale boulot »²²³. Il faut libérer le patient des bandes de contention souillées, lui en imposer d'autres,

²¹⁹ « Extrait du journal de terrain SUM ».

²²⁰ Jerome Thomas, « Dire(s) d'urgence — La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital. », 227.

²²¹ Éditions Larousse, « Bras », consulté le 6 août 2014, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bras/10991>.

²²² Jerome Thomas, « Dire(s) d'urgence — La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital. », 276.

²²³ Dominique Lhuillier, « Le « sale boulot » », *Travailler* 14, n° 2 (2005) : 73-98, <https://doi.org/10.3917/trav.014.0073>.

le placer sur le brancard puis le transférer à l'imagerie médicale. Je lis l'inquiétude sur les visages au moment du changement de lit.

Ce soir, on fête l'anniversaire d'une collègue dans la salle du personnel qui est située dans un des couloirs, loin de l'accueil. La célébration est moins animée que celle du SUT. Ils sont nombreux à avoir amené quelque chose à partager. L'IAO de ce soir est une amie proche de la personne fêtée. Elle a préparé un gâteau et l'a placé dans une assiette qui lui avait été offerte par cette même infirmière. Ce lien d'amitié, textuellement évoqué, par ces deux personnes, n'avait pas son équivalent au SUT. Les conditions particulièrement dures de l'activité au sein du SUM ont peut-être pour effet de rapprocher plus étroitement les professionnels. Ainsi peuvent être mis en liens la mise en contention et la fête d'anniversaire. Pour faire face aux situations particulièrement difficiles, les rituels à dimensions domestiques (comme un anniversaire) peuvent remplir un rôle unificateur et protecteur.

En salle du personnel, on parle justement de la salle de contention numéro 13, de son odeur et la saleté considérable des matelas. Cette salle n'est pas correctement nettoyée car elle est occupée en permanence.

« La cheffe a dit de laisser le matelas sécher devant le chauffage de l'UHCD », lance une infirmière.

« Comment peut-on savoir qu'il est sec ? », demande l'autre.

« Ce n'est pas dans ta spécialité de le savoir ! », répond la première et tout le monde rit.

« Et l'hygiène ? », se désole une aide-soignante.

« Une fois on a découvert une grande tâche mouillée sous le patient et on a pensé que la sonde [vésicale] n'avait pas été mise correctement ou que le petit ballon de la sonde n'avait pas été suffisamment gonflé, sans remettre en question les compétences de l'infirmier bien évidemment (elle rit) ! On a compris plus tard que l'urine époncée auparavant par le matelas avait refait surface sous la pression ! », raconte une aide-soignante.

Soudain les haut-parleurs annoncent : « On a besoin d'un infirmier à la banque d'accueil ».

La « solidarité de l'équipe » est un concept évoqué dans la plupart des échanges avec le personnel toutes catégories professionnelles confondues. « *Ici il faut être soudé, sinon on ne peut pas tenir !* », dit le plus ancien (13 années) aide-soignant du service et qui m'appelle « sociopathe » en riant. Lui, comme certains autres aides-soignants, considère la mise en contention comme l'évènement le plus marquant qui survient quand les « patients psychiatriques » deviennent « agressifs ». Il nous explique combien l'ambiance a son importance :

« Ici le personnel se soutient ! On plaisante beaucoup. C'est spontané et on ne peut pas l'apprendre. On explose si on ne plaisante pas ! On plaisante spontanément pour rendre l'ambiance supportable ». ²²⁴

Les termes « d'équipe unie » et de « famille soudée » souvent employés dans les descriptions du personnel soignant, ressemblent à un « manifeste » rappelant à chacun les risques qui les menacent et la bonne conduite à suivre pour rester en « sécurité ». Ce manifeste est martelé non seulement pour rappeler que l'îlot représenté par le service est entouré d'un environnement menaçant mais aussi pour mettre en garde contre toute atteinte à l'unité des équipes. Lors d'un de mes premiers échanges avec une des aides-soignantes, celle-ci me fait part des tentatives de certains collègues pour fausser le nombre de transferts de patients afin de profiter de pauses plus longues. Sans pouvoir vérifier l'exactitude de ces accusations, le simple fait qu'elles puissent être mises en avant par certains des personnels indique que peuvent exister des fissures au sein des équipes. L'unité affichée pourrait être idéalisée. Quoi qu'il en soit, la proximité entre les uns et les autres est bien réelle et les informations circulent à grande vitesse dans toutes les strates de l'effectif. Par exemple, dès le lendemain de ma rencontre avec le chef de service en vue d'autoriser ma présence dans l'unité, tout le personnel était au courant qu'un étudiant sociologue observateur arrivait.

Dans la salle du personnel, la fête d'anniversaire se poursuit alors que l'on appelle encore un infirmier à la banque d'accueil. Toutes les personnes présentes dans la salle votent à l'unanimité pour ne plus accepter de patient et tout le monde rit. Les

²²⁴ « Extrait du journal de terrain SUM ».

deux heures qui suivent sont plutôt calmes et permettent une discussion avec le personnel administratif et l'assistante sociale. Il est 6 h 15 et les aides-soignants ont commencé le nettoyage matinal. Huit patients dorment sur des brancards dans le couloir et certains accompagnants demeurent assis ou à moitié couchés sur les sièges de la salle d'attente. Deux aides-soignants poussent un brancard pour sortir un patient décédé sur lequel ils ont mis un drap blanc. À l'accueil, l'IAO examine un patient sexagénaire ; on entend des éclats de rire et des plaisanteries. Deux autres infirmières se joignent à l'IAO qui a commencé un bras de fer avec le patient pour examiner le contrôle qu'il a sur son bras. La troisième infirmière détourne l'attention du patient pour que l'autre puisse mesurer le taux de glycémie. « *Qu'est-ce qu'on rigole dans ce métier, hein !* » me dit l'IAO en passant devant moi.

2-3. Une institution d'urgence

Il est 7 h 30 et l'équipe remplaçante arrive. Les soignants s'embrassent et font, comme au SUT, une réunion rapide pour la transmission des informations sur les patients admis, leur répartition parmi les soignants et les trois zones du service. Un médecin s'approche de l'IAO pour lui annoncer discrètement qu'il n'accepte plus de patient en attendant son remplaçant. Les infirmiers se demandent avec quel aide-soignant ils vont faire équipe. Une infirmière s'excuse de ne pas avoir fait de piqure à un des patients, laquelle avait été pourtant prescrite et figurait dans son dossier informatique. Elle laisse donc cette charge à l'équipe suivante tout en expliquant que les résultats de la plupart des examens étaient arrivés tardivement et qu'il y avait eu une surcharge de l'activité.

Comme nous l'avons déjà indiqué, le SUT et le SUM appartenant au même CHU sont soumis à bien des règles communes sur les temps de travail, les changements d'équipes, les procédures d'admission, la gestion de l'espace, les catégories professionnelles présentes... Les deux unités sont également soumises à des exigences de « rentabilité »²²⁵, de rythme de travail pour gérer le flux des patients au mieux et les « ventiler » aussi convenablement que possible. Pourtant, les différences sont notoires dans la façon de tenter d'optimiser le travail. Elles se

²²⁵ André Grimaldi, *L'hôpital, malade de la rentabilité* (Paris : Fayard, 2009).

situent sur bien des niveaux. Si, comme au SUT, le SUM dispose d'un outillage informatique permettant la consultation des dossiers dans tous les espaces de soins, les salles de travail, le bureau des médecins, l'organisation pavillonnaire impose des outils comme les haut-parleurs (absents au SUT). En outre, la spécialisation psychiatrique du SUM, son caractère de réceptacle des problèmes sociaux²²⁶, en même temps que sa capacité à intervenir en médecine interne²²⁷, rendent plus difficile qu'au SUT l'interchangeabilité des professionnels, modifient les rythmes de travail et confrontent les soignants à des formes d'interventions particulièrement délicates –comme la contention-. Bien sûr, dans les deux cas, le bricolage est de mise. Par exemple, pour trouver quelqu'un (un infirmier, un aide-soignant, un médecin...) qui pourra prêter main-forte dans une situation compliquée (la contention) la déambulation dans les couloirs est le moyen le plus efficace ; ainsi la hiérarchie peut se trouver écrasée quand il faut improviser une solution avec les seuls acteurs présents dans l'instant. Si les modalités du bricolage diffèrent dans les deux services, le point commun certain est assez simple : jamais le fonctionnement réel des unités n'est semblable à ce que l'organisation formelle laisse entrevoir. Soigner les malades dans les couloirs surchargés, sur des brancards en fin de vie, avec des soignants usés par des situations compliquées, sont des éléments de situation qui ne figurent pas sur les documents officiels.

Il est environ 17 heures. Un patient est transféré du SUT au SUM. L'AS se précipite en salle du personnel, l'air inquiet, pour chercher les médecins. Deux d'entre eux lui emboitent le pas rapidement pour aller voir le patient à la banque d'accueil. Pendant ce temps l'IAO est allée chercher un autre médecin et lui explique les symptômes. Elle essaye de les décrire sans poser de diagnostic, mais elle précise qu'ils sont inquiétants. Le patient est déjà transféré dans la zone de réanimation ; il parle calmement et décrit une douleur dorsale en fermant les yeux. Toute l'équipe se met au travail, de façon spontanée et coordonnée. Un aide-soignant et une femme médecin quinquagénaire commencent à déshabiller le patient. Une infirmière lui met une couche. Les visages me semblent crispés. La médecin parle à haute voix et

²²⁶ Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, 6.

²²⁷ Roche, « L'urgence aux hospices civils ».

décrit les symptômes en prenant note sur le dossier du patient. Les autres économisent les mots, posant simplement de temps à autre une question ou demandant confirmation au médecin : « 2 CC de morphine ? », « oui 2 CC ». Les actes sont réalisés avec rapidité. Le médecin pose une sonde vésicale. Huit soignants sont présents pour l'opération : un médecin, deux externes, trois infirmiers, deux aides-soignants. L'externe prend contact avec le médecin traitant du patient et le médecin cherche dans le sac du patient pour voir si elle trouve une trace du médicament que celui-ci a pris. Elle trouve une ordonnance datée du matin même pour une gastroentérite. « Oh oh, regardez-moi, ouvrez les yeux ! », lui demande-t-elle. Elle dit à l'externe de vérifier la réaction des pupilles, très faible. Elle vérifie si le malade peut indiquer la date, le mois et l'année. Aussitôt, elle réclame à l'infirmier le connecteur de la sonde d'intubation endotrachéale qui lui indique que ledit connecteur doit être dans l'emballage et que sinon... c'est qu'il a été jeté à la poubelle. « Peut-on fouetter celui qui l'a jeté ? », plaisante le médecin en riant. On attache les mains et les pieds du patient au brancard. Une des infirmières qui semble stressée, a des mouvements rapides et ne trouve pas facilement les objets qu'elle cherche. La deuxième infirmière lui demande la partie qu'elle souhaite tenir, les mains ou les pieds. « Je ne l'ai jamais fait. C'est la première fois. C'est à toi de me le dire ! », répond sa collègue. Le médecin appelle le laboratoire :

« J'ai besoin de quelques informations pour le patient numéro... ; cela a été envoyé il y a environ dix minutes. Vous n'avez rien à me donner avant de l'intuber ? C'est bien, oui ! Oh le PH est de 6.11 ! C'est bien jusqu'ici ! Nous recevrons la suite des résultats comme d'habitude hein ? ». Après l'appel au laboratoire, elle explique la situation aux externes et signale aux infirmières qu'il faut se dépêcher, car le PH montre que la situation est une urgence sérieuse.²²⁸

Les infirmières sortent des médicaments précipitamment des placards de la salle de réanimation ; elles préparent et effectuent les injections. Les réflexions à haute voix de la médecin semblent servir de repères pour l'équipe. L'IAO et un autre externe viennent proposer leur aide. Pour la plupart des injections, on utilise des appareils

²²⁸ « Extrait du journal de terrain SUM ».

d'injection automatique. La médecin explique les différentes étapes et montre à l'externe comment poser la lame courbe d'intubation. Avec un masque, on fait respirer au patient un gaz anesthésiant avant de lui tirer la gorge avec force pour faire l'intubation. L'externe n'y arrive pas et la médecin prend le relais en lui demandant d'observer la pose. Elle s'interrompt en cours de route et lui demande de poser le tube. « *Non, c'est trop profond !* », commente-t-elle avant de retirer le tube un peu vers l'extérieur. La médecin ne montre aucune hésitation et ne se pose pas de question. Elle ne parle que pour annoncer des constats et les décisions à prendre. Les infirmières s'occupent des sondes nasogastrique et vésicale. « *Plus tu paniques, plus ça ira mal* », dit le troisième infirmier à l'infirmière qui fait sa première expérience. L'externe et l'infirmier discutent de l'erreur du médecin traitant qui a diagnostiqué une gastroentérite au lieu d'un infarctus. La médecin appelle pour demander de préparer le patient pour un scanner. L'aide-soignant court dans le couloir avec un pied de perfusion à la main pour préparer le départ en imagerie. Une autre infirmière pose un cathéter de réserve. Le taux d'oxygène dans le sang du patient commence à remonter. Deux médecins et un aide-soignant d'un autre service arrivent avec un appareil de respiration artificielle portable qui ressemble à un sac à dos. Deux heures après, l'opération se poursuit toujours. Cinq perfusions et trois appareils d'injection automatique sont connectés au patient ainsi qu'un appareil de respiration artificielle, un ordinateur portable, et un défibrillateur pour pouvoir réanimer le patient au cas où un arrêt cardio-respiratoire surviendrait lors du transfert. Les infirmiers quittent la salle les uns après les autres et les médecins continuent à échanger des informations. La médecin prescrit trois autres injections supplémentaires avec trois doses différentes. Le tube doit être connecté à l'appareil mobile, mais il est attaché à l'appareil fixe de la salle avec du scotch. L'infirmière dit ne pas savoir comment connecter le tube. « *Ah, tu ne le sais pas ?!* », s'étonne la médecin avant de le connecter elle-même en disant que ses collègues du service de réanimation risquent de se fâcher en voyant qu'ils ont connecté le tube avec un scotch. La médecin demande aux externes de noter toutes les étapes de l'opération en leur réexpliquant la procédure. C'est la première fois que je vois des externes prendre des notes à propos d'une opération depuis le début de mes observations. On laisse les appareils d'injection automatique sur le patient et à côté

de lui. Il est littéralement enseveli sous les tubes et les fils. « *Ça va se casser la gueule !* », dit la médecin qui constate qu'un pied de perfusion ne tient pas correctement. « *Ce n'est pas grave ! Je le tiendrai tout au long du trajet* », rassure l'aide-soignant. L'infirmière moins expérimentée attache précipitamment les fils au lit avec du scotch. La deuxième remplit rapidement quelques formulaires et les deux se mettent à courir après le lit qui s'est mis en marche. Les deux infirmières ont le souffle court et leurs visages sont rouges. La première demande des nouvelles des autres patients et l'IAO qui les rejoint répond que tout le monde râle. L'autre infirmière commence à ranger la salle de réanimation. Au retour de la médecin qui a accompagné le patient, l'IAO qui avait alerté les médecins sur la situation de celui-ci dès son arrivée, veut s'assurer que son diagnostic était pertinent et l'interroge. La médecin confirme et lui explique quelques détails. À peine une demi-heure après, une deuxième personne arrive au service dans un état critique et l'opération de réanimation reprend avec la même équipe. Alors que nous approchons du changement d'équipe, une troisième personne nécessitant une réanimation arrive.

Dans la salle surveillée à côté de l'accueil, tout près de la salle de réanimation, un patient installé sur un brancard profite du passage d'un externe poussant l'appareil d'ECG ²²⁹ pour lui demander l'heure d'arrivée du médecin. Le ton monte progressivement. « *En tout cas, on ne vous a pas oublié et nous sommes là* », explique l'externe. « *Mon genou est fracturé à trois endroits et cela fait une heure que j'attends ici, personne ne me donne rien, même pas un antidouleur léger* » hurle le patient. « *Il faut qu'un médecin vous voie d'abord* » indique l'externe tout en s'éloignant, haussant les sourcils, soupirant et tournant ostensiblement le dos au patient. Celui-ci, alors, crache par terre. « *Vous êtes à l'hôpital et vous crachez par terre ?* », proteste l'IAO, visiblement indignée, qui observe la scène. « *J'ai envie de vomir !* », continue le patient en criant. « *Vous pouvez crier, mais vous ne pouvez pas demander quelque chose pour cracher dedans ?* », rétorque l'infirmière avant d'interpeller un autre patient : « *merci de suivre les traces de pas rouges dessinées par terre pour trouver la sortie* ». « *Ma petite dame !* », appelle le patient qui criait, avec une voix douce cette fois-ci et en faisant signe à l'infirmière d'approcher. « *Qu'y*

²²⁹ Electrocardiogramme.

a-t-il ? », demande l'IAO en gardant visiblement son sang-froid et en s'approchant un peu d'un air mécontent et sérieux tout en gardant sa distance. « *J'ai demandé deux fois à vos collègues, mais personne ne m'a donné de pot ! Demandez à vos collègues, demandez !* », se justifie le patient calmement et d'un air innocent. « *Ah bon ! C'est vraiment bizarre !* », s'étonne l'IAO en ouvrant les bras sur les côtés et en les tapant sur ses jambes en signe d'étonnement et de détresse, avant de donner un haricot médical en carton au patient et de s'éloigner vers la banque d'accueil. « *Je le mets où ?* », demande le patient. « *Mettez-le où vous pensez !* », murmure l'IAO pour elle-même, avant de me regarder avec un petit sourire amusé de sa transgression, tout en exprimant un léger sentiment de culpabilité, quand elle me demande si j'ai noté ses propos.

3. Le service des martyrs de Téhéran (SMT)

Dans les deux monographies précédentes, nous avons décrit le fonctionnement « normal » des services d'urgences traumatologiques et médicales (SUT et SUM). Dans ces deux espaces normés, dont des effectifs ont été calculés et la présence planifiée, sont accueillis des patients dans des proportions qui correspondent (à grands traits au moins) au taux nominal théorique. Cela étant, les nombreuses variations quotidiennes (nombre de patients admis, arrivées simultanées, absence de personnels, fatigue de ceux-ci, événements particuliers) transforment les conditions théoriques de fonctionnement. Le système formel est alors bien éloigné du système d'action concret²³⁰ qui se construit en situation pour faire face aux missions qui incombent aux urgences.

Avec le service des martyrs de Téhéran, nous allons rencontrer nombre d'éléments similaires. C'est un service d'urgences accueillant les mêmes pathologies traumatologiques, chirurgicales et médicales – à l'exception des pathologies psychiatriques – et qui accepte un nombre de patients équivalent à celui de l'ensemble des deux autres services étudiés en France. Par contre, par rapport à la gestion de l'espace, à la présence explicite de symboliques institutionnelles

²³⁰ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

extérieures au monde de la médecine, comme l'institution religieuse notamment, ce service donne à voir des systèmes de jeux d'acteurs très spécifiques.

3-1. Les (dys)fonctionnements systémiques

Je suis en train de rédiger mon journal de terrain dans la salle d'attente lorsqu'un des agents de sécurité vient me chercher : « *Quelqu'un est en train de mourir, viens vite cher docteur pour ne pas rater la scène !* ». Le fait qu'on m'appelle docteur alors que je suis doctorant m'a toujours un peu surpris, mais je comprends qu'il y a un signe de politesse en donnant un grade surévalué à son interlocuteur. Dans la salle d'opération, les soignants sont nombreux. Quelques accompagnants et deux ambulanciers observent la scène depuis l'extérieur, postés devant la porte de la salle. Les infirmiers font des allers-retours incessants pour chercher du matériel ou des médicaments – qui sont rangés à la pharmacie ou dans la salle des infirmiers afin de les mettre hors de portée des patients. La pulsion cardiaque affichée sur le moniteur varie invraisemblablement entre 0 et 240 battements par minute. « *Pouvez-vous changer le brancard pour que l'on puisse récupérer le nôtre et nous en aller ?* », demandent les ambulanciers à une des infirmières, qui leur répond : « *On travaille sur le patient* ». Avec une économie d'échanges verbaux, les infirmières préparent pendant quelques minutes des médicaments et les injectent au patient par voie intraveineuse ou par perfusion. L'interne d'anesthésie-réanimation n'est toujours pas arrivé au service, car il est normalement posté au bloc opératoire. Un infirmier plus expérimenté dirige l'opération. Il dicte les phases lentement, mot à mot et d'un ton sûr. Il n'hésite pas à corriger les gestes de ses collègues et à leur donner des conseils. L'interne d'anesthésie-réanimation arrive et après quelques échanges avec l'infirmier qui dirige l'opération, il commence la procédure d'intubation pour mettre le patient sous respiration assistée. Les infirmières ne trouvent pas l'insufflateur qu'elles appellent l'« Ambu ». Il n'est ni dans le sac du matériel de réanimation ni dans le placard à côté du lit de la salle d'opération du SMT, conçue pour de petites opérations légères comme des points

de suture. Après quelques minutes de recherche, on le trouve rangé dans un placard en salle de RCP²³¹.

Un interne en neurochirurgie s'approche de la salle d'opération et se fait interpeller par les trois accompagnants d'un autre patient, qui lui demandent de vérifier une radiographie. « *Pas maintenant !* » répond le médecin. « *Cela ne prend qu'une minute !* », insiste l'un des accompagnants. « *Une minute te suffit-elle ?* », répond le médecin en sortant la radiographie de son enveloppe et la remettant aussitôt dedans sans le regarder. « *Quelqu'un est en train de mourir dans cette salle !* » énoncent d'autres accompagnants qui attendent également dans le couloir ; « *Il paraît qu'il va vraiment mal* », ajoutent-ils. Les trois accompagnants précédemment insistants se mettent en retrait et rejoignent silencieusement leurs homologues dans le couloir. Soudain, un mouvement de foule s'opère suite à l'arrivée simultanée de trois patients en état critique. L'un d'eux est un ouvrier du bâtiment qui a fait une chute de douze mètres, faute d'avoir utilisé d'un harnais de sécurité. Alors qu'un médecin urgentiste discute avec des accompagnants, une femme quinquagénaire demande si elle peut trouver un fauteuil roulant pour la personne qui est avec elle. « *Regarde madame ! Là, il y en a un normalement. S'il n'est pas là, c'est qu'il est occupé par un autre patient et il faut attendre qu'il soit libre* ». Avec cette arrivée simultanée de personnes blessées, la situation est confuse et il faut une ambulance pour conduire les patients en imagerie. Mais l'ambulance est un objet toute aussi recherché que le fauteuil roulant. En effet, le service d'imagerie est situé en haut d'une colline sur laquelle le CHU est construit. Pour y conduire les patients en poussant un brancard, l'exercice est particulièrement difficile, a fortiori pour une personne ayant subi un trauma. Dans un passé récent, les patients qui pouvaient marcher étaient envoyés sans accompagnement au service de radiologie mais, suite à la mise en place de certaines normes hospitalières, ils doivent désormais être obligatoirement accompagnés par un personnel de l'hôpital, en l'occurrence un brancardier, afin d'éviter une remise en cause juridique de l'hôpital en cas d'accident. De ce fait, dans la circonstance et comme souvent, l'usage de

²³¹ Réanimation cardiopulmonaire.

l'ambulance fait l'objet de négociations entre les internes de neurochirurgie de la section traumatologique et ceux officiant en médecine interne²³². Pour l'heure, le chauffeur est appelé à plusieurs reprises par haut-parleurs. Ces appels peuvent être parfois nominatifs ce qui, si la personne sollicitée n'est pas présente, peut occasionner des conflits. Ou-est-il ? Pourquoi ne réagit-il pas ? Les cadres peuvent alors vérifier en temps réel avec les caméras de vidéosurveillance installées dans toutes les salles de soins et les couloirs du service qui est présent ou absent. Lorsque l'ambulance arrive, l'interne de médecine interne donne les instructions pour amener le patient à l'imagerie alors que l'interne en chirurgie intervient et proteste, considérant que son patient relevant de la traumatologie est prioritaire en raison de la gravité de son état. Son collègue maintient sa position estimant que le cas de leur patient est tout aussi urgent. Entre temps, le chauffeur qui a été retrouvé demande à l'infirmière de bien préciser dans la base informatique l'image demandée, évoquant le fait que lors de son précédent déplacement cette information n'apparaissait pas dans le système et qu'il a dû supplier le technicien de l'imagerie pour qu'il accepte de le faire sans lui imposer un aller-retour.

A un autre moment, alors que je me trouve dans le bâtiment central, trois accompagnants qui poussent un brancard me demandent où se trouve le service d'imagerie. Je les accompagne jusqu'à l'entrée dudit service. J'avance devant le guichet d'admission pour demander de nous laisser entrer. Quelques patients sont dans la salle d'attente qui fait face au bureau des entrées. La personne au guichet ne me prête aucune attention malgré ma blouse blanche. L'accompagnant, qui me voit hésiter, dit à haute voix que le cas de son patient est urgent. « *Ici, tout est urgent monsieur !* », répond la personne derrière les vitres avant d'appeler le SMT. Elle interroge : « *l'avez-vous amené aux urgences ?* ». L'accompagnant répond : « *Oui, on nous a dit de l'amener directement ici. Il n'a toujours pas de dossier. Voulez-vous son nom ?* ». La personne de la réception reprend : « *Attends que le patient actuel sorte, ensuite, tu pourras faire entrer ton patient.* ». Nous entrons dans la

²³² Cette situation, qui est source de vives tensions, est présentée comme provisoire car un service d'imagerie pour le SMT sera prochainement inauguré. Géré par le secteur privé il servira aussi à la clinique de consultation de spécialistes inaugurée à l'étage au-dessus.

zone de l'imagerie en faisant face aux contestations des patients de la salle d'attente à qui nous tentons d'expliquer l'urgence de la situation. Ce sont les accompagnants qui s'occupent du patient pour l'installer sur le lit du scanner en raison d'une absence de personnel dédié du service d'imagerie ou du SMT pour mener à bien cette installation. L'aide des accompagnants est ici indispensable pour la réalisation des examens sur des patients quasi inconscients.

Bien que le parcours du patient puisse être souvent complexe et difficile à planifier précisément d'un point de vue pratique, il existe une formalisation officielle de ce qu'il devrait être. Le schéma ci-dessous est supposé, par l'administration hospitalière, en rendre compte.

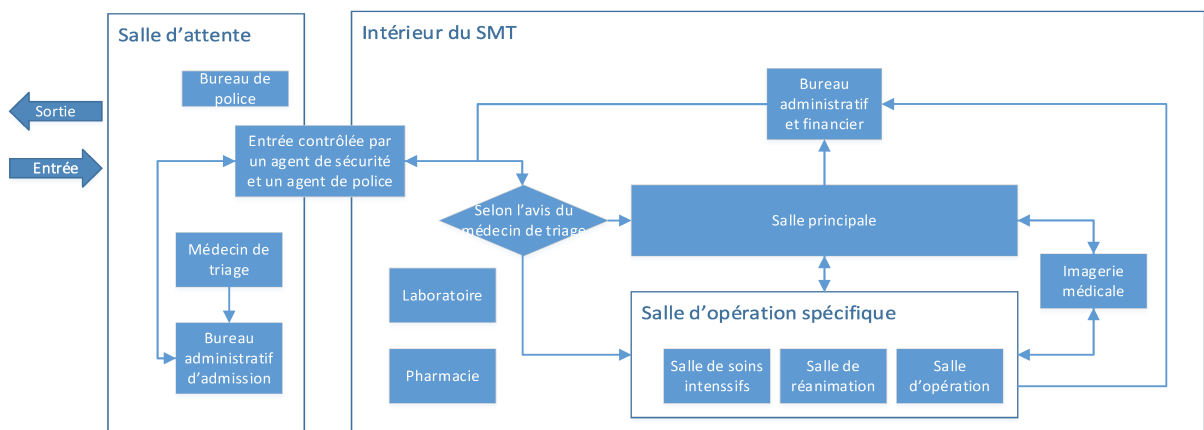


Figure 5 : Parcours du patient au SMT

Théoriquement, lorsqu'un patient s'adresse au SMT, par ses propres moyens ou par l'intermédiaire des professionnels comme les pompiers ou le SAMU, il passe d'abord une visite auprès du médecin de triage. Si le patient peut quitter le service avec une ordonnance sans prise en charge plus lourde, il s'acquitte des honoraires au bureau d'admission et peut partir. Sinon, il établit un dossier au bureau d'admission et entre dans le service en montrant un récépissé à l'agent de sécurité qui contrôle l'entrée. Dans les cas très urgents, le médecin de triage appelle un brancardier et accompagne directement le patient dans une salle spécifique pour les opérations nécessaires. Dès l'entrée dans le service, le patient est sous la responsabilité des internes par délégation, ou des médecins urgentistes s'ils sont présents. Un cathéter intraveineux lui est installé par un infirmier et il suit la procédure selon l'ordonnance

du médecin, au cours de laquelle un passage au service d'imagerie peut être nécessaire. Lorsque le patient est accompagné, il peut être demandé à ceux qui sont avec lui de le conduire au laboratoire, à la pharmacie, aux bureaux administratifs... Pour la sortie, une facture est établie par le service financier de l'unité et elle doit être acquittée au bureau administratif d'admission (lié à la trésorerie publique), situé dans l'entrée. De retour dans le service avec l'attestation de paiement, l'infirmier enlève le cathéter intraveineux pour que le patient puisse sortir en montrant la quittance à l'agent de sécurité.

Sauf dans les cas d'urgences vitales, de nécessité de soins intensifs ou d'opérations chirurgicales légères, les patients sont installés dans la salle centrale du SMT. Nous y trouvons 21 lits distribués tout autour de la salle ; ils peuvent être séparés par des rideaux afin de dérober les lits aux regards d'autrui notamment lors des gestes touchant à l'intime. En temps normal, les rideaux sont ouverts et les patients sont observables depuis la station des infirmiers.

De retour dans la salle principale, je constate qu'une patiente accidentée se prépare pour changer de brancard afin d'être transférée à l'imagerie médicale. Le brancardier évite visiblement de la toucher, car c'est un homme – selon les codes moraux et religieux le contact physique entre un homme²³³ et une femme est interdit même pour des raisons médicales lorsqu'il est possible que l'acte de soins soit effectué par une femme soignante – et la patiente semble en capacité de bouger par elle-même. Les accompagnantes l'aident, mais c'est la patiente qui, seule, parvient à passer ses jambes d'un lit à l'autre. Lors du déplacement, elle régurgite du sang et les accompagnantes essaient d'éviter les éclaboussures avec leurs mains et des mouchoirs. Elles demandent à l'infirmière qui observe la scène s'il elles peuvent avoir un contenant pour limiter les projections. L'infirmière leur conseille d'aller acheter un haricot médical jetable à la pharmacie. « *À quel prix ?* », demande l'une des accompagnantes, étonnée. L'infirmière hausse les épaules et fait un signe de la main qui signifie « une somme négligeable ». « *En effet il aurait été étonnant que l'État mette quelque chose à disposition gratuitement !* », répond

²³³ Sauf l'époux, les ascendants, les enfants, les descendants et les frères.

l'accompagnante, à moitié surprise, en partant vers la pharmacie située dans le couloir à côté de la salle de soins. À leur côté, un accompagnant demande un renseignement à l'interne qui est assis à la station ovale des infirmiers au centre de la salle principale. « *Je ne sais pas ! Ce n'est pas mon patient. Cherche son médecin !* », répond-il d'un air indifférent.

À cette station des infirmiers, sont installés quatre ordinateurs qui permettent de saisir dans le système d'information hospitalier (SIH) les informations suivantes : matériaux utilisés, examens médicaux réalisés et services payants pratiqués. Les médecins peuvent également y consulter les résultats de radiographie des patients directement sur l'écran. En ce même lieu se trouvent aussi quelques étagères et placards pour stocker les matériels fréquemment utilisés comme les seringues, les désinfectants, les pansements, les éprouvettes, les dossiers en métal et les sacs d'instruments pour la réanimation et les opérations chirurgicales légères. Deux tensiomètres mobiles sont aussi mis à disposition du personnel, car un tensiomètre a été installé à chaque lit, mais leurs tuyaux sont trop courts pour pouvoir être utilisés. Les tensiomètres restent donc définitivement inutilisables et il faut donc quelques aller-retours et petites négociations avec des collègues pour que puisse s'effectuer la mesure de la tension artérielle des patients.

Cet aménagement de la station des infirmiers semble faciliter l'observation permanente des malades installés autour de la salle avec un minimum de personnel. À l'opposé du modèle de la salle de soins appelée « box », que nous avons observé au SUT et au SUM en France, où l'on trouve au sein de chacun d'entre eux le matériel fréquemment utilisé par les soignants pour les examens et les soins, au SMT de Téhéran ce matériel est stocké dans la station des infirmiers. Chaque intervention sur le patient oblige ainsi le soignant à faire plusieurs aller-retours entre la station des infirmiers et le lit, ainsi que la pharmacie et le laboratoire d'analyses médicales qui sont à l'extérieur de la salle principale. Par exemple, pour effectuer une analyse sanguine, il faut saisir le type d'analyse et les matériaux utilisés dans le SIH²³⁴, puis aller à la pharmacie pour prendre le cathéter et les éprouvettes dans le stock de la

²³⁴ Système d'information hospitalier.

station, puis revenir à côté du patient pour récupérer l'échantillon de sang, ensuite retourner au laboratoire pour donner les éprouvettes et enfin se diriger de nouveau vers la station pour saisir dans le dossier papier l'acte et l'heure exacte à laquelle a été réalisé le prélèvement. Or, en pratique, un acte simple comme celui-ci n'est presque jamais réalisé de manière linéaire, sans interruption, car au milieu de ces allers-retours, le soignant se heurte à la foule parfois nombreuse des accompagnants qui entourent la station. Ces personnes n'attendent bien évidemment pas ici pour le plaisir. Le plus souvent en compagnie d'un patient, elles exigent qu'il soit pris en charge tout de suite et cela fait monter la tension.

De retour dans la salle principale du SMT, deux infirmières font une prise de sang. Lorsqu'elles donnent les unités de prélèvement au laboratoire du service situé dans le couloir, l'une des infirmières demande qu'un des prélèvements parte au laboratoire central pour un examen qui n'est réalisé que là-bas.

« Mais, pourquoi ce n'est pas écrit dessous ? », demande la personne du laboratoire.

« On ne peut pas tout écrire dessus, car il n'y a pas assez de place ! C'est fait pour ça le système informatique ! Tout est rentré dans le dossier. », s'étonne l'infirmière.²³⁵

Après vérification, ils comprennent que ce n'est pas le bon prélèvement.

« Où est le prélèvement de sang ? », demande l'infirmière à l'accompagnant.

« Vous ne m'avez rien donné ! », s'étonne celui-ci.²³⁶

L'infirmière appelle une collègue et deux étudiants en études d'infirmier pour trouver le prélèvement.

« Quand vous laissez l'accompagnant tout faire, c'est normal que ce genre de chose arrive ! », remarque l'accompagnant.²³⁷

²³⁵ « Extrait du journal de terrain SMT » (Iran, 2011).

²³⁶ Ibid.

²³⁷ Ibid.

En théorie, une seule personne par patient est autorisée dans la salle principale du SMT mais, en pratique, la présence de plusieurs accompagnants est tolérée afin de réduire la charge de travail du personnel qui peut leur déléguer des tâches annexes aux soins, comme l'établissement du dossier, la régularisation de la facture avant la sortie, les déplacements et transferts du patient, ou bien encore aller chercher des matériels et des médicaments à la pharmacie, prendre l'échantillon d'urine, récupérer les résultats des analyses médicales, avertir les soignants quand la situation du patient s'aggrave, accompagner ce dernier pour aller aux toilettes et parfois même faire sa toilette. Cette présence périphérique est jugée nécessaire par la majorité des enquêtés du SMT, à condition qu'ils soient « sages et silencieux ». Loin d'une telle coopération, la relation soignants/accompagnants est faite de tensions autour de la station des infirmiers. Des agressions verbales et des conflits de toute nature entraînent des passages très fréquents des agents de sécurité qui deviennent quasi omniprésents. Les accompagnants testent des stratégies variées afin de faire agir les soignants en leur faveur : comme sourire, supplier, contempler, secouer la tête en signe de mépris, soupirer, se plaindre à haute voix, crier, menacer de porter plainte, faire semblant de porter plainte en parlant sur leur téléphone portable en face du personnel, jeter un objet bruyamment par terre ou même le lancer en visant le personnel. Tout cela peut parfois aboutir à une bagarre. « *Tu penses que je suis un imbécile ? Pour qui me prends-tu ? Je suis doctorant en ingénierie à l'université de Téhéran – en montrant sa carte d'étudiant –, tu penses que t'es qui ? Tu n'es qu'une infirmière !* », crie un homme devant la station des infirmiers pour protester contre une erreur d'installation de cathéter intraveineux. Il n'est pas rare que l'individu qui proteste rappelle sa position sociale supérieure, son réseau réel ou supposé connecté au pouvoir étatique ou à tout autre cercle influent, afin d'intimider le personnel, de négocier une attention favorisée dans le service en contrepartie d'une faveur qui pourrait être accordée au soignant à l'extérieur.

L'infirmière K. qui a environ 25 ans, s'étire sur sa chaise dans la station des infirmiers. Il est 3 h 20 du matin et après une nuit très mouvementée, le service retrouve petit à petit le calme. Elle a les yeux rouges et n'a pas pu aller se coucher

à 3 heures comme prévu à cause de la charge de travail. Elle peste : « *Que ce lieu tombe en ruine !* ». L'interne en médecine interne confirme en hochant la tête : « *Exact !* ». L'infirmière K. s'approche du lit d'un patient octogénaire endormi, qui ne veut pas se retourner pour une prise de sang. « *Cher papi, donne-moi la main ! Ne t'inquiète pas. Juste, il ne faut pas bouger la main. Je te le fais sans douleur !* ». Elle lui adresse la parole avec des mots tendres, comme si c'était son propre grand-père, mais d'un ton infantilisant.

Dans la salle d'opération, une autre infirmière qui nous a fait part de sa peur du sang et des blessures lors de son entretien, collabore avec un externe pour la suture du doigt d'un enfant de 13 ans, qui s'est blessé en préparant à manger pour ses poules, dans une banlieue défavorisée à l'est de Téhéran. L'enfant se montre très courageux et utilise un langage argotique d'adulte pour s'exprimer de façon décontractée. Il continue à raconter sa vie et l'accident, lorsque l'infirmière le recadre sans raison évidente : « *On t'a souri et on a parlé avec toi et tu abuses ! Redresse ta main, allez !* ».

C'est la période du ramadan et les musulmans pratiquants respectent un jeûne de l'aube jusqu'au coucher du soleil. Pendant cette période, il est formellement interdit de manger, de boire ou de fumer en public sous peine de sanctions, même si l'individu se retrouve dans une situation où il ne peut pas faire le jeûne. Selon le rituel, avant le lever du soleil, les pratiquants mangent et boivent *sahari*²³⁸ pour mieux tenir le jeûne. L'infirmière K. me demande si je fais le jeûne et après mon silence gêné, afin de ne pas officiellement avouer une transgression, insiste pour que j'aie mangé *sahari* et que je m'assoie pour me reposer.

Un médecin de garde me conduit dans la salle de repos des femmes, qu'on appelle le « pavillon des femmes », séparée de celle des hommes, disposant de quelques lits pour celles qui veulent se coucher entre minuit et 3 heures ou de 3 heures à 6 heures, si la charge de travail le permet. Entre les lits, on a fait un peu de place pour mettre une table basse et servir de la pastèque et du chocolat. Y sont réunis une

²³⁸ Le *sahari* ou repas de l'aube est un repas que prennent les musulmans, juste avant l'aube durant le mois de ramadan, afin de mieux se préparer physiquement au jeûne

partie du personnel, hommes et femmes. Le médecin appelle l'une des infirmières par son prénom et après sa réponse lui dit en riant : « *Tiens, je t'ai appelé deux fois par ton nom de famille et tu ne réponds que quand je t'appelle avec ton prénom* ». « *Si tu ne le veux pas, il faut le lui dire clairement* », conseille l'infirmière aînée qui est responsable du personnel paramédical cette nuit-là à la jeune infirmière. Les conseils vont au-delà de ce qui est normalement attendu dans une relation entre collègues. Ces deux infirmières prétendront au cours de leur entretien n'avoir aucun ami proche dans ce service.

Le service est très calme, Mme S. une des infirmières, prépare des cotons imbibés d'alcool pour les futures interventions. Elle nettoie soigneusement ses mains et sous ses ongles qu'elle porte longs, soigneusement manucurés avec du vernis et des dessins de petites fleurs. Officiellement, les infirmiers n'ont pas le droit d'avoir les ongles longs pour des raisons liées au respect de l'hygiène. Visiblement, malgré quelques avertissements de la cadre de santé, elle a décidé de passer outre.

À côté de la station des infirmiers, un agent de service hospitalier (ASH) est en train de nettoyer une poubelle jaune qui attire mon attention. La couleur de la poubelle signifie qu'elle contient des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI), ce qui nécessite un traitement spécifique et réglementé. Le couvercle pivotant de la poubelle installée pour ces déchets, pose quelques problèmes. Les déchets frottent le couvercle et y laissent des traces de sang. Parfois, ils ne rentrent pas complètement dedans et le couvercle reste à moitié ouvert. L'ASH le nettoie avec un chiffon et un spray pour les vitres, avant de laver les poignées des placards et des portes avec le même chiffon, augmentant ainsi le risque de transmission des infections microbiennes.

3-2. Les régulateurs

Il fait chaud à l'extérieur et les climatiseurs refroidissent le service. Une aide-soignante se plaint du froid et éteint la climatisation de toute la salle principale. Quelques minutes plus tard, un patient indique à haute voix ne pas arriver à se reposer à cause de la chaleur. Son accompagnant vient deux fois à la station des infirmiers pour demander de remettre la climatisation, mais l'aide-soignante s'y

refuse. L'une des infirmières présentes fait l'intermédiaire et demande à l'aide-soignante de lui laisser remettre la climatisation. L'aide-soignante annonce qu'elle quitte la salle, car elle a des frissons et demande qu'on l'appelle si on a besoin d'elle. Elle insiste pour dire qu'elle est sérieuse. Il n'y a visiblement aucune réglementation à propos de la température du service. Sur le panneau de contrôle, il n'y a qu'un fusible marche/arrêt pour le climatiseur de la salle.

Un patient d'une vingtaine d'années pleure en se plaignant de la douleur causée par son doigt amputé dans un accident, et implore une infirmière de faire quelque chose. Une femme, visiblement sa mère, le prend dans ses bras et essaie de le consoler. « *On est bien aux urgences ! Ici, tout le monde a mal, vous comprenez ?* », répond l'infirmière sèchement. Cette phrase, nous l'entendons souvent dans la salle principale ; elle fait écho aux sollicitations des patients ou de leurs accompagnants. Le personnel utilise parfois une autre formule pour tempérer les admonestations dont il est l'objet ; elle consiste à rappeler qu'en l'instant « un patient est en train de mourir ».

L'ASH P. s'approche de la station des infirmiers et avertit ses collègues : « *il faut se méfier de ce type !* », à propos d'un clerc qui aurait amené son fils au SMT. « *Tu lui as mal parlé, j'ai vu !* », dit l'ASH à l'infirmière Ch. en la mettant en garde. L'ASH P. raconte alors un « scandale » arrivé l'année dernière, qui justifie sa méfiance. Selon ses informations, que nous avons ensuite vérifiées dans les médias iraniens, un clerc qui avait rappelé l'obligation de porter le voile à une femme dans la rue, aurait été blessé lors d'une bagarre avec un groupe de jeunes personnes prenant la défense de la femme qui était passible d'une arrestation par la police de mœurs. L'interne de garde du SMT qui a reçu la demande d'admission du clerc par téléphone, l'a refusée sous prétexte que tous les lits du service étaient occupés. Cet événement a eu une large répercussion dans les médias dirigés par le gouvernement iranien, valorisant l'acte « héroïque » du clerc et condamnant les responsables des CHU qui ont été sollicités pour son admission et l'ont refusée. Suite à cet événement, l'interne de garde a été suspendu de ses études pendant six mois et le président du CHU a été démis de ses fonctions. L'interrompant dans sa narration, un interne en neurochirurgie l'apostrophe et s'adresse à lui par sa fonction et non par son nom. Il

lui demande d'accompagner un patient jusqu'à la salle d'opération du service²³⁹. Cette personne, qui était brancardier la veille au matin avec un uniforme beige, est habillée ce jour d'un uniforme bleu foncé, car à partir de 19 heures, lors du remplacement de l'équipe, il occupe le rôle d'un ASH. Il effectue ainsi une garde de 24 heures d'affilées, puis un « repos » de 48 heures²⁴⁰. En réponse à l'interne qui le sollicite, l'ASH P. montre le balai qu'il a à la main puis désigne du doigt un brancardier à l'autre bout de la salle en l'appelant : « Brancardier ! ». Il abandonne son récit lié au « scandale du clerc » et se met à balayer sans regarder l'interne, ni se justifier davantage. Pendant qu'il s'affaire autour de la station, deux infirmières parlent à son propos. L'une informe l'autre que le cadre de santé du service chirurgical a fait savoir qu'il fallait empêcher cet ASH de passer ses pauses à discuter avec ses collègues du service chirurgical. S'adressant à lui, l'une des infirmières interroge « *Il paraît que tu pousses les collègues à la révolte contre leur chef, monsieur P. ?* ».

« Qui ? Je ne suis pas allé là-bas hier ! », répond l'ASH P.

L'infirmière : « Ce n'était pas hier, mais la semaine dernière. »

L'ASH P. : « Je ne suis allé là-bas que pour chercher des bonbons ! »,

*L'infirmière lui tourne le dos sans rien ajouter en signe de fin de la discussion.*²⁴¹

Poursuivant son échange avec sa collègue, qui est cette nuit responsable de l'équipe paramédicale, elle demande « *où sont les brancardiers ?* ». « *S'ils ne reviennent pas tout de suite, j'appellerai leur responsable et tu verras qu'ils réapparaîtront rapidement !* » indique son interlocutrice. Prolongeant leur échange, les deux infirmières évoquent les brancardiers qui sont des personnels recrutés par une société privée en contrat de sous-traitance avec le CHU – comme c'est aussi le cas des ASH – et dont les conditions de travail sont très précaires. En effet, cette société

²³⁹ Il faut rappeler qu'au SMT, tout membre du personnel porte un badge avec son nom sur son uniforme, contrairement aux deux services en France, où l'on ne peut pas distinguer les catégories de personnel par leur uniforme et où il est déconseillé d'y porter son nom, notamment dans des services accueillant des patients psychiatriques.

²⁴⁰ Durant ce repos de 48 heures, la plupart des ASH de ce service exercent un deuxième travail.

²⁴¹ « Extrait du journal de terrain SMT ».

recrute la plupart d'entre eux avec des contrats de vacation payés à l'heure, qui peuvent être interrompus du jour au lendemain. Les deux collègues s'émeuvent de cette situation lorsqu'elles sont rejointes d'un côté par un interne de médecine interne, et de l'autre par l'aide-soignante qui, un peu plus tôt, se plaignait de la climatisation :

« Vous ne répondez pas à mes coups de téléphone ! Vous verrez le résultat quand vous essaierez de me joindre à votre tour ! », menace l'interne sur le ton de la plaisanterie.

Les infirmières se moquent un peu de lui et l'aide-soignante ajoute en plaisantant : « moi aussi docteur ? moi aussi ? »²⁴²

Reprenant un ton sérieux, l'interne leur fait comprendre qu'elles ne doivent pas prendre son propos « à la légère ». Les sourires disparaissent et personne ne dit plus rien avant que l'interne ne s'éloigne de la station.

Deux patients attirent mon attention, tous deux installés sur le même brancard étroit et portant le même uniforme, celui des éboueurs de la municipalité. J'interroge l'infirmière responsable et elle m'explique que cinq éboueurs sont arrivés aux urgences cette nuit suite à une intoxication alimentaire. Vu qu'ils avaient tous les mêmes symptômes, le médecin de triage n'a fait que quatre dossiers à la suite, omettant le cinquième patient. Sans dossier, deux des patients sont installés sur un même brancard. Aussi étrange que la scène puisse paraître pour un observateur extérieur, personne parmi le personnel ne semble y porter suffisamment attention pour installer les patients sur deux brancards séparés. Le sujet occasionne simplement quelques plaisanteries dans la station des infirmiers, à propos des vomissements supposés des éboueurs suite à leur intoxication alimentaire.

À 5 heures du matin, le service est calme, ce qui permet d'échanger librement avec tout le personnel. Deux internes en première année de spécialité de neurochirurgie – leur parcours est de quatre à six ans – se décontractent à la station des infirmiers. En Iran, les étudiants en médecine obtiennent un diplôme de médecin généraliste

²⁴² Ibid.

après sept ans de formation et une période de stage obligatoire. À la suite d'un concours national, ils peuvent passer leur quatre à six années d'études et de stages dans des services spécialisés pour obtenir le diplôme de médecin spécialiste. Ils commencent la plupart du temps dans un service d'urgence, où ils passent leur première année. Ces deux internes m'expliquent qu'il y a une hiérarchie presque militaire, surtout en chirurgie. Ils évoquent les sanctions démesurées appliquées par leur hiérarchie à la moindre erreur ou retard de leur part et de façon plus générale, ils disent ne pas comprendre de l'hostilité, selon eux « gratuite », des aînés envers les nouveaux arrivants. Tous deux partagent l'idée selon laquelle il y aurait un problème systémique. Pour tenir dans un tel contexte, il faut une solide personnalité ajoutent-ils et plus encore pour tenter de changer le système. Ceux qui tentent de résister sont la plupart du temps « mis de côté » de manière à leur ôter les leviers d'action qu'ils pourraient avoir. Une des deux internes fait allusion à sa famille qui, même si elle a œuvré activement à la révolution de 1979 en Iran, n'a pas pu participer au pouvoir pour autant, et a même été inculpée de « beaucoup de choses ». Elle développe ensuite une théorie qui consiste à considérer que le comportement des individus est lié à leur capacité d'intuition, laquelle existerait dès le moment de la conception et serait déterminée non pas par les gènes mais par l'environnement. Elle en conclut que chaque individu a une personnalité que l'on peut classer comme entrant, soit dans la catégorie de ceux qui acceptent, soit dans celle des libres penseurs qui veulent arrêter les cercles vicieux et rendre le monde meilleur.

« Les médecins, bon ils sont dans la classe supérieure de la société. Les infirmiers voulaient devenir médecins, bon gré, mal gré, mais pour des raisons que l'on ignore, ils n'ont pas réussi. C'est pour cela qu'ils n'acceptent pas que les médecins leur donnent des ordres. »²⁴³

Ne me risquant pas à entrer dans une discussion sur ce sujet avec l'interne, je me contente de souligner le fait que son « analyse » est largement partagée par ses collègues avec qui j'ai pu avoir des entretiens formels ou informels.

²⁴³ Ibid.

Un peu plus tard, je croise le chauffeur de l'ambulance tant sollicité dont nous avons parlé plus haut. Il me demande si je suis marié ; après ma réponse positive et voyant ma réaction de surprise, il m'explique d'un air malin : « *Ah d'accord, ce n'est rien alors ! C'est parce que je t'ai vu entouré par des filles qui te souriaient tout à l'heure à la station [des infirmiers] »*.

Cette remarque qui pourrait paraître anodine ne l'est pas vraiment. Elle renvoie plus ou moins directement à une forme de contestation de ce que sont les rituels d'interactions entre hommes et les femmes. Elle laisse entendre que notre présence pourrait induire un certain trouble de cet équilibre. Ainsi, à l'hôpital, comme ailleurs dans la société iranienne, une certaine « éthique sociale » incluant la notion de pudeur et principalement insufflée (imposée) par l'institution religieuse, est supposée devoir être respectée. Lors de la rencontre entre hommes et femmes, les règles sont précises : il faut éviter de regarder droit dans les yeux, il y a une interdiction explicite des contacts physiques. Cet ordre-là est présent jusque dans les codes vestimentaires et l'architecture même du service avec ses salles de repos séparées pour les hommes et les femmes. Si cet ordre de séparation homme-femme, minutieusement codifié et ritualisé par l'institution religieuse, est supposé s'imposer partout, comment ces zones « grises » permettant des interactions soutenues entre les personnels des deux genres dans les espaces collectifs du service ou lors de gestes techniques plus intimes sur les patients peuvent-elles être tolérées ? L'ordre codifié par l'institution religieuse que chacun devrait avoir incorporé est bousculé par l'institution médicale. Comment la transgression permanente, par exemple de l'interdiction de toucher une personne du sexe « opposé », est-elle rendue possible et tolérée ? Certes, si un membre du personnel du même sexe que le patient est disponible, les soignants vont éviter cette « transgression » mais cela n'est pas toujours possible, tant s'en faut. Le chauffeur de l'ambulance, avec sa remarque, vient interroger des strates religieuses, sociétales, organisationnelles. Avec sa question portant sur mon statut matrimonial et ma présence au milieu d'un groupe de femmes, rien n'est ouvertement contesté ni promu ou valorisé. Par contre se trouve souligné, en creux, des ordres, des codes, des règles qui ne sont pas nécessairement facilement conciliables. Ce genre de

remarques se retrouvent en de nombreuses occasions et formulées par des personnes aux statuts et fonctions bien différentes. Ainsi l'adjoint au chef de service m'indique à propos d'un des externes : « *C'est un garçon sérieux qui travaille bien* (son sérieux lui valait d'ailleurs la possibilité d'user du tampon de signature du médecin sénior qui l'encadrerait pour délivrer des prescriptions) ! *Son seul défaut, c'est qu'il est surtout intéressé par les femmes !* ».

Dans la salle principale, la plupart des patients sont allongés, et leurs accompagnants endormis sur une chaise à côté ou à la tête de leur brancard. Un des patients est assis sur son brancard et me demande d'approcher. Hésitant, je m'exécute et, une fois vers lui, il tend la main pour réajuster le col de ma blouse blanche qui est plié. Il le fait en me souriant et je le remercie. A quelques pas, un autre, en vérifiant tout d'abord que personne ne le regarde – comme un élève qui triche à un examen – augmente le débit de sa perfusion pour qu'elle finisse plus tôt. Deux infirmières sont allées manger *sahari* au lieu de se coucher et elles regardent les prières diffusées à la télévision publique installée dans la salle d'attente du service. L'une d'entre elles branche son téléphone portable à la prise murale de la salle d'attente pour le recharger avec un court câble, et en profite pour passer un appel.

Dans la salle des soins intensifs, qui comporte six lits, les sonnettes d'alarme des appareils de respiration artificielle ne s'arrêtent pas. D'après l'infirmière surveillante de la salle, le taux d'oxygène fourni par les capsules d'oxygène central du service est systématiquement insuffisant. Ce qui déclenche l'alerte des machines que personne ne sait comment arrêter. Pour cette infirmière, il n'est pas imaginable de changer le fournisseur des capsules d'oxygène. Il faut donc régulièrement éteindre les alertes de chaque lit pour stopper l'importante nuisance sonore induite par ce problème technique.

3-3. Les symptomatiques

C'est bientôt l'heure du changement d'équipe. Les lits doivent être dans un état « correct » lors de cette rotation, surtout les jours où la cadre de santé fait elle-même le tour des lits à son arrivée. Toute l'équipe paramédicale, accompagnée par

les cadres de santé, celui qui arrive et celui qui finit sa garde de nuit, font le tour des lits. L'infirmière responsable de chaque patient explique rapidement la situation, les démarches déjà entreprises et celles qui restent à mettre en œuvre. Un lit en désordre peut mener à une sanction de l'infirmier ou de l'aide-soignant responsable et rallonger sa garde jusqu'à ce que le travail qui devait être fait sur le patient soit achevé. Ce jour-là, le changement des horaires de garde lié au *ramadan* a visiblement causé des retards et une partie du personnel n'est toujours pas présente à son poste. Un des ASH, qui me demande toujours de m'asseoir pour ne pas me fatiguer, baisse la hauteur d'un des brancards et insiste pour que je m'assoie.

Le chef de service a amené un tableau, à la calligraphie dorée, d'un verset du coran²⁴⁴ et il l'installe avec l'aide d'un brancardier sur l'un des poteaux de la station des infirmiers. Ce verset met en scène l'hostilité du regard des infidèles envers celui qui cite les versets du coran. Il est largement cité par les pratiquants qui veulent se protéger du mauvais œil, c'est-à-dire du regard « envieux » ou « jaloux » des autres qui, selon les croyances populaires, peut provoquer une malédiction. Lors de l'entretien que nous avons eu avec le chef de service, celui-ci nous a montré la photo d'un ayatollah, chef spirituel religieux de haut rang, aujourd'hui décédé. Il nous explique qu'il lui fait appel, dans ses prières, pour l'aider à surmonter les épreuves les plus difficiles auxquelles il se trouve confronté. Il assure avoir reçu une aide précieuse de cet ayatollah défunt qui toujours lui a indiqué, spirituellement, la bonne voie. Après l'installation du tableau, l'une des infirmières indique à l'ASH M. que le chef de service lui demande de vider les poubelles, car les patients se plaignent.

À la station des infirmiers, le chauffeur de l'ambulance demande à un aide-soignant de lui donner « un coup de main » pour emmener une patiente à l'imagerie.

« Excuse-moi ! Elle n'a qu'un enfant comme accompagnant ! », ajoute le chauffeur de l'ambulance.

« Où est le brancardier ? », demande l'aide-soignant.

- « Il a amené un autre patient. »

²⁴⁴ Texte sacré de l'islam.

- « *Je ne peux pas ! Si un patient arrive et qu'il a besoin d'un ECG, je dois être ici.* »
- « *Ça ne durera que 5 minutes et tu rentreras tout de suite ! Dieu te récompensera pour ton aide !* »
- « *D'accord, allons-y* »²⁴⁵

Dans la station des infirmiers, une infirmière stagiaire ouvre précipitamment, l'un après l'autre, les tiroirs des placards et ressort en courant vers la salle d'opération. J'apprends qu'elle cherche un spray d'anesthésie locale pour l'intubation d'un patient en état d'arrêt cardio-respiratoire. Le flacon contient un agent anesthésique, produit qui n'est pas à la disposition du public. Ce produit, à part diminuer la douleur du patient pendant l'opération, s'il est conscient, détend les muscles pour faciliter la manœuvre. Pour éviter les abus, mais pour garder tout de même le produit à portée de main quand ils en ont besoin, les soignants laissent le flacon dans les kits de sauvetage, mais « cachent » la partie qui permet la projection. C'est cette partie que l'infirmière cherche dans les tiroirs. L'interne en anesthésie-réanimation « réside » au service chirurgical et se rend au SMT pour chaque intervention. Il regarde le responsable des infirmiers qui est de garde et proclame d'un ton énervé et à très haute voix :

*« À quoi ça sert un flacon de lidocaïne sans le spray ? Je dois réanimer ce patient et vous ne trouvez pas ce qu'il faut ? Que dois-je répondre à l'accompagnant du malade ? Que le patient est décédé parce qu'on a perdu le bouchon ? Quand vous n'avez pas ce qu'il faut, pourquoi me faites-vous descendre ici dans le service ? »*²⁴⁶

L'infirmière S. a 48 ans, elle est habillée d'un uniforme légèrement différent des autres infirmières, ce qui laisse entendre qu'elle travaille aussi dans un hôpital privé connu de la capitale. Elle a plus d'ancienneté que les infirmières présentes ce jour-là et c'est pour cela qu'elle est adjointe à la cadre de santé, désignée pour orienter le personnel paramédical.

²⁴⁵ « Extrait du journal de terrain SMT ».

²⁴⁶ Ibid.

« Monsieur, vous ne savez pas faire votre boulot. N'essayez pas de nous incriminer. Si vous tirez deux gouttes de ce flacon, vous aurez tout ce qu'il faut. Avouez plutôt que vous ne savez pas faire », répond l'infirmière responsable.

« Chère Madame, tu n'es pas à la hauteur pour évaluer mon travail. Tu n'as qu'une licence d'infirmière. Quand tu auras l'équivalent de mes années d'étude, tu pourras évaluer mes compétences », réplique l'interne en anesthésie-réanimation.

L'infirmière : « Je n'ai plus rien à te dire, je parlerai à ton senior », reprend l'infirmière.

« Vas-y, appelle. On en reparlera. Abrutie ! », proteste l'interne en regardant les autres soignants et en leur demandant le nom de l'infirmière.

« C'est écrit sur mon uniforme », répond l'infirmière.

« Tu le caches avec ta main et je ne peux pas le lire » dit l'interne.²⁴⁷

La dispute se poursuit en même temps que l'infirmière stagiaire, très inquiète, vérifie le masque d'oxygène du patient qui est censé être réanimé. L'accompagnant du patient, les yeux rouges et inondés de larmes, regarde le patient en pleurant et ne dit rien. Une jeune infirmière qui observe la scène à côté de moi, murmure à propos de l'interne : *« Il expose sa personnalité. Attention à ne pas tomber de là-haut ! »*. Un autre interne en médecine interne dit à l'infirmière responsable :

« Vous êtes aînée et vous avez plus d'expérience. C'est à vous de garder votre sang-froid. Tout à l'heure pour une autre réanimation votre collègue Mme K. avait un comportement très désagréable. Devrais-je protester ? »

« Ils ont laissé le contrôle des matériaux aux aides-soignants, et il manque toujours quelque chose », me dit l'autre infirmière en murmurant et elle ajoute : « Les internes qui viennent d'arriver, mettent du temps à comprendre comment il faut se comporter avec les infirmiers et que c'est nous qui faisons tourner le service ».

²⁴⁷ Ibid.

*« Trois milliards d'euros sont perdus dans un détournement de fonds à la trésorerie publique et ces imbéciles cherchent un bouchon », lance à haute voix un accompagnant qui sort de la salle principale en riant.*²⁴⁸

Cet accompagnant est à peine sorti de la salle principale, lorsqu'un homme octogénaire, portant un masque à oxygène et témoignant d'un diagramme cardiaque assez perturbé (à mes yeux) sur le moniteur, essaye de se lever de son brancard et crie :

*« Je suis le père de trois martyrs de guerre. Regardez comment m'ont abandonné le personnel de ce service sans rien faire ».*²⁴⁹

Un autre patient en profite pour murmurer à mes côtés, médissant sur des soignantes de sexe féminin qui selon lui *« sont toujours occupées à regarder leur smartphone sans qu'on sache ce qu'elles font »* ou *« elles draguent tout le temps ! »*. Ce type de critique prend son « fondement », sa « légitimité », dans les conceptions sociétales véhiculées à propos du métier d'infirmièr(e) mais aussi de la place des femmes dans leur rapport au travail. D'après le « sens commun », les femmes doivent être effacées, timides et se consacrer à leur famille et à la maison. Aussi, ce métier d'infirmièr(e) pris en charge par les femmes dans un milieu professionnel masculin, avec de surcroît un travail de nuit, est-il perçu très négativement. La majorité des infirmières du SMT que nous avons rencontrées ont confirmé avoir eu des problèmes avec leur famille ou leur entourage, lesquels portaient un jugement négatif sur leur activité ; aussi n'est-ce pas un hasard si la plupart d'entre elles vivent seules ou avec leurs parents. Bien sûr, il y a des contradictions que toutes ces infirmières et aides-soignantes relèvent. D'un côté, elles sont discriminées pour les raisons que nous venons d'évoquer et de l'autre, elles peuvent être considérées comme des anges gardiens qui se privent de nuits tranquilles auprès de leurs enfants. Prises en tenaille entre ces jugements contradictoires, les infirmières ont le sentiment d'être constamment surveillées et donc s'efforcent de montrer qu'elles sont en

²⁴⁸ Ibid.

²⁴⁹ Ibid.

permanence occupées. « *Si on n'a rien à faire, il faut au moins marcher* », me confie une infirmière trentenaire.

Comme nous l'avons vu avec le chauffeur de l'ambulance qui essaie de rétablir un ordre qu'il considère comme perturbé, ce ne sont pas seulement le chef de service et la cadre de santé qui surveillent le SMT par vidéosurveillance. Le contrôle est partout et l'anecdote suivante peut en rendre partiellement compte. Vers la fin de ma période d'observation dans le service, un membre du bureau administratif et financier m'approche pour la première fois et se présente en me disant qu'il était au courant du motif de ma présence par l'intermédiaire de son épouse, elle-même infirmière au SMT. Frontalement, il m'interroge alors sur le respect des codes religieux par ma famille en France (comme le fait de porter le voile -obligatoire en Iran et pas dans l'hexagone) et souhaite s'assurer que cette recherche n'aille pas livrer des informations « confidentielles » sur l'Iran aux « étrangers ». Puis, il n'hésite pas à profiter de l'instant où mon regard se tourne vers un autre évènement, pour jeter un regard sur mon cahier de terrain. Cette méfiance qui est visiblement partagée par bien d'autres personnes va finalement aboutir à une suspension de l'enquête et celle-ci me sera signifiée à l'occasion d'une scène pour le moins surprenante :

Après un entretien d'environ une heure avec un agent administratif du bureau financier, il m'a demandé de l'accompagner dans la cour de l'hôpital. Là, il s'est mis à chanter en imitant un chanteur iranien populaire et m'a demandé de lui dire si je pensais qu'il avait une chance de gagner un concours de chanson dans une émission télévisée. Pendant qu'il chantait, un médecin de triage qui me regardait étrangement et me montrait du doigt en parlant avec un autre agent administratif du SMT, nous a approché avec trois agents de sécurité, m'accusant à haute voix d'espionnage pour le compte « d'ennemis étrangers ». Les agents de sécurité ont vérifié l'autorisation de l'enquête que je portais toujours sur moi, ainsi que mes notes et mon sac, avant de m'accompagner vers la

*sortie de l'hôpital. Ils m'ont demandé de contacter le chef de la sécurité du CHU pour la suite de mon dossier.*²⁵⁰

Ce médecin, pour des raisons qui me sont inconnues, mais qu'il n'a pas eu de mal à faire valoir autour de lui, n'a pas remis en question ma recherche en raison d'une quelconque incompatibilité de ma présence avec les restrictions sanitaires ou avec des questions éthiques concernant la vie privée des patients. Il n'a pas mobilisé non plus de raisons relatives à l'organisation, arguant que ma présence entravait le fonctionnement du SMT. Il a mis en avant le « danger pour la nation » ! Un tel argument a immédiatement été entendu et repris par le service de sécurité. Malgré l'autorisation obtenue de mener la recherche par diverses autorités hiérarchiques, la vice-présidence de la recherche de l'université de tutelle du CHU, la vice-présidence de la recherche du CHU, le président du CHU, le tout susvisé par le directeur de l'hôpital, je devais me plier aux injonctions qui m'étaient faites. Ce médecin de triage du CHU qui n'occupe officiellement – dans l'échelle hiérarchique – comme d'un point de vue réglementaire – aucune fonction l'autorisant à provoquer la démarche qui conduisait à mon expulsion de l'hôpital, a été soutenu par l'organe dédié à la « sécurité » de l'organisation. Les membres de ce service, en m'enjoignant de quitter les lieux choisissaient la stratégie du moindre risque pour eux. S'ils se trompaient, les responsables hiérarchiques renouvelleraient l'autorisation de mener la recherche (ce qui fut le cas), s'ils avaient raison, ils auraient réussi à écarter un espion. Rester inactif était impensable pour la sécurité ; les trois agents prenaient le risque, en ne bougeant pas, de s'opposer à un médecin et surtout de laisser dans l'établissement un individu constituant un « danger pour la nation ». Ne rien faire revenait à s'exposer à la mobilisation des services de renseignement et de sécurité de l'État. Par ailleurs, compte tenu de la propagande diffusée quotidiennement par les médias iraniens à propos des « ennemis de la nation » et de l'appel permanent à la vigilance responsable dont chaque citoyen doit faire preuve pour démasquer les « espions étrangers », il est probable que ces agents aient été convaincus de bien faire sans qu'il soit nécessaire de leur forcer la main. Quant au médecin de triage, il est probable qu'il ait simplement profité des « bras » du service de sécurité en

²⁵⁰ Ibid.

évitant une altercation directe avec moi tout en ayant le sentiment d'engager une démarche de défenseur de la nation à haute valeur « héroïque » et d'une forte « intelligence » puisqu'il était le seul à comprendre le danger que je représentais pour « la patrie » alors que le reste du personnel avait été berné.

Nous l'avons indiqué plus haut, la régulation organisationnelle puise largement dans le substrat extra-organisationnel. La position sociale, le capital économique et culturel, la vie « consacrée à la nation » ou à un engagement religieux « sacré », sont autant de dimensions qui se trouvent mobilisées au cours des interactions quotidiennes au sein de l'hôpital. De même, l'utilisation sans fard de la corruption, le népotisme, la proposition d'une faveur en dehors de l'établissement, la dénonciation (avec des poursuites pouvant conduire à des sanctions extrêmes pour les personnes accusées) sont autant d'éléments que l'on repère aussi bien dans les relations entre professionnels que dans les échanges entre ces derniers, les patients et leurs accompagnants. Les jeux de pouvoir au sein du SMT sont continuellement traversés (ce qui ne veut pas nécessairement dire surdéterminés) par des éléments extra-organisationnelles. Evidemment ceci n'est pas propre au seul service iranien. Dans les deux autres services étudiés, en France, on peut aisément retrouver des aspects qui, bien que différents sur la forme et sur l'intensité, sont analogues dans le principe. Cependant, nous souhaitons plutôt insister sur les différences de leviers d'action et de ressources que mobilisent les acteurs dans leur construction de ces trois systèmes d'action concrets²⁵¹.

Conclusion

Si les recherches en sciences sociales traitant de la question hospitalière sont très nombreuses, si elles le sont un peu moins concernant les services d'urgences, il n'y a pas, à notre connaissance, d'analyse présentées en français sur les services d'urgences hospitaliers iraniens. Nos descriptions ethnographiques, tout au long de cette partie, avaient pour intention à la fois de montrer combien pouvaient se retrouver des comportements professionnels dans les trois unités mais aussi et

²⁵¹ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

surtout de souligner ce qui pouvait différer non seulement entre les services français et l'iranien mais aussi entre le SUT et le SUM. En d'autres termes, si les territoires, la langue, les univers symboliques, sont différents pour ce qui concerne les urgences françaises versus iraniennes et peuvent, de ce fait, éclairer certains écarts de leurs fonctionnements respectifs, on ne peut que constater qu'à langue identique et univers symboliques comparables (SUT et SUM), les interactions diffèrent également.

Dans chaque monographie, nous avons décrit l'organisation quotidienne des trois services en insistant sur les changements de rythme, la charge de travail pour le personnel, l'agencement-architecture des espaces et bien sûr les interactions. À chaque fois, nous avons tenté de montrer que les situations, toujours singulières, obligent à sortir des procédures prédéfinies, provoquant soit des tensions entre personnels et/ou patients/accompagnants, soit au contraire, des solidarités, des coopérations.

En première approche, on peut estimer que le SUT parvient à gérer de façon moins difficile le flux des patients, en partie parce que ces derniers se conforment un peu mieux aux instructions qui leur sont données par les professionnels. Au SUM et au SMT, les pathologies des patients étant plus diversifiées, plus hétérogènes, les dimensions psychiatriques étant également fréquemment de la partie (au moins pour le SUM), le personnel semble éprouver plus de difficultés à obtenir d'eux une adaptation aux normes et aux instructions qui leur sont données donc, comme en compensation, c'est le personnel qui s'adapte. Ainsi, et très paradoxalement, on peut estimer qu'il n'est pas surprenant qu'il y ait plus d'altercations entre le personnel et les patients au SUT qu'au SUM, les professionnels du premier de ces deux services étant moins habitués et enclins à faire face aux cas hétérogènes.

Le SMT se distingue assez significativement des deux autres unités même si, dans l'ensemble, les parcours de soins proposés aux patients sont similaires dans les trois cas. La première des raisons est sans doute déposée dans les différences d'architecture et dans la distribution des espaces. Si les tensions surviennent au SUT et au SUM dans des lieux fonctionnels comparables (dans les couloirs, à l'accueil, dans les espaces de surveillance), il en va différemment au SMT où ce sont les salles

de soins qui sont le théâtre prioritaire des conflits. Pour le caractériser autrement, on pourrait considérer que dans les deux services français, ce sont les lieux de circulation, les lieux impersonnels qui voient la majorité des tensions éclater. En Iran, ce sont les lieux où se réalisent les soins.

Pour prolonger ce constat, on peut avancer que nous avons constaté plusieurs types de stratégies individuelles et groupales pour réguler les situations conflictuelles. Tantôt, c'est en mobilisant des éléments organisationnels (les contraintes de l'espace, de la technique, du soin, de l'affluence) que les uns et les autres tentent de juguler les tensions, tantôt ce sont des dimensions plus sociétales, plus extra-hospitalières, plus institutionnelles, à forte charge symbolique et culturelle qui sont convoquées. Pour le dire autrement, plus les acteurs appréhendent les situations à partir des critères prescrits par l'organisation ou ayant trait à la pathologie et à ses caractéristiques, plus le traitement des tensions passe par des formes que l'on propose de nommer « dépersonnalisées ». Dans ce cas de figure, les caractéristiques des personnes, leurs singularités identitaires ou sociales, passent au second plan ; ce qui prime ce sont les critères d'évaluation organisationnels et professionnels, à l'exclusion des éléments ayant trait à la personnalité des acteurs du conflit. On peut alors dire des interactions qui sont à l'œuvre dans ces situations de tensions qu'elles sont faiblement « personnalisées ».

A l'inverse il y a des situations, c'est principalement le cas au SMT mais pas seulement, où les échanges tendus conduisent à une mobilisation non plus de ce qui est strictement intra-organisationnel, mais à une convocation de dimensions sociétales, comme la position hiérarchique et symbolique, la proximité avec un pouvoir (politique et/ou religieux) ... Autant de facteurs que nous nommons extra-organisationnels qui se déposent dans les comportements individuels et qui participent de plein effet à la construction de l'organisation concernée. Cette personnalisation des interactions, où des pressions directes et indirectes s'exercent, se réalisent plus aisément dans les lieux de soins qui sont plus intimes et plus personnalisés que dans les espaces de circulation plus collectifs et impersonnels. Cette distinction que nous opérons entre les interactions dépersonnalisées, impersonnelles, à dimension intra-organisationnelles se déployant dans des espaces

de circulation et celles plus personnalisées, convoquant de l'extra-organisationnel dans des lieux plus clos, n'est qu'une première tentative de caractérisation ; si elle permet de distinguer en partie le SMT des deux autres unités, cela ne doit pas conduire à considérer que le SUT et le SUM ne sont pas, eux aussi, des scènes d'interactions personnalisées.

Nous allons tenter d'approfondir notre raisonnement en passant à une analyse stratégique de nos trois organisations.

Partie II. Analyse stratégique

Si la médecine d'urgence n'a cessé d'évoluer depuis le temps où son objectif principal était de secourir les blessés de guerre, l'organisation du service d'urgences hospitalier, en tant que partie de la structure de l'hôpital moderne, n'est apparue que tardivement, dans les années 40 en France²⁵² et trois décennies plus tard en Iran. Développé en tant que « service-tampon public » pour répondre aux « exigences politiques, intensité de la vie nocturne, élargissement du travail posté, augmentation de la circulation »²⁵³, l'organisation du service d'urgences hospitalier est fondée au départ sur le modèle de l'organisation des services spécialisés « classiques » ainsi que de la division du travail de ce domaine. En gardant une structure organisationnelle similaire aux services classiques, le service d'urgences hospitalier est censé prendre en charge les urgences vitales de toutes les disciplines médicales, tout en remplaçant la médecine générale du secteur privé pour répondre aux patients qui cherchent une consultation rapide, en jouant aussi le rôle de réceptacle des problèmes sociaux²⁵⁴ pour les personnes qui ne trouvent pas de place dans d'autres services publics.

Devenue désormais la principale porte d'entrée à l'hôpital, cette petite organisation, dont la place évolue au fil du temps, représente une image holographique (réplique en plus petit et plus flou) de cette institution qu'est l'Hôpital et ressemble à un réservoir médicalisé, petit hôpital au sein d'un grand hôpital, doté d'une large gamme de spécialités médicales réunies en une « spécialité émergente » :

²⁵² Loi du 21 décembre 1941 REORGANISATION DES HOPITAUX ET DES HOSPICES CIVILS - Légifrance.

²⁵³ Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, 6.

²⁵⁴ Ibid., 13.

« médecin urgentiste ». N'étant pas développé en fonction d'une spécialité médicale, ce service ne suit pas les mêmes objectifs que les services spécialisés de l'hôpital, mais il est conçu, au moins symboliquement, pour répondre à des besoins médicaux urgents et peut couvrir une très large gamme de pathologies appartenant à différentes spécialités médicales. Dans les faits, il se trouve au croisement d'enjeux économiques, sociaux et politiques importants, qui impactent ses interactions avec son environnement, ses objectifs, ses moyens de subsistance et son organisation.

Pour les usagers qui ont recours aux urgences, ce genre de service joue un rôle institutionnel très particulier. Durant une période très courte (de quelques heures) les individus accueillis sont plongés dans un univers de contrôle des comportements jusqu'à des niveaux très personnels, considérés comme très « intimes » par la plupart des gens. Alors que le terme d'institution désigne généralement des entités qui englobent durablement leurs usagers (école, famille, église...), les services d'urgences organisent, sur une très courte durée, les interactions entre acteurs. Leur intensité révèle et entretient la nature des rapports sociaux entre les différents protagonistes : personnels du service, professionnels de santé externes aux urgences, patients, accompagnants.

Comment ces interactions sociales sont-elles régulées au sein de cette organisation ? Quels sont les enjeux autour desquels les rapports de force entre les acteurs se développent ? Comment se forment les zones d'incertitudes et quels sont les marges de manœuvre des acteurs par rapport à l'organisation formelle ?

Dans les chapitres précédents, nous avons donné un schéma de l'organisation formelle et une brève image du processus historique de formation et de transformation de ces trois services d'urgences hospitaliers étudiés. Ceux-ci se situent dans deux univers symboliques distincts répartis entre deux pays et dans un contexte de pluralité plus ou moins diversifiée des institutions sociales. Dans ce chapitre et les chapitres suivants, nous essayons d'analyser la forme des trois systèmes d'action concret²⁵⁵ étudiés.

²⁵⁵ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

Comme nous l'avons vu au deuxième chapitre, cinq catégories professionnelles principales sont présentes en permanence au Service des Urgences Traumatologiques (SUT) : les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, les externes et les agents de service hospitaliers (ASH).

Pour se concentrer sur chacun des métiers, il faut rappeler que les médecins, qui constituent, à proprement parler, le seul personnel strictement médical dans ce service, poursuivent de longues années d'études pour accéder au métier de médecin urgentiste. La plupart suivent un parcours de médecin généraliste et poursuivent avec un DES complémentaire²⁵⁷ de médecine d'urgence pendant 2 ans. Les médecins n'ont pas de fiche de métier détaillée et ils se trouvent en amont de la chaîne du diagnostic. Ils trient et donnent les instructions médicales au personnel paramédical. Ils ont donc l'autorité institutionnelle pour prescrire les démarches de soins à suivre par le patient et par le personnel paramédical, tout en étant auréolés d'une légitimité symbolique forte, ancrée dans l'image historique et sociale de leur métier. Le contrôle qu'ils peuvent exercer sur le personnel paramédical, comme analysé par Freidson²⁵⁸, donne à leur métier la place *dominante* de « vrais » professionnels, en laissant la place « paraprofessionnelle » pour le personnel paramédical. Au SUT, les médecins ont majoritairement poursuivi leurs études de médecine à l'étranger, notamment dans les pays de l'Europe de l'Est et les pays nord-africains, avant de suivre des formations complémentaires et de commencer ou continuer leur parcours professionnel en France. Ils ne partagent pas les mêmes patients sauf au moment où ils se relaient pour le changement de poste, et à part l'établissement de leur emploi du temps et les éventuels retards qui obligent leurs homologues à rester plus longtemps dans le service, on n'observe presque pas de

²⁵⁶ Un jeu de mots reprenant l'acronyme formé d'initiales du Service des Urgences Traumatologique.

²⁵⁷ Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC)

²⁵⁸ Freidson Eliot, *La profession médicale*, trad. par Andrée Lyotard-May et Catherine Malamoud, Médecine et sociétés (Payot, 1984).

points conflictuels entre eux. Quant aux tensions, ils préfèrent les gérer entre confrères avec parfois une intervention du chef de service.

Les infirmiers et les aides-soignants qui constituent le personnel paramédical de ce service, on le rappelle, sont très majoritairement des agents titulaires²⁵⁹ recrutés par le concours national²⁶⁰. Leur métier est défini dans le répertoire des métiers de la santé de la fonction publique hospitalière²⁶¹. Les infirmiers sont encadrés par un cadre de santé de catégorie infirmière qui est le chef de l'équipe paramédicale, mais ils travaillent dans les faits sous l'autorité des médecins seniors. La profession d'infirmier est règlementée par L'Ordre national des infirmiers²⁶² contrairement aux aides-soignants. Elle est dotée d'un fort imaginaire social. Son histoire européenne remonte au Moyen Âge et connaît un début d'institution pédagogique dès la fin du XIX siècle. Elle se retrouve dans la plupart des pays du monde, contrairement au métier d'aide-soignant qui est selon Anne-Marie Arborio « inventé (au cours des années 1950) pour prendre en charge des tâches, de type domestique autrefois réservées aux infirmières »²⁶³. Dans la structure organisationnelle du SUT, les aides-soignants travaillent théoriquement en binôme avec les infirmiers et sont encadrés par le cadre de santé, afin d'accompagner les patients dans leur parcours de soins en essayant de « créer et développer une relation de confiance et d'aide avec le patient et/ou la personne accueillie et/ou son entourage »²⁶⁴. En pratique, avec une

²⁵⁹ Les titulaires (ou agents titulaires) sont des agents civils, militaires ou magistrats, ayant réussi un concours de la fonction publique ou devenu titulaire suite à un plan de titularisation « Titulaire / Agent titulaire », consulté le 1 octobre 2015, <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1645>.

²⁶⁰ « Les concours nationaux à affectation locale | Portail de la Fonction publique », consulté le 1 octobre 2020, <https://www.fonction-publique.gouv.fr/concours-nationaux-a-affectation-locale>.

²⁶¹ « Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière et réingénierie des diplômés des professionnels de santé », consulté le 1 octobre 2014, <http://metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Repertoire-des-metiers-de-la.html>.

²⁶² Article L.4312-1 du Code de la santé publique : L'Ordre national des infirmiers est un ordre professionnel français. L'ordre national des infirmiers regroupe obligatoirement tous les infirmiers habilités à exercer leur profession en France, à l'exception de ceux régis par le statut général des militaires, et veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensable à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.

²⁶³ Arborio, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*.

²⁶⁴ Ibid.

définition peu claire des tâches quotidiennes, les aides-soignants se retrouvent dans une position subordonnée par rapport aux infirmiers et sont chargés de réaliser les « tâches les plus basses d'assistance au malade »²⁶⁵. On peut dire qu'ils s'occupent du « sale boulot », autrement dit des tâches les moins glorieuses par rapport à la définition du métier selon le répertoire des métiers de la santé : « dispenser, en collaboration avec l'infirmier, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne »²⁶⁶.

1. Une nostalgie du sens perdu du métier ?

Les aides-soignants du SUT sont majoritairement nostalgiques du passé glorieux de ce service, qui pourrait donner plus de sens à leur métier. Ils revendiquent plus de charge de travail en espérant revivre des scènes de « vraies » urgences où l'on se dissout dans l'équipe et où chacun abandonne les tâches quotidiennes afin de faire tout ce qui est possible pour sauver une vie.

Après tout ce qu'on peut lire dans les journaux sur le débordement des services d'urgences hospitalières, il est surprenant de croiser, dès les premières rencontres dans ce service, du personnel mécontent de ne pas avoir « assez » de travail, comme nous le décrit un aide-soignant du SUT, un sexagénaire à quelques années de sa retraite qui avait passé 22 ans dans ce service. Il grommelle :

« Le service, ça fait deux ans qu'il est si calme, et c'est toujours comme ça ! »²⁶⁷

On peut mieux comprendre sa remarque en écoutant son collègue aide-soignant plus jeune qui a débuté sa carrière dans ce service il y a 12 ans :

« L'histoire du SUT, je te raconterai ça, du côté nostalgique hein... ça a commencé à changer en 2005, tu vois ! après, ils ont refait les services. Et

²⁶⁵ Ibid.

²⁶⁶ « Métier : Aide-soignant(e) », consulté le 4 août 2019, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=19>.

²⁶⁷ AS, homme, 65 ans, Extrait d'entretien 8 - SUT, 2013.

puis, on n'a plus les enfants, on n'a plus la gynéco, ça faisait beaucoup moins d'activité quoi ! ... On n'est pas asphyxié par le boulot. Ça engendre l'animosité entre collègues, de l'ennui. Et puis pour toi personnellement, ce n'est pas très glorieux. T'as poussé un brancard ici, t'as passé 4 h en salle de repos... le mot fonctionnaire il prend tout son sens. Après les gens quand ils disent ouais, les fonctionnaires ... et là ils ont complètement raison. Des fois on ne fait rien. À l'époque qu'il y avait cette activité, le problème c'est que c'était des fois la cour des miracles. T'avais pas le temps de t'ennuyer. Tu montais ici, on changeait, moi j'étais content. On n'allait pas toucher de terre. Ce n'est pas grave. Mais tu sais bien quand il y a des difficultés quand t'es soudé, c'est les meilleurs moments. Il n'y a plus ça. Les meilleurs médecins, qui avait des grosses qualités ici, sont partis parce qu'ils ont vu que... ils se fatiguaient aussi tu vois. » ²⁶⁸

Ici aussi on retrouve le décalage entre le but symbolique de cette organisation et la délimitation du périmètre des métiers dans le service d'urgences. Le périmètre du métier d'aide-soignant résulte en partie du découpage de celui du métier d'infirmier. Ce découpage ne suit pas la logique de spécialisation d'un champ professionnel, mais plutôt celle d'une hiérarchisation économiquement avantageuse à la fois par rapport à la formation du personnel et à sa rémunération. À l'inverse, on peut constater que dans certains établissements de soins en Allemagne ²⁶⁹, l'absence d'aides-soignants est un choix et les tâches qui sont habituellement définies en France dans le métier d'aide-soignant, font partie là-bas de la définition du métier d'infirmier.

À ce décalage s'ajoute l'évolution du service d'urgences en réservoir médicalisé qui gère un flux de patients qui vont être dirigés vers une hospitalisation dans les services « classiques »²⁷⁰ en triant ceux qui vont rentrer chez eux après les soins ou qui seront redirigés vers un autre dispositif médical de prise en charge. Le passage

²⁶⁸ AS, homme, 45 ans, Extrait d'entretien 7 - SUT, 2013.

²⁶⁹ Madeleine Estryn-Béhar, « 3. La situation des aides-soignants et des agents des services hospitaliers », in *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Hors collection (Rennes : Presses de l'EHESP, 2008), 95-118, <https://doi.org/10.3917/ehesp.istry.2008.01.0095>.

²⁷⁰ Les services médicaux organisés et spécialisés en fonction d'une discipline médicale

par les urgences permet une hospitalisation de courte durée avec des dispositifs moins lourds par rapport aux services « classiques » et par conséquent moins coûteux. Ce changement de la durée d'hospitalisation dans le service d'urgences augmente la fréquence d'intervention de type hôtellerie, notamment pour les patients avec moins d'autonomie, un cas fréquent par exemple chez les personnes âgées en attente d'admission dans le service de gériatrie.

Dans ce contexte, on observe une zone d'interférence du périmètre de métier créée par une définition peu claire et non exhaustive des tâches de chaque groupe professionnel, en l'occurrence les infirmiers et les aides-soignants, qui peut être à son tour le résultat de la contingence des situations singulières qui se produisent dans ce service, ce qui renforce la possibilité d'émergence des conflits entre ces deux groupes. C'est ce qu'on peut constater lors des observations et qui est remarqué dans l'ensemble des entretiens de ces deux groupes. À cela s'ajoute, on l'examinera plus loin, la complexité de l'organisation des interventions réalisées, en série, sur le même patient par différent corps professionnels comme le médecin, l'externe, l'infirmier, l'aide-soignant, avec des durées variables selon les patients. Nous avons vu la diversité des situations dans les chapitres précédents où l'activité du SUT était décrite.

Afin d'analyser cette zone conflictuelle entre l'aide-soignant et l'infirmier, il faut d'abord donner une image de la position des acteurs potentiellement influents dans ce jeu, leurs enjeux et leurs leviers d'action en croisant les matériaux obtenus tant lors des interviews que durant les observations. Par exemple, une infirmière quinquagénaire, ayant 29 ans d'ancienneté, dont 4 ans au SUT, considère les relations entre infirmiers et aides-soignants comme étant les plus conflictuelles du service. Elle donne l'exemple d'une controverse conflictuelle avec un aide-soignant pour le transfert d'un patient dans un autre service :

« Pour un transfert du patient dans un autre service... le patient attendait, le service était prêt à le recevoir, [alors] j'ai demandé à un aide-soignant qui était à côté de moi, j'étais à l'accueil. Il a dit "oui, mais je suis tout seul", j'ai dit "où est ton collègue ?", il m'a dit "je ne sais pas", etc. Bon ! On essaye d'appeler son collègue sur son portable du service et

il ne répondait pas, donc on dit on attend un peu. Au bout d'un quart d'heure, toujours personne. J'ai dit à cet aide-soignant "écoute ! tu vas chercher ton collègue !" En fait, je me suis rendu compte qu'il gardait son portable éteint pour qu'on ne le dérange pas. Finalement, l'aide-soignant qui était à côté de moi y est allé et il a dit "c'est bon il est en bas il va remonter". Un quart d'heure après personne. Donc là j'ai dit "écoute ! je vais me fâcher ! je vais descendre pour le chercher". Je suis descendue, il était déjà en train de parler à son collègue en me disant "je crois qu'il faut que tu montes, car ça commence à chauffer en haut". Je lui ai dit "oui effectivement ça chauffe, on t'attend", etc. il a répondu "oui... ben c'est bon j'arrive" ... un exemple ! »²⁷¹

La zone d'interférence du périmètre de métier ne reste pas le seul élément qui expliquerait le conflit infirmier – aide-soignant. La gestion du temps et la planification des tâches et de tous les déplacements pour lesquels les aides-soignants ne seront pas présents dans le service, peuvent également être source de tensions. Les aides-soignants planifient certaines interventions comme le rangement des espaces de soins dans les horaires habituellement moins chargés juste avant de passer le relai à l'équipe suivante et, pour ce faire, travaillent en binôme pour être plus efficaces. Une fois les tâches planifiées terminées, ils s'accordent une pause ou parfois dans la nuit, s'il n'y a « plus » de travail, ils partent dormir au dortoir situé au sous-sol du service. Auparavant, il fallait que quelqu'un se déplace pour les chercher s'il y avait besoin d'aide. Peu de temps avant le début de cette enquête, ils ont été équipés d'un téléphone professionnel pour être joignables à tout moment pendant leur service. Un outil qui ne résout guère le problème de leur accessibilité, selon les infirmiers.

Par ailleurs, les pauses ne peuvent être règlementées, car la contingence de la charge de travail liée à l'arrivée inattendue des patients ne le permet pas. Pour les encadrer, la direction pourrait mettre le personnel sous haute surveillance, ce qui, même en négligeant les résistances auxquelles une telle méthode pourrait se heurter, est pratiquement impossible à mettre en œuvre en raison des

²⁷¹ IDE, femme, 58 ans, Extrait d'entretien 5 - SUT, 2012.

déplacements des aides-soignants hors du service, de l'architecture du service et du respect de la vie privée des patients. C'est donc au personnel de décider du moment pertinent pour leur pause, quand ils ont l'impression qu'il y a moins d'activité ou qu'ils peuvent passer le relai à un autre collègue. On peut fréquemment témoigner de ce type de conversation, ici entre deux aides-soignants du SUT :

-viens on va vider les poubelles. Je suis fatigué, je veux aller faire une sieste.

-attends 2 minutes ! On va y aller (assis dans la salle du personnel en feuilletant un journal).²⁷²

Cet aménagement du temps de pause peut être une source de tension entre un infirmier qui attend l'intervention d'un aide-soignant dans un enchaînement de tâches qui doit être effectué par différents corps professionnels. Cet enchaînement de tâches n'est pas organisé sur un plan procédural indépendamment de la circonstance ou de l'objet de l'intervention. La situation physique et psychique du patient, la pathologie, les conditions de travail et parfois les qualités de l'intervenant peuvent définir et redéfinir en permanence le plan de l'intervention, l'ordre de succession des actes et l'articulation entre les différents professionnels de soins. Ce contexte crée des situations singulières de gestion et d'organisation spontanée qui laisseront émerger des zones d'incertitudes. Cela peut être au moment de l'intervention sur un patient par un soignant, mais aussi au moment d'une succession de personnel lors d'un enchaînement d'actes de soins : soit entre personnel médical et paramédical (entre infirmier et aide-soignant) soit entre soignants au moment du remplacement par un collègue (un infirmier qui prend le relai d'un autre).

Voici un schéma simplifié d'un des innombrables scénarios qui peuvent être produits : l'infirmier IA qui travaille sur le patient PA a besoin d'un changement de drap au milieu de son intervention, changement qui doit théoriquement être effectué par l'aide-soignant AA. L'infirmier IA cherche dans les boxes et découvre que l'aide-soignant AA est occupé avec un autre patient. L'infirmier IA cherche d'autres aides-

²⁷² « Extrait du journal de terrain SUT ».

soignants dans le service, mais constate que les autres aides-soignants sont également occupés ou sont en pause. L'infirmier IA note la nécessité de cette intervention dans le dossier du patient et demande oralement à l'aide-soignant AA de faire le nécessaire dès qu'il aura fini son intervention en cours. Ensuite, il laisse en attente le patient PA dans le box pour enchaîner avec un troisième patient. L'aide-soignant AA qui n'a pas eu de pause depuis quelques heures s'accorde une pause et à son retour se trouve sollicité par l'infirmière IB qui travaille sur le patient PB et a besoin d'un aide-soignant. L'aide-soignant AA trouve légitime de réaliser d'abord la tâche demandée par l'infirmier IA sur le patient PA avant de répondre à la demande de l'infirmière IB. L'aide-soignant AA se rend au box dans lequel le patient PA est censé se trouver. Mais le brancard est sorti du box et mis en attente dans le couloir, car un médecin avait besoin du box pour examiner un autre patient. L'aide-soignant AA en étant « libre » en attendant la libération d'un espace de soin, est sollicité pour accompagner le patient PC à un autre service de l'hôpital. L'infirmier IA de retour après son intervention sur le troisième patient découvre que l'aide-soignant AA est sorti du service sans réaliser l'intervention demandée sur le patient PA. Sollicité par le médecin du patient PA, l'infirmier IA décide de changer lui-même le drap du patient pour pouvoir accomplir son intervention.

Ces déplacements et ces enchaînements d'interventions par des individus différents qui peuvent être occupés à d'autres interventions au moment où ils sont sollicités, se superposent dans un contexte à la fois de gestion compliquée de l'espace et du temps de travail et d'attente, et de gestion sophistiquée de la priorité entre les patients. Ces articulations laissent émerger des zones d'incertitudes importante dans ce que Michel Crozier et Erhard Friedberg²⁷³ ont appelé le système d'action concret. Ces zones d'incertitudes donnent une certaine marge de manœuvre dans les rapports de pouvoir entre les acteurs de cette organisation. Les illustrations suivantes peuvent être mobilisées pour étayer le propos.

²⁷³ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

Une infirmière sexagénaire avec 15 ans d'ancienneté dans le SUT, nous raconte une situation conflictuelle au cours de laquelle elle évoque également la stratégie du cadre de santé pour gérer le conflit :

« Bon ça reste entre nous hein ! Il y a souvent des conflits entre les aides-soignants et les infirmiers, parce que, heu, voilà j'sais pas si tu as remarqué, souvent les aides-soignants en disant avoir fini tout le ménage, ils vont se coucher. Et les infirmiers non ! voilà ! les infirmiers restent, les infirmiers alors souvent font les changes des patients, quand les patients arrivent c'est toi qui les déshabilles (alors que ça relève de la responsabilité des aides-soignants), etc. Alors là, il n'y a pas longtemps, il y a eu un gros conflit entre une équipe d'infirmières et les aides-soignants qui n'étaient pas à leur poste ; il y en avait ras-le-bol et ça a dégénéré. Normalement à ce moment-là, c'est au cadre d'intervenir, mais heu... là, je crois qu'on n'a pas trop pris la défense des infirmiers, et on l'a étouffé. Le problème, c'est que la plupart des aides-soignants d'ici sont là depuis un moment. Alors comment est-ce qu'on peut changer la mentalité des gens comme ça ? »²⁷⁴

Une infirmière sexagénaire avec 23 ans d'ancienneté dans le SUT, après avoir exprimé une position similaire aux propos ci-dessus, ajoute :

« Quand ils ne sont pas dans le service, il faut les appeler. Et ça soûle de les appeler tout le temps pour venir déshabiller un patient, ils devraient être dans le service quoi ! Que tout le monde ne soit pas dans le service parce qu'il n'y a rien à faire, quand ils sont 4 il y en a 2 qui aillent se relayer pour aller s'allonger dans un box parce qu'il n'y a rien à faire, moi je suis tout à fait ouverte pour ce genre de chose. »²⁷⁵

Ces témoignages permettent de mieux comprendre le discours des aides-soignants, qui, en parallèle de la quête de tâches plus valorisantes, insistent sur l'insuffisance de la charge de travail pour justifier leur absence pendant les horaires « calmes » et sur la planification des tâches qui facilite leur organisation du travail. Changer les

²⁷⁴ IDE, femme, 65 ans, Extrait d'entretien 2 - SUT, 2012.

²⁷⁵ IDE, femme, 60 ans, Extrait d'entretien 4 - SUT, 2012.

vêtements d'un patient ou amener un plateau-repas peut également être effectué par les infirmiers, ce savoir-faire couvrant aussi le périmètre du travail des infirmiers. Les infirmiers se trouvent ainsi dans un rapport de force avec les aides-soignants en tentant de maintenir le périmètre du métier aussi vague que possible pour, d'après les aides-soignants, se débarrasser des tâches les moins valorisantes.

Les infirmiers, qui n'ont pas d'autorité organisationnelle sur les aides-soignants, mettent en œuvre des stratégies différentes selon les circonstances. Si la tension est liée à une situation qui peut être retenue pour illustrer une « faute professionnelle » susceptible d'être signalée, ils avertissent leur supérieur hiérarchique, c'est-à-dire le cadre de santé, pour qu'il intervienne. L'affaire peut vite remonter dans la hiérarchie organisationnelle et la réaction de la direction peut quelquefois décevoir la partie revendicatrice. On retrouve ainsi dans certains entretiens d'infirmiers la dénonciation d'un manque de compréhension de la part de la direction vis-à-vis des situations vécues en bas de l'échelle hiérarchique. La direction préconise en effet explicitement une gestion des conflits entre les protagonistes eux-mêmes, plutôt qu'une remontée systématique des cas, ce qui est considéré comme déjà trop fréquent. Le chef de service, lors de son entretien, se dédouane de toute forme d'inaction et affirme préférer échanger avec tous les protagonistes d'un conflit, pour chercher une solution au problème qui puisse servir également sur le long terme, plutôt que d'intervenir autoritairement. La direction, sans passer par le service des ressources humaines du CHU, n'a pas le pouvoir d'exercer un contrôle direct sur la sanction ou la récompense institutionnelle ni de réaliser un changement organisationnel pour résoudre à court terme un conflit qualifié de « personnel » entre deux protagonistes. Le recours au service des ressources humaines reste donc réservé aux cas « conséquents ». Elle se trouve ainsi incapable de prendre d'autres décisions que celles consistant à réaliser un entretien avec les protagonistes du conflit et de jouer un rôle de médiateur pour faciliter les échanges. Cette stratégie revient à réduire les tensions, au moins dans un premier temps, à des problèmes personnels entre des individus et ensuite de décider soit de les négliger en laissant les personnels se débrouiller entre eux, soit de jouer le rôle de médiateur pour que les personnes impliquées se réconcilient. Cette posture est jugée inefficace par le

personnel pendant que la direction indique ne pouvoir utiliser son pouvoir institutionnel (de sanction) que pour des situations où une faute professionnelle réelle serait commise ; un évènement qui reste rare dans ce service.

La fréquence de désaccords entre collègues et la faible conséquence de ceux-ci conduit à les « banaliser » et à rendre très « coûteux » de faire appel à la direction. Gérer la controverse entre soi devient un point d'équilibre qui organise le jeu entre infirmiers, aides-soignants et direction. Cette dernière garantit le respect des règles générales qui assurent *a minima* le fonctionnement du service en s'appuyant sur les tâches définies par la fiche métier et acceptées comme légitimes par les parties prenantes. Sachant qu'un contrôle rigoureux des aides-soignants sur leurs déplacements et sur le temps consacré à chacune de leurs interventions reste stratégiquement impensable et techniquement impossible à réaliser, ces derniers ont une certaine latitude pour organiser leurs temps de pause, les moments de réalisation des tâches planifiées, les phases de déplacements des patients dans d'autres services. Le point de butoir qui est le leur est déposé dans le seuil de tolérance des infirmiers que ceux-ci n'accepteraient pas de voir dépasser.

Les aides-soignants peuvent également jouer sur le rôle social défini de façon floue sur leur fiche métier, pour jouer un rôle d'intermédiaire entre le patient et les infirmiers ou les médecins. En cas de mécontentement d'un patient envers les médecins ou les infirmiers à cause du temps d'attente, ils peuvent se positionner entre le patient et leur collègue soignant pour essayer d'apaiser la tension. Les aides-soignants peuvent aussi laisser le patient s'adresser directement à l'infirmier ou au médecin qu'il considère comme étant les responsables directs de son attente ou de sa douleur. Dans les périodes de l'affluence où la tension est susceptible de monter dans le service entre les patients et le personnel, les infirmiers et les médecins savent qu'ils auront besoin du soutien des aides-soignants, comme nous l'avons vu au deuxième chapitre dans la monographie concernant le SUT lorsqu'un aide-soignant s'est interposé entre le patient et le médecin pour empêcher une agression physique. L'infirmière sexagénaire avec 15 ans d'ancienneté dans le SUT précédemment évoquée donne un exemple de conflit entre un infirmier et un aide-soignant :

« Avant il n'y avait pas de téléphone, mais maintenant il y a un téléphone, donc on peut appeler l'aide-soignant. [Quand ils vont se coucher, on peut les appeler pour les réveiller, mais] moi je suis comme ça en tous cas, moi je le fais (le travail qui est censé être fait par l'aide-soignant), je ne vais pas les réveiller. Il y en a qui ne se gênent pas pour les réveiller. Ils ont raison, ils ont raison ! Je pense que c'est heu... C'est mon tempérament. Je fais toute seule, mais j'ai tort ! Il y a eu beaucoup beaucoup de conflits à cause de ça. Il y en a qui ne se parlent plus ! Là il y a un aide-soignant qui ne parle plus à une infirmière. Même pire ! Dans un box ou l'aide-soignant était en train de déshabiller un patient, il a tout lâché et est parti quand l'infirmière est arrivée ! Voilà ! Non, mais c'est des choses qui sont graves quand même hein ! Et alors qu'on est adulte quand même ! Et tout ça parce que l'infirmière s'est trouvée toute seule un jour, etc. Le problème c'est que sur ces situations si on demande l'avis des infirmiers, ce n'est pas le même que celui des aides-soignants...L'aide-soignant va dire que ce jour-là il y avait pas [assez] de travail... voilà ! »²⁷⁶

Les infirmiers de leur côté, qui n'ont pas une autorité institutionnelle légitime, décident de négocier avec les aides-soignants selon les circonstances, pour exiger leur intervention. Si cela ne marche pas, ils acceptent, tout en grinçant des dents, de s'occuper eux-mêmes de la tâche qui aurait dû être effectuée selon eux par un aide-soignant. Le déroulement de cette négociation dépendra de la forme du rapport social entre les deux acteurs et des ressources symboliques mobilisées par chacun d'entre eux. Si l'un des acteurs n'a pas d'atout stratégique particulier qui pourrait lui donner un poids déterminant dans cette négociation, le résultat sera contingent et lié évidemment à ce déficit. À ce stade le cheminement des interactions entre les deux individus est largement organisé par les possibilités stratégiques de chaque acteur et par la perception que ceux-ci peuvent en avoir. Ces deux dimensions façonnent aussi la lecture que chacun peut avoir des situations vécues. Par le terme de « champ des possibilités stratégiques » que nous utiliserons

²⁷⁶ IDE, femme, 40 ans, Extrait d'entretien 3 - SUT, 2012.

désormais dans nos analyses, nous entendons les conditions de possibilité de mise en œuvre des stratégies de jeu selon le rapport de forces entre les acteurs. Nous préciserons et développerons ce terme dans la conclusion et au fil des chapitres suivants. Dans la situation évoquée ici, la suite de l'interaction dépendra aussi du contexte historique des relations entre les acteurs concernés, ainsi que des composantes identitaires de chacun. Selon les formes prises par le travail, l'espace dans lequel celui-ci se déroule, l'histoire des lieux et, pour le dire dans les termes de Renaud Sainsaulieu, selon l'identité au travail ²⁷⁷ (structurée par le travail, le hors travail, la trajectoire personnelle globale...), les rapports entre acteurs se définissent de façon variable. Autrement dit, dans ces moments courts et intenses de négociation, les protagonistes vont essayer de trouver leurs ressources dans le périmètre du travail, de l'organisation mais aussi au-delà. L'objet même de cette négociation peut se trouver à l'intérieur du « cadre relationnel » préalablement défini, selon l'analyse d'Olgierd Kutý, ou bien, et ceci est souvent constaté dans nos observations, elle peut porter « sur le paradigme de négociation »²⁷⁸. La possibilité de recourir à l'humour, si la personne en est dotée et en à l'envie, pour sympathiser entre collègues lors des pauses dans la salle du personnel peut diminuer la probabilité d'une altercation ; à l'inverse l'usage (volontaire ou non) d'un ton sec peut dérapier vers une tension ouverte et un blocage de la relation.

A partir de nos observations, nous proposons d'appréhender les conditions de négociations entre les infirmiers et les aides-soignants selon deux grandes logiques. Soit les groupes de professionnels se structurent largement à partir des ressources principalement symboliques que chacun possède (indépendamment donc du seul du contexte organisationnel) et l'issue de la négociation sera commandée largement par la quantité de ressources possédées, ou non, par les uns et les autres. Les uns gagnent, les autres se soumettent. Dans ce cas, les rapports professionnels sont marqués par l'individualisation et la personnalisation des relations. Selon la seconde logique, on est en présence de deux groupes de protagonistes qui construisent

²⁷⁷ Renaud Sainsaulieu, *L'identité au travail*, Édition : 3ème éd (Paris : Les Presses de Sciences Po, 1988).

²⁷⁸ Olgierd Kutý, « Le paradigme de négociation », *Sociologie du travail* 19, n° 2 (1977) : 166, <https://doi.org/10.3406/sotra.1977.1538>.

respectivement des rapports solidaires autour d'un intérêt groupal qu'ils entendent défendre et qui renvoie à une symbolique du métier, à une identité commune, que ce soit celle des aides-soignants ou celle des infirmiers. Dans ce cas de figure, les relations sont largement dépersonnalisées. Au sein du SUT, et beaucoup plus que dans les deux autres services étudiés, c'est la deuxième forme qui nous semble émerger de façon dominante. Le groupe métier, et tout particulièrement pour les aides-soignants, paraît essentiel. Par-delà les ressources de chacun, il fournit une assise décisive dans le jeu avec les infirmiers. Ce socle est particulièrement opérant dans la relation avec leurs collègues infirmiers compte tenu de la contiguïté de leurs champs d'activités. S'il joue un rôle également dans la relation avec les médecins, il est moins marqué en raison de la distinction plus nette de leurs activités respectives. Si les tensions entre aides-soignants et infirmiers sont très pratiques et directement rattachées au contenu des tâches et à leur superposition, celles avec les médecins relèvent beaucoup plus nettement d'une dimension symbolique et se trouvent bien plus connectées à un imaginaire social fixant les ordres hiérarchiques qu'à un chevauchement de leurs champs d'interventions. Nous reviendrons plus loin sur cette question de la relation aux médecins en explorant notamment les rapports professionnels entre aides-soignants et externes.

2. L'autorité et la légitimité

Dans cette triade du médecin, de l'infirmier et de l'aide-soignant, l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) se distingue en jouant un rôle plus particulier au sein du service, sans que le poste soit occupé par une personne permanente. L'IAO est choisi à tour de rôle parmi l'équipe de garde infirmière et c'est le premier soignant que le patient rencontre à son arrivée au SUT. Il demande au patient la raison de son arrivée aux urgences, réalise certains examens pour évaluer la gravité du problème et décide de le prendre en charge ou de le réorienter éventuellement vers un autre service si la cause de son problème n'est pas traumatologique. Ensuite, l'IAO indique ces informations sur une fiche papier et réoriente le patient vers le bureau des admissions administratives, qui se trouve à côté du banc d'accueil, mais à l'extérieur du périmètre du service, séparé par une porte coulissante. Après cette admission

qui consiste à saisir dans le système informatique les renseignements d'état civil, les coordonnées et les informations de sécurité sociale et d'assurance santé du patient, ce dernier revient à l'accueil pour être réorienté vers la salle d'attente des patients. Selon son état, l'infirmier peut également demander à un aide-soignant d'installer le patient sur un brancard dans l'espace d'attente surveillé à côté de l'accueil.

L'infirmier d'accueil et d'orientation assure le triage des patients, répond aux demandes de renseignements qui sont adressées au service de l'extérieur et surveille l'entrée et la sortie des patients et de leurs accompagnants. Il est aussi supposé surveiller les deux couloirs principaux du service à l'aide de deux caméras de surveillance dont l'image est projetée sur deux écrans accrochés au plafond, qui affichent des ombres vagues sans que l'on puisse distinguer les profils ou les mouvements. Installé derrière le banc d'accueil et à côté de l'entrée de la salle du personnel où ils peuvent se reposer, manger ou boire, l'IAO peut aussi solliciter ses collègues qui sont dans cette salle pour qu'ils s'occupent d'un patient, qu'ils démarrent une procédure de prise en charge ou qu'ils viennent en aide à un autre collègue. Il peut être sollicité par les patients ou par leur accompagnant et peut vérifier l'état d'avancement de la prise en charge du patient sur l'écran de son ordinateur à l'aide d'un outil informatique de suivi de prise en charge²⁷⁹. L'IAO peut donc se trouver au croisement des demandes et des informations qui lui parviennent aussi bien de la part des usagers que des collègues. Il peut jouer le rôle d'un coordinateur, voire d'un animateur dans le service. Dans ce rôle, il peut se trouver responsable du bon fonctionnement du service et il n'est pas surprenant que l'IAO mette en place des rapports de force et se heurte à des résistances. Ci-dessous, on peut lire un extrait du journal de terrain écrit au SUT sur l'échange d'une infirmière d'accueil et d'orientation cinquantenaire avec un externe :

Elle est forte, maquillée et porte un collier de grosses perles. Elle demande à un externe s'il veut prendre [en charge] un nouveau patient. L'externe répond, en train de manger, qu'il attend le retour d'un autre

²⁷⁹ Information sur l'outil informatique utilisé

patient qui est allé faire une radio et qu'il le prendra dès le retour de la radio. « C'est moi à l'accueil aujourd'hui, il faut que ça marche », affirme l'infirmière d'accueil en battant doucement les mains et en souriant.²⁸⁰

L'IAO peut avoir une vision large du déroulement des prises en charge dans le service en vérifiant le flux d'arrivée et l'état des patients admis et peut influencer le rythme et l'organisation du travail de ses collègues :

On discute dans la salle du personnel quand l'IAO entre et demande à un externe : « t'es libre ?

- Oui, mais le médecin n'est toujours pas là

- C'est pas grave, allez ! »

Et l'IAO lui fait un clin d'œil en signe de l'inviter à prendre un patient.²⁸¹

L'IAO fait appel plus souvent aux externes qu'à ses autres collègues. Il se heurte à moins de résistance de la part des externes par rapport aux autres collègues professionnels sur qui il n'a aucune autorité organisationnelle. Or, sur les externes, il peut exercer à la fois une autorité pédagogique et une domination symbolique grâce à son expérience et son statut. L'IAO est conscient qu'en l'absence du médecin disponible, à cause d'un retard ou d'indisponibilité des médecins présents pendant l'affluence ou même simplement parce que le médecin veut faire une pause, l'externe ne pourra pas avancer sur le dossier du patient. Néanmoins, cela peut rassurer le patient qu'un soignant s'occupe de lui et peut lui donner la sensation qu'on ne l'a pas « abandonné », sentiment que certains patients éprouvent après un temps d'attente qu'ils perçoivent comme étant trop long. Du côté de l'externe, on analysera plus loin dans ce chapitre son statut différent des autres soignants présents au SUT, qui lui permet d'accepter un rapport de force à son désavantage et de ne pas chercher à trouver à tout prix un avantage stratégique afin d'équilibrer ce rapport.

²⁸⁰ « Extrait du journal de terrain SUT ».

²⁸¹ Ibid.

Entre l'IAO et les autres infirmiers, on peut entendre des propos sans animosités qui rappellent la nature négociée des échanges de service et des retours attendus de la part d'un collègue qui rend un service.

L'infirmier P. (51 ans) discute avec un stagiaire infirmier quand l'IAO entre dans la salle du personnel et en regardant P. demande si tout le monde est en pause et si personne ne peut amener un patient pour une radiographie.

« Je suis en pause, mais juste parce que c'est toi hein ! » répond P. et dit ensuite au stagiaire :

Tu veux continuer à écrire ton texto ?

Non, j'arrive, j'arrive !

Je te rappelle que tu es un stagiaire ! L'infirmier, plaisantant à moitié, lui montre son index en signe d'autorité.²⁸²

Ces négociations rapides et spontanées se produisent autour des moments de repos, dans l'intervalle du passage entre deux patients, ou bien lorsque l'IAO veut raccourcir le temps de la pause ou changer le plan initial du soignant pour qu'il s'occupe d'un autre patient qu'il trouve plus prioritaire. Mais son statut ne lui permet pas d'aller au-delà d'une coordination entre homologues dans ses rapports avec d'autres infirmiers. Cela nous amène à étudier de plus près les rapports entre infirmiers au SUT.

Sur ce point, les infirmiers du SUT s'inscrivent au croisement de deux accords tacites. Le premier au niveau de l'« instance groupale » au sens défini par Enriquez²⁸³, représentée ici par l'équipe infirmière, qui forme un groupe professionnel dont les membres partagent des intérêts et des enjeux communs. Ce groupe se défend contre les autres groupes professionnels comme les médecins et les aides-soignants sur les points abordés précédemment. Le comportement de ses membres est régulé par les normes mises en place par les infirmiers qui travaillent ensemble depuis plusieurs années.²⁸⁴ On peut remarquer dans le service un rapport social plus apaisé entre les

²⁸² Ibid.

²⁸³ Enriquez, *L'organisation en analyse*.

²⁸⁴ Référence sur le comportement groupal

infirmiers, ce qui peut montrer un équilibre stagnant des normes qui régulent notamment le sentiment d'injustice entre les infirmiers qui se comparent et dont l'organisation de travail peut être légèrement différente des autres collègues. Cette régulation passe par la normalisation de ce sentiment d'injustice, en priorisant l'enjeu de défendre le groupe contre d'autres catégories professionnelles. Dans ce contexte, en ne se focalisant que sur les infirmiers du SUT, on peut souvent voir qu'ils parlent de sujets divers sans rapport avec le travail, qu'ils plaisantent, mais qu'ils laissent le rapport « amical » à l'intérieur de l'organisation et ne l'étendent pas à une amitié à l'extérieur.

Ce n'est peut-être pas un hasard que ces amitiés entre collègues dans le périmètre organisationnel soient observées en général entre les infirmiers qui ont le même emploi du temps et qui travaillent ensemble régulièrement. Nous pouvons observer également un deuxième accord tacite, respecté par un plus petit groupe interprofessionnel qui se forme entre les soignants qui travaillent fréquemment ensemble selon les emplois du temps quasi fixes. Ces personnes forment un petit groupe paramédical d'infirmiers et d'aides-soignants qui ont l'habitude et préfèrent travailler ensemble. Ces groupes sont formés de façon si solide que la direction a du mal à les dissoudre même si elle dénonce une sectorisation au sein du service. Le chef du service nous explique qu'après avoir succédé à l'ancien chef de service à ce poste depuis 21 ans, il a ressenti le besoin d'adapter la structure à un mode de fonctionnement « plus moderne », en recomposant l'équipe médicale et en travaillant sur l'organisation de l'équipe de soin, sur une longue durée et de manière progressive.

« [À mon arrivée] c'était frappant. Il y avait une organisation paramédicale sous la forme d'équipes, séparées, très cloisonnées, même avec des gens qui avaient du mal à travailler ensemble, changer d'équipe, etc. On avait quatre équipes avec un cadre pour chaque équipe, les infirmiers et les aides-soignants. Chaque équipe travaillait toujours ensemble sur un rythme de 3 [fois] 8 [heures]. Les équipes se succédaient au fil du temps, mais on ne passait jamais d'une équipe à une autre. C'était un peu comme si on avait quatre services différents. Donc chaque

équipe avec un matériel spécifique... et voilà ça allait jusque-là. Chaque équipe entretenait son propre matériel et le mettait en place. Ça n'a pas été facile hein ! C'est pour ça que je dis que ça a été progressif. On a d'abord réduit le nombre de cadres infirmiers de 4 à 2 et puis le personnel est passé sur un mode de fonctionnement en 12 heures, au lieu de 8 heures. Ce qui fait qu'il a fallu refonder le fonctionnement et donc pour le coup, les équipes ont disparu. Il y avait une sclérose qui était liée à ce fonctionnement-là. On ne pouvait pas trop continuer comme ça parce que les gens n'acceptaient pas de se remplacer d'un planning à l'autre... voilà, c'était très figé, très rigide. Et puis le changement n'a pas été perçu de manière négative parce qu'on est passé en 12 heures, donc avec un mode de fonctionnement qui convenait beaucoup aux agents. »²⁸⁵

Malgré les efforts de la direction et la réorganisation du temps de travail, on constate que le cloisonnement persiste et que les équipes ont repris les anciennes habitudes consistant à travailler avec qui on s'entend le mieux. Ce que la plupart des enquêtés expliquent avec des termes comme « l'habitude » et « la connivence ». À ce sujet, une infirmière quinquagénaire avec 29 ans d'ancienneté, dont 4 ans au SUT, nous explique :

« On travaille ici souvent avec des binômes et des trinômes. Moi, par exemple, mon binôme c'est J. On travaille très très souvent ensemble ... donc on a l'habitude de travailler beaucoup ensemble, je peux travailler avec tout le monde, c'est pas gênant. Mais c'est vrai que quelques fois, il y a qu'on se connaît très bien donc une espèce de connivence qui fait que voilà. »²⁸⁶

Avoir l'habitude de travailler ensemble renforce également la capacité de prévoir les réactions de son binôme et de baisser l'incertitude dans ces relations. On peut faire l'hypothèse que cette prévisibilité des relations peut aboutir à une situation moins conflictuelle parmi les infirmiers du SUT quand il n'y a pas d'enjeux organisationnels qui peuvent les mettre en opposition l'un contre l'autre. Lors de

²⁸⁵ Chef de service, homme, 49 ans, Extrait d'entretien 1 - SUT, 2012.

²⁸⁶ IDE, femme, 58 ans, Extrait d'entretien 5 - SUT.

l'intervention d'un infirmier sur un patient, dans la majorité des cas, il peut être dépendant des autres catégories professionnelles pour aller au bout de la procédure de prise en charge, mais il est assez autonome, s'il veut, des autres infirmiers. Un infirmier peut avoir un sentiment d'injustice envers un autre infirmier qui selon lui s'investit moins dans le travail, ou à l'inverse, qui travaille « trop » et perturbe les normes de travail de l'équipe. Mais à part cela, il y a peu d'autres occasions qui peuvent créer une situation de rapport de force entre infirmiers, alors qu'il y a un fort intérêt groupal à défendre son collègue infirmier dans les situations conflictuelles avec les aides-soignants ou avec les médecins.

Dans les entretiens, le conflit entre les infirmiers et les aides-soignants du SUT est qualifié de systématique par les infirmiers et nous avons essayé d'analyser précédemment les enjeux et les causes de ce conflit. Mais une relation tendue entre les infirmiers et les médecins est intimement liée, selon les infirmiers, à la « personnalité des médecins ». Ils révèlent qu'avec certains médecins il y a toujours des conflits, en renvoyant à la personnalité du médecin concerné. En observant les rapports infirmier-médecin au SUT, on peut constater une distance froide qui peut facilement se transformer en acrimonie. Les occasions qui témoignent de ce genre de réaction, notamment de la part des médecins, ne sont pas rares et même assez fréquentes quand il s'agit de l'infirmier d'accueil et d'orientation.

Au cours d'une conversation entre deux médecins et moi dans la salle du personnel autour des sujets divers et des actualités politiques internationales, l'infirmière d'accueil avec un collier à grosses perles (qui l'autre jour manifestait la nécessité d'un bon déroulement du service quand elle est à l'accueil) nous interrompt pour dire qu'un patient attend une intervention. Peu avant cette interruption, j'avais déjà constaté qu'une externe attendait dans la salle avec un dossier à la main en nous regardant et puis elle est partie. « Pour quoi c'est pas l'externe qui est venue nous chercher ? » s'étonne un des médecins. « Parce qu'elle est petite et timide et les nouveaux patients sont en train d'arriver ! » répond l'infirmière d'accueil en souriant. « Nous allons finir cette discussion et venir. N'interromps pas notre conversation ! »

réplique un des médecins, avant que l'infirmière me regarde en mettant la main sur la hanche et en plaisantant à moitié me demande jusqu'à quand je resterai dans ce service et quitte la salle. « Si ça va être comme ça, il serait mieux que tu ne restes pas à l'accueil hein ! » crie le même médecin, après qu'elle soit sortie de la salle et avant de continuer à me montrer quelques photos de ses voyages autour du monde et des repas exotiques orientaux qu'il avait goûtés. ²⁸⁷

Avant de revenir plus loin dans ce chapitre sur le rôle de l'externe souligné ici, qui fait l'intermédiaire entre différents personnels du SUT, il est important de se pencher sur les relations entre médecins et infirmiers. Ces relations semblent occasionner beaucoup de tensions dans ce service, bien qu'elles ne soient curieusement pas qualifiées d'habituelles par le personnel. Cependant, dans tous les entretiens avec les infirmiers, on trouve des exemples de comportements agressifs de la part du médecin. Certains comportements ont même eu des conséquences disciplinaires avec l'intervention de la direction pour sanctionner l'infirmier concerné. Dans certains cas, la tension était telle, qu'un mot maladroitement glissé dans la conversation aurait suffi à faire s'enflammer l'atmosphère. En l'absence d'une hostilité systématique et en considérant la place des médecins dans la hiérarchie de l'organisation, il est difficile de soutenir l'hypothèse que les médecins subissent un pouvoir organisationnel incontestable qui les maintiendrait en permanence en position dominée. Au contraire, plusieurs éléments formels et informels leur attribuent un pouvoir à la fois organisationnel et symbolique. Ce qui nous renvoie vers d'autres hypothèses et pour cela, il est indispensable de nous pencher de plus près sur la place des médecins urgentistes dans l'organisation du SUT.

Un des premiers éléments qui est abordé par les médecins de ce service au cours des conversations ou des entretiens est l'hétérogénéité des patients aussi bien sur le plan sémiologique que social. Un sujet largement abordé dans les travaux de Jean

²⁸⁷ « Extrait du journal de terrain SUT ».

Peneff ²⁸⁸ et François Danet (2008) ²⁸⁹. Au contraire du travail des médecins spécialistes des services « classiques », sur des « objets de travail calibrés », selon des articulations organisationnelles inscrites dans une hiérarchie précise des responsabilités entre le personnel médical et paramédical, les médecins urgentistes doivent, eux, se confronter non seulement à toutes sortes de pathologies, mais aussi à une variété des positions sociales des patients qui peuvent avoir des rapports très hétérogènes avec des institutions comme l'Hôpital en général ou le service d'urgences en particulier, dans un laps de temps très limité par rapport aux services spécialisés. Cette confrontation « à des situations difficiles à décrypter selon la nosologie médicale » accompagnée de l'hétérogénéité des positions sociales des patients amènent les médecins du SUT à se focaliser dans leur discours sur des « considérations sociétales », afin de mener la procédure du diagnostic en s'intégrant dans une « présémiologie alternative à la sémiologie médicale hospitalière classique » et même plus loin, pour expliquer les raisons de la charge « insoutenable » de leur travail de soignant ²⁹⁰.

À cette initiation d'une « présémiologie » s'ajoute l'adaptation des médecins urgentistes à une forme organisationnelle différente des services spécialisés et mieux adaptés aux affluences imprévisibles, aux objets de travail hétérogènes et à une durée très courte de séjour du patient dans le service. D'abord, en ce qui concerne l'emploi du temps et la répartition des patients entre le personnel médical et paramédical, la différence est que les médecins du SUT ne travaillent pas sur un nombre de patients précis avec une équipe paramédicale dédiée. Un infirmier ou un aide-soignant peut s'occuper des patients qui sont suivis par d'autres médecins du service. Le médecin n'aura de prise sur les interventions du personnel paramédical qu'en négociant avec eux, car au moment où il a besoin d'un infirmier, ils peuvent être tous occupés avec des patients suivis par d'autres médecins. Ensuite, la définition peu claire des tâches de chaque catégorie professionnelle accompagnée

²⁸⁸ Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*.

²⁸⁹ Les termes qui suivent entre guillemets sont empruntés à Danet, *La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical*.

²⁹⁰ Ibid.

des « glissements de tâche »²⁹¹ d'un périmètre de métier à un autre – de façon spontanée afin d'éviter des engorgements au moment des affluences, ou de façon systématique comme dans le cas des externes – aplatit la hiérarchie organisationnelle et rend les statuts interchangeable, dans une mesure plus ou moins grande selon la situation. On peut donc observer que les médecins, en plus de leur fonction principale (examen, diagnostic et prescription), s'occupent aussi d'accueillir des patients, de pousser des brancards, de chercher un membre du personnel paramédical ou bien le box où se situe le patient, de chercher à boire et d'encadrer le personnel sans pour autant avoir la légitimité organisationnelle de le faire.

Dans ce contexte, la hiérarchie organisationnelle peut être inversée par rapport à l'ordre de commandement prévu dans l'organigramme ou bien par rapport à l'ordre symbolique intégré dans l'imaginaire social, que nous avons abordé au 1Chapitre IChapitre I page 166imaginaire social. C'est ce qu'il se passe dans le cas évoqué ci-dessus, où une infirmière d'accueil demande à un médecin de terminer sa pause et d'accélérer son intervention. Pour remettre en ordre la hiérarchie perçue par le médecin quand il n'y a pas d'appui formel comme un organigramme officiel – c'est-à-dire un ordre institutionnalisé et intériorisé par les acteurs pour être une norme acceptée – mais aussi pour se défendre contre la remise en cause de sa rigueur et sa propre organisation de travail, il peut arriver que le médecin ignore la remarque en minimisant l'importance de la critique, ou qu'il fasse des reproches d'ordre individuel à la personne qui le reprend. Dès lors qu'un infirmier se trouve dans une zone officiellement critiquable, l'occasion se présente pour que le médecin demande l'intervention formelle de la direction, ce qui peut dépasser le périmètre du service et remonter jusqu'au service central de l'établissement. À ce propos, l'infirmière sexagénaire qui prendra bientôt sa retraite après 23 ans d'ancienneté au SUT nous explique :

²⁹¹ Christine Buchet-Molfessis, « Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés », *Recherche en soins infirmiers* N° 92, n° 1 (2008) : 68-94.

« Les médecins ils se partagent la nuit. Il y a un médecin qui va aller se coucher et après l'autre qui prend le relai et quand il n'y a pas de patient les deux restent couchés. L'infirmière a appelé le médecin qui devait se lever, disant il y a tel patient. C'était un traumatisme de cheville. Le médecin n'a pas voulu descendre. Il a dit qu'"il attendra." Bon ! Mais ... qu'on dise qu'on vient pas pour un trauma de cheville à 5 h du matin, d'accord, mais à ce moment-là il faut pouvoir dire aux gens avec la responsabilité des médecins, rentrez chez vous et vous revenez. Ça se passe comme ça dans les cliniques. Des fois il n'y a pas de radio, voilà, on lui fait un bandage, un petit truc, on donne du médicament... et donc cette infirmière s'est énervée et à ce moment-là il y a la surveillante de nuit qui est passée et l'infirmière qui a dit "comme d'habitude il dort" et donc ce mot qu'elle a dit lui est retombé dessus finalement parce que la surveillante de nuit a fait un rapport qui est remonté à la direction très très haute. Le chef du service a convoqué l'infirmière en lui faisant des reproches... c'était une très grosse histoire. Mais mine de rien, après ils ont quand même fait attention les médecins. Même si le chef de service a défendu les médecins en reprochant à l'infirmière quand même ! Parce que l'infirmière, elle a fait une grosse dépression après hein ! Elle a été critiquée... "vous vous rendez compte, de ce que vous avez fait... heu... c'est des très bons médecins... qui vous êtes pour parler comme ça d'un médecin..." et puis la surveillante de nuit qui n'était pas à sa place quoi ! Elle est arrivée, elle a vu qu'il y avait un dysfonctionnement, qu'il n'y avait pas de médecins dans le service quoi ! » ²⁹²

On peut faire l'hypothèse selon laquelle l'origine des conflits entre médecins et infirmiers soit en réalité plus systémique que le personnel ne l'imagine. Quand une norme organisationnelle ou groupale n'est pas respectée, dans ce cas il s'agit de la permanence du service, le jugement de l'infirmière sur le refus injustifié du médecin trouve assez de légitimité pour se manifester. En revanche, le propos « comme d'habitude » qui pourrait bien montrer une situation conflictuelle du rapport de force entre infirmiers et médecins, se transforme dans le contexte de l'évènement

²⁹² IDE, femme, 65 ans, Extrait d'entretien 2 - SUT.

en une accusation personnelle qui ne peut pas être appuyée ni justifiée. La réaction de la direction est de réprimander la personnalisation de l'affaire en qualifiant l'accusation de l'infirmière d'« infondée » et en justifiant la marge de liberté du médecin pour évaluer la priorité d'une intervention. La plupart du temps, les médecins s'approchent de la limite de transgression du périmètre des normes de groupe, en prolongeant une pause par exemple, ce qui ne donne pas suffisamment de légitimité aux infirmiers pour les mettre sous pression et, s'ils le font, ils risquent d'être recadrés par le médecin concerné. Les médecins sont de leur côté contraints parfois à jouer la diplomatie au lieu de répondre frontalement quand ils sont sollicités par les infirmiers lorsqu'ils n'évaluent pas la sollicitation comme prioritaire. Ainsi, les médecins évitent d'avoir à subir une riposte de l'équipe qui veut défendre les normes groupales. La réciprocité de cette tolérance et l'équilibre du pouvoir entre les deux parties crée un conflit sourd qui peut exploser à l'occasion de cumuls de tension tout au long d'une journée de travail surchargée. Les acteurs réagissent spontanément sans calcul préalable du poids de leurs ressources ni de la pertinence de leur stratégie par rapport à leur jeu de pouvoir dans l'organisation. Ce qui est ensuite qualifié par le personnel de conflit de « personnalité » entre les protagonistes. Le chef du service, quant à lui, qualifie ce type de conflit qui peut éclater parmi différentes catégories professionnelles, de « relationnel », en s'appuyant sur les perceptions du personnel paramédical qu'il considère comme étant en décalage par rapport à la « vraie urgence ».

« Par exemple une infirmière qui inscrit un patient avec une pathologie qui n'est pas forcément considérée comme urgente par un médecin. Voilà, le médecin a une appréciation différente du degré d'urgence, hein, qui va voir l'infirmière pour lui dire "je ne comprends pas pourquoi tu as inscrit le patient, c'est pas urgent. Il aurait pu passer en consultation en dehors du service". Parce qu'il y a un souci en fait de vraiment consacrer le temps médical aux vraies urgences. Aux patients nécessitant vraiment les soins d'urgence. Et donc il arrive parfois que certains infirmiers se voient

reprocher d'avoir inscrit tel et tel patient, donc voilà un conflit ça peut naître de ça. »²⁹³

Les propos du chef de service laissent paraître une zone d'incertitudes importante, que les médecins du service contrôlent pour avoir une marge de manœuvre plus élevée sans pour autant qu'ils aient une autorité hiérarchique. La sémiologie approfondie du domaine médical ne laisse pas un large champ d'interprétation sur le degré d'urgence d'une pathologie. Mais son étendue et ses procédures sophistiquées de diagnostic, ajoutées à la diversité des pathologies rencontrées dans un service d'urgence, laissent une marge d'interprétation dont seuls les médecins s'attribuent le droit de contrôler. Ce dont témoigne également le cadre de santé, à propos de la place « idéale » du personnel paramédical, et notamment de l'infirmier par rapport aux médecins, dans le parcours de soins. L'adjointe au Cadre de santé du SUT nous explique :

« De toute façon, moi je n'ai plus de légitimité au niveau médical..., légitimité j'entends au niveau hiérarchique. Ce sont deux entités complètement différentes. Ma hiérarchie et la hiérarchie médicale sont complètement scindées. C'est un travail de collaboration concrète. En tant qu'infirmière je sais que je tenais beaucoup à ça. Et je pense que j'ai toujours eu des rapports très cordiaux [avec le personnel]. Je me posais toujours beaucoup de questions par rapport à ce que je faisais. Et au niveau médical ça m'intéressait de comprendre les choses. Je piquais pas pour piquer. Si je voyais un bilan médical perturbé, je demandais toujours aux médecins "est-ce que tu penses qu'il faut... est que tu veux que..." », donc un vrai travail de collaboration. »²⁹⁴

L'autorité organisationnelle ne peut qu'accepter cette légitimité et cette marge de manœuvre des médecins et ne se voit pas capable de freiner ce pouvoir. Il est néanmoins limité par le sens de responsabilité personnel des médecins, par le poids des normes de l'équipe constituée du personnel médical et paramédical, ainsi que par le modèle organisationnel du service. Comme cela a été abordé plus haut, le

²⁹³ Chef de service, homme, 49 ans, Extrait d'entretien 1 - SUT.

²⁹⁴ Adjoint Cadre de santé, femme, 48 ans, Extrait d'entretien 6 - SUT, 2013.

personnel paramédical peut partager les patients qui leur sont attribués avec différents médecins. Cela dit, au moment où un médecin a besoin d'un personnel paramédical pour faire avancer l'intervention sur un patient, il peut se heurter à une absence de personnel paramédical, tous étant occupés par d'autres interventions, notamment aux horaires d'affluence. Ceci accroît le nombre des patients attribués au médecin et ne permet pas de garder une fluidité de l'ordre de passage ni d'éviter un engorgement du service. Le médecin ne peut interrompre l'intervention d'un personnel paramédical pour faire passer son patient en priorité, seulement en cas de « vraie urgence », sinon, il doit négocier et entretenir de « bonnes relations » avec le personnel paramédical. Cet évitement de l'explosion des conflits sous-jacents prend des proportions plus importantes au SUT, en fonction de la moyenne d'ancienneté élevée de son personnel, qui a forgé les « habitudes » et les normes de travail dans l'équipe. Ceux qui ne respectent pas les normes, sont pointés du doigt et risquent davantage d'accrochages avec le personnel.

« De toute façon on a tous les mêmes problèmes avec les mêmes médecins. Tu vois, quand tu le cherches tout le temps où ils sont... t'as l'impression que quand il y a des gens ils fuient... tu vas faire quoi tu vas appeler le chef de service pour les réveiller ? Ça change jamais ! »²⁹⁵

Les désaccords, sources de tension entre les médecins et le personnel paramédical, ne se limitent pas aux aspects médicaux du parcours de soins (qui est plutôt un domaine réservé aux médecins). Un conflit peut aussi éclater à cause du décalage entre les normes médicales et les valeurs sociales défendues par le personnel soignant. Ces valeurs sociales peuvent alors servir de fondement au refus de l'avis du médecin, comme nous raconte l'infirmière quadragénaire du SUT :

« Certains médecins sont très délicats et il n'y a pas de problème hein ! Mais moi les soucis que j'ai eus avec certains médecins c'est parce qu'ils ne sont pas du tout délicats ! Un exemple parmi tant d'autres, on a eu une dame qui est arrivée chez nous, 45 ans, qui était suivie au centre LB pour une tumeur avec des métastases de partout à 45 ans et qui avait une

²⁹⁵ IDE, femme, 40 ans, Extrait d'entretien 3 - SUT.

fracture de col de fémur ; une fracture pathologique ! Donc, elle était là avec son mari ; on attendait les chirurgiens. Avec sa maman [elle insiste] ! Cette dame elle en avait pour 6 mois à vivre hein ! Vu l'évolution de ce qu'elle avait. Et notre médecin a refusé catégoriquement que son mari et sa mère restent avec elle. J'ai dit que c'est pas possible, c'est inhumain ! "C'est moi qui décide. C'est moi le senior du service aujourd'hui. Toi, tu n'es qu'une infirmière. T'as pas à t'en mêler !" [a répondu le médecin] voilà ! Moi je ne supporte pas ce genre de chose. »²⁹⁶

L'ensemble des enquêtés de cette recherche affirme être sensible à certaines caractéristiques particulières des patients, qui les touchent émotionnellement. Cette sensibilité, selon leurs descriptions, semble être une perception subjective qui peut être largement partagée entre les collègues ou bien au contraire se manifester de façon très personnelle. On peut donc s'attendre à ce qu'il existe une marge d'interprétation très personnelle qui ne rentre pas dans la procédure de diagnostic et de soins basée sur des symptômes objectifs. Par conséquent, on imagine aussi qu'un décalage puisse se créer entre la perception des différents acteurs témoins d'une même scène, et générer un désaccord sur le plan d'action préconisé.

Ce qui dans un premier temps nous amène à nous demander si le parcours personnel du soignant et les valeurs qu'il a intériorisées tout au long de sa vie (sans que ce processus soit uniquement régi par les normes et les valeurs de l'organisation dans laquelle il travaille), peut influencer son évaluation de l'état du patient. On peut ainsi supposer que la situation personnelle d'un patient, son vécu et la relation que le soignant peut tisser spontanément avec lui, donne des critères d'évaluation de la situation qui ne relèvent pas purement de la médecine et peuvent se superposer aux critères strictement médicaux de l'examen clinique. Cette superposition élargit le domaine du système normatif à partir duquel l'IAO pose un premier diagnostic, et peut même influencer la suite du parcours de soins du patient concerné. On peut

²⁹⁶ IDE, femme, 60 ans, Extrait d'entretien 4 - SUT.

ainsi voir des examens cliniques sommaires, réalisés dans « la précipitation et la lassitude »²⁹⁷, en raison de la charge de travail au moment d'arrivée du patient.

Dans ces conditions, l'acteur peut se trouver face à une pluralité de choix d'actions possibles, dont les conséquences ne sont pas mesurables sur le moment et dont certaines peuvent se révéler contradictoires. Cette contradiction se manifeste également dans l'opposition entre des acteurs qui n'ont pas la même perception d'un même fait et qui se trouvent chacun dans une position suffisamment légitime pour la défendre. Ainsi, non seulement l'acteur se trouve contraint de respecter des normes contradictoires internes et externes à l'organisation, mais il s'engage aussi dans un conflit entre les instructions strictes du médecin d'un côté et la marge de liberté du patient quand il a du mal à s'adapter aux contraintes institutionnelles du service médical, de l'autre. Dans l'exemple ci-dessus, l'infirmière éprouve de l'empathie pour une patiente dont elle trouve la « perte sociale » élevée²⁹⁸ au vu de son âge et de ses attachements familiaux. Influencé par la situation globale du patient, qui ne se limite pas à ses symptômes pathologiques, le soignant peut donc justifier une action non recommandée ou négligée par la « structure normative de sa profession » (cf. Chapitre I), afin de négocier avec le médecin une marge de liberté plus grande pour le patient, ou même une modification du parcours de soins.

Dans des rapports strictement hiérarchiques, cette négociation serait inimaginable. Seul un contexte particulier peut permettre au personnel paramédical d'engager un rapport de force avec les médecins. Comme nous l'avons évoqué plus haut, dans un contexte de transformation de la structure hiérarchique et d'implication des médecins urgentistes dans l'organisation du travail, ces derniers doivent plus souvent négocier avec le personnel paramédical pour y trouver un compromis et par conséquent, ils y trouvent moins d'autorité par rapport à leurs confrères des services « classiques ». Ce changement d'équilibre du rapport de force entre les médecins et le personnel paramédical aplatit la structure hiérarchique et permet la

²⁹⁷ Danet, *La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical.*

²⁹⁸ Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss, *Awareness of Dying* (Aldine Publishing Company, 1965).

manifestation de perceptions divergentes de faits qui ne peuvent éclore depuis l'application stricte de rapports hiérarchiques formels.

Du côté de l'acteur, la superposition de la structure normative de sa profession avec des normes et des valeurs qui ne sont pas intégrées dans la définition du métier ni dans l'organisation du travail et qui sont constituées par d'autres institutions de la société tout au long de sa vie, ajoute des possibilités d'actions qu'il ignorerait sans ces ressources extérieures. Dans ce contexte, la superposition des critères d'évaluation médicale et des jugements normatifs élargit non seulement le champ de la possibilité d'action de l'acteur, mais multiplie aussi les stratégies du jeu possible en lui proposant des ressources extérieures à celles qui sont acceptées et légitimées dans l'organisation de travail par les normes et les valeurs professionnelles. Autrement dit, une pluralité des structures normatives et des valeurs qui peuvent être instituées à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du périmètre de l'organisation, élargit le champ des possibilités stratégiques de l'acteur et lui propose des ressources extra-organisationnelles dans ses rapports de force avec autrui.

Cette pluralité des structures normatives est aussi la source des perceptions divergentes des acteurs, qui peuvent se fonder sur des interprétations, des priorités ou des valeurs qui s'opposent les unes les autres. Dans une situation conflictuelle où les médecins et le personnel paramédical se sentent suffisamment dotés de ressources de pouvoir, ce décalage de perception entre les deux acteurs, du monde médical et paramédical, peut déclencher un conflit dès le moindre comportement agressif ou ressenti comme une manifestation de violence symbolique de la part d'un des individus. Dans le cas suivant, l'aide-soignant compatit avec un patient victime d'une agression et décide de le laisser partir du service sans prise en charge médicale et contre l'avis du médecin qui ordonne sa mise en contention. Le ton autoritaire du médecin qui tente de donner plus de poids à sa légitimité médicale et à sa place dans la hiérarchie organisationnelle, qu'il sent remises en question, déclenche une protestation vive de l'aide-soignant et se poursuit par une mise en contention violente du patient.

Ici, la prescription médicale est finalement respectée et la procédure est poursuivie, sans remise en question de la procédure elle-même ni des critères de l'évaluation médicale de la situation mais en focalisant la critique sur l'attitude du médecin dans un conflit qualifié de « personnel ». Un aide-soignant quadragénaire nous raconte son accrochage avec un médecin au cours d'un entretien :

« Des conflits avec les médecins j'en ai eu. J'en ai eu un gros. Ouais, avec le médecin D. une fois. Ouais j'ai vraiment péché un câble quoi. J'étais très très mal. Sur le sujet que quand un patient entre ici, sur la considération que tu lui apportes, c'est, un mec qui sortait du boulot qui s'était fait agresser. On lui avait piqué son portefeuille. Il y a 6 ans. Donc le jeune est arrivé dans un box. Moi je m'en occupais. Et un moment donné, le patient, il était psychologiquement... il était pas bien tu vois. Il a voulu rentrer chez lui. Donc il a commencé à se rhabiller, je lui ai dit "monsieur, ne partez pas". Il m'a dit "écoute, moi j'ai rien contre toi. Laisse-moi partir sinon je vais être dur". Le médecin en question il n'était pas dans la pédagogie. Il était carré, militaire. Moi, je l'ai laissé se rhabiller et quand il traversait le couloir, le médecin, il venait en sens inverse ; il m'a dit "lui, tu l'attaches". "TU l'attaches" [il ajoute d'un ton affirmatif en pointant le doigt du haut vers le bas]. Et là je l'ai très mal pris. C'était dans l'ancien service. Il y avait des gens tout le long du mur. Devant tout le monde. Il s'est cru je ne sais pas où. Tu peux déjà poser ta main sur le patient, lui dire attendez monsieur il faut que je vous parle... là il lui a jeté de l'essence. Déjà le mec il était énervé et en plus il a entendu ça. Donc moi, j'ai péché un câble. Je me suis arrêté. Je lui dis "pardon ! Comment tu me parles ?" Je lui ai dit "moi, je ne l'attache pas ce mec". "Tu l'attaches tu fais ce que je te dis !" [il imite le ton dur du médecin qui donne l'ordre]. Et un moment donné je lui ai barré la route. Il pouvait plus avancer. Je lui ai dit "tu sais quoi, tu veux venir avec moi si c'est ton patient". Et là il a commencé à me prendre de haut : "Mais t'es qui toi, t'es juste un aide-soignant. Tu fais ce que je te dis. Je te l'ordonne tu le fais !" Moi je lui ai dit "mais tu n'ordonnes rien du tout, t'es qui toi ? Je ne ferai rien du tout". Les gens ils ont vu tout ça. Après, le mec, on a été

obligé de l'arrêter. Donc après, on le remet dans le box. Moi, j'ai continué à lui parler. Il était habitué à moi. Il m'a dit "OK, je vais rester ici", mais le médecin il a [de nouveau] jeté de l'huile sur le feu. [Le médecin] il a commencé à mal lui parler. Et avec mes collègues on a été obligé de le maintenir sur le brancard. Et là, ça a été une catastrophe et les coups qui sont partis. Moi, j'ai pris du sang sur le visage. Le mec il comprenait plus rien. J'étais dégoûté. Dégoûté. Ça aurait pu se passer largement mieux que ça et encore et ben voilà le médecin il s'est comporté sans... sans distinction. Il est arrivé avec toute son histoire à lui. Le mec [le médecin] qu'a pas chez lui des problèmes, qui connaît pas ce que c'est la détresse, qui connaît pas ce que c'est d'avoir des problèmes. Moi j'ai très mal vécu. Je suis arrivé au vestiaire j'étais en sanglot. Heureusement, il y avait mes collègues. Mais ouais, j'ai pété un câble. Et c'est ce genre d'histoire qui te bouffe. Maintenant c'est passé. Maintenant, j'arrive plus à redevenir [comme avant] et j'aurais pas envie de toute façon parce que si j'en faisais trop je serais en déséquilibre par rapport à mes collègues. Il y a ça aussi qu'il faut gérer. [La direction], ils préfèrent camoufler. Ici j'ai des collègues qui se sont fait agresser méchamment par les patients. Ils attendent le jugement. La direction leur a demandé gentiment de faire moins de bruit. Ça veut bien dire ce que ça veut dire. Les hospices n'aiment pas les histoires. En douceur. Voilà. »²⁹⁹

Il est important de souligner que malgré une forte tension entre l'aide-soignant et le médecin dans le récit ci-dessus, l'ordre hiérarchique et les procédures sont finalement respectés. C'est-à-dire que le patient est mis en contention malgré un conflit qui s'est transformé en une crise entre deux individus dont chacun remet en question le statut hiérarchique de l'autre et défie son pouvoir organisationnel. Le médecin concerné est accusé d'avoir imposé une condition « inhumaine » et les critiques de ses collègues visent son comportement « non délicat » en reliant ce comportement à son caractère personnel. Nous pouvons donc constater une forme de personnalisation d'une crise du rapport social portant sur des règles du jeu

²⁹⁹ AS, homme, 45 ans, Extrait d'entretien 7 - SUT.

organisationnel. Ces règles sont définies de la façon la plus objective possible et sont impersonnelles dans le sens où leur interprétation et leur application ne doivent pas dépendre de la singularité d'un individu. En personnalisant l'angle d'attaque dans la stratégie du jeu, le champ d'action s'élargit également à d'autres formes de domination existant en dehors de l'organisation et intériorisée tout au long du parcours personnel de l'individu. Autrement dit, l'acteur essaie d'expliquer le contexte conflictuel en mettant en avant des éléments comme le caractère personnel de son opposant. Cette personnalisation lui permet de mieux analyser une situation singulière et d'élaborer des stratégies fondées sur des ressources en dehors du pouvoir organisationnel et d'avoir ainsi plus de chance de faire basculer les rapports de force en sa faveur. Ces actions peuvent prendre une dimension individuelle, comme le boycott d'une infirmière par l'aide-soignant qui abandonne son intervention et quitte la salle quand l'infirmière y rentre, ou bien une forme de sanction appliquée au niveau groupal selon le nombre de collègues auprès de qui le sujet fait consensus.

En comparant ce service avec les deux autres services d'urgences hospitaliers qui sont étudiés dans cette recherche et que nous allons aborder plus loin dans ce chapitre et le suivant, nous constatons que les tensions qui se transforment en conflit de personnalité entre deux ou plusieurs individus restent moins fréquents dans le SUT que dans les autres services. Pour analyser ce constat, parmi les éléments organisationnels qui pourraient jouer un rôle important dans le système d'action concret de chacune des organisations étudiées, on peut faire état de la présence des étudiants en médecine (les externes), qui passent 6 semaines en stage dans le service d'urgences. Bien qu'en formation, ils participent grandement à la régulation des rapports sociaux dans le service.

3. Les « amortisseurs » organisationnels

Les externes, comme nous l'avons vu dans le deuxième chapitre, constituent la troisième catégorie de personnel présente dans le SUT, qui n'est pas prise en considération dans les analyses précédentes, alors qu'elle joue un rôle important dans ces jeux organisationnels. Les externes sont surveillés, encadrés et notés en

parallèle par un médecin senior et un infirmier. Ils se trouvent dans l'articulation organisationnelle entre les médecins, les infirmiers et les aides-soignants.

À l'entrée d'un patient, après une première évaluation du niveau d'urgence et de gravité de sa situation par l'IAO et la saisie de son dossier dans le système informatique, il est installé sur un brancard dans un espace d'attente à côté de l'accueil ou attend dans la salle d'attente, selon son état. Ensuite, ce sont d'abord les externes qui poursuivent la procédure en accompagnant le patient ou en poussant son brancard pour l'installer dans un box de soins où ils peuvent l'examiner et faire un récapitulatif de son état. Ce récapitulatif est saisi dans le système informatique qui permet au médecin senior de suivre en temps réel l'évaluation de l'externe et lui laisser des instructions pour la suite des examens ou des soins.

Dans la majorité des cas, ce sont les externes qui font l'intermédiaire entre les différents corps professionnels pour les interventions de soins. Ils font appel au médecin pour lui soumettre leur hypothèse sur le diagnostic et recevoir les instructions pour les analyses ou les prescriptions, et ils accompagnent le médecin quand il veut examiner lui-même le patient. Ils font appel à l'infirmier pour les actes de soins et s'occupent de certains actes comme les sutures. Ils passent fréquemment pour voir le patient et l'informer de la suite de son parcours de soins. Ils font appel également au personnel paramédical pour les tâches qui relèvent de leur responsabilité.

Au premier regard, la place d'intermédiaire où se trouvent les externes leur attribue un rôle de courroie de transmission, c'est-à-dire de messagers qui se contentent de transmettre les ordres. Mais en observant leurs interactions avec d'autres personnels de soin, on peut voir qu'ils jouent aussi un rôle d'éponge, qui transmet et qui régule le rapport de force tout en absorbant certaines tensions. Pour mieux comprendre ce mécanisme, nous essayons d'analyser le rapport social intragroupal parmi les externes ainsi que les rapports entre les externes et d'autres catégories professionnelles de ce service.

Au cours des observations réalisées au SUT auprès de deux groupes d'externes qui passaient chacun 6 semaines en stage, on a pu constater une cohésion groupale

forte qui se manifeste par le soutien et les encouragements existants entre les membres de l'équipe, la valorisation implicite des normes et des valeurs du groupe – comme travailler dur, ne pas craindre le sale boulot, s'entraider, avoir la soif d'apprendre, oser la pratique – ainsi que la sanction des membres qui ne respectent pas ces normes.

Ce soutien mutuel et cette cohésion sont également cohérents avec la place stratégique de ce groupe dans le système d'action organisationnel. Avec peu d'expérience et sans diplôme valorisant leurs années d'études en médecine, les externes ne sont pas reconnus comme soignants par le personnel du service. Ils sont formellement sous tutelle d'un médecin senior et sont notés à la fin de leur garde pour leur activité, par le médecin et l'infirmière avec qui ils travaillent directement. En pratique, ils doivent collaborer avec les infirmiers et les autres personnels pour pouvoir observer un maximum de cas et pour apprendre des soignants les astuces et les bonnes pratiques dans de « vraies » situations, ce qui n'est guère reproductible en théorie ni dans les cours à l'université.

Malgré la soumission institutionnelle des externes dans le service, la place qu'ils occupent dans le parcours des patients leur donne une ressource stratégique importante. Ils effectuent l'installation du patient dans un box et ses premiers examens en attendant le médecin, ce qui donne au patient l'impression qu'ils commencent le parcours de soins et transforme le temps d'attente passif en temps de prise en charge active. Ils remplissent également le dossier médical, ce qui permet au médecin de gagner du temps pour les examens cliniques et le diagnostic. Ils jouent un rôle de messenger entre les médecins et le personnel paramédical pour enchaîner les interventions de soins ou d'autres examens médicaux comme la radiographie, la prise du sang, etc. Ils deviennent donc quasiment responsables du patient : ils le suivent de l'entrée à la sortie, l'informent de l'état de son parcours de soins et qui le font avancer dans ce parcours en demandant l'intervention des professionnels. Cela a pour conséquence de leur faire subir la pression des patients qui veulent accélérer la procédure de soins, tout en étant parfois sous-estimés et dévalorisés parce qu'ils sont étudiants et pas médecins.

Ce rôle n'est pas très confortable, car les externes doivent à la fois assurer l'intermédiaire entre le patient et le soignant d'un côté et entre le médecin et le personnel paramédical de l'autre. Ils doivent en même temps négocier pour obtenir une meilleure pédagogie et un partage d'expérience de la part du personnel du service. Sous l'autorité formelle des médecins et des infirmiers, au carrefour des rapports de force entre patients et soignants et entre soignants eux-mêmes, tout en ayant la nécessité d'enrichir leur expérience, les externes essayent de trouver un contrepoids à leur position dans le rapport de force avec le personnel médical et paramédical. Leur stratégie serait donc d'accepter plus aisément un glissement des tâches en leur défaveur. Cette situation pourrait également expliquer leur forte cohésion groupale. En se soutenant et s'encourageant mutuellement, ils peuvent sanctionner un de leurs membres pour le non-respect de leurs valeurs tout en montrant au personnel du service que cela doit rester une affaire interne en communiquant *a minima* sur le sujet, même quand les collègues professionnels les interrogent.

Tout en jouant un rôle de courroie de distribution dans le service, le rapport entre les externes et les médecins, les infirmiers et les aides-soignants n'est pas de même nature. Voici un extrait du journal de terrain :

Je discute avec une externe qui faisait l'autre jour l'objet de l'éloge des autres externes qui appréciaient sa rigueur, sa motivation et sa bienveillance. Elle se montre plutôt satisfaite des rapports entre les médecins et les externes en se plaignant des rapports entre les externes et le personnel paramédical et plus particulièrement avec les infirmiers. « La plupart du temps les infirmiers ne te prêtent pas d'attention et ne considère pas ce que tu leur demandes. Alors qu'ils ne font pas ça avec les médecins et les médecins ne sont pas directement en rapport avec les infirmiers parce que nous sommes au milieu des deux. »³⁰⁰

Avec les médecins, les externes sont plutôt dans un rapport pédagogique et acceptent leur légitimité et leur autorité en tant qu'enseignant. Les médecins

³⁰⁰ « Extrait du journal de terrain SUT ».

montrent aux externes l'application pratique des méthodes apprises en théorie et évaluent la pertinence de leur approche pour faire un diagnostic, par un enchaînement d'hypothèses et d'examens. Les infirmiers, eux, sont plutôt en mesure de leur permettre de pratiquer les actes de soins et d'accompagnement des patients sous leur surveillance, sans oublier que les infirmiers et les médecins font appel aux externes au lieu de s'adresser directement les demandes entre eux. Les infirmiers font donc aussi des remarques sur le rapport des externes avec les patients.

L'infirmière K sort d'un box en disant à une collègue : « Cette externe est un cas particulier en plus elle est tombée avec une patiente stressée. La patiente s'inquiète pour la moindre chose et l'externe s'inquiète sans arrêt d'avoir suivi complètement les démarches en plus de se demander pourquoi c'est comme ci ou comme ça... ». L'externe sort ensuite du box et l'infirmière lui explique d'un ton calme et ferme : « écoute cette patiente est stressée et il faut être très calme devant elle, d'accord ? Sinon...Paf ! » elle met les mains sur sa tête et mime une explosion. Elle contemple un petit instant l'externe en souriant et approche sa main à son bras en répétant « Ok ? c'est bon ?! » jusqu'à l'avoir l'affirmation de l'externe.³⁰¹

Au cours des observations, aucun conflit apparent n'est constaté entre les externes et les médecins ou les infirmiers, à part des échanges de propos ironiques de temps à autre, qui pourraient montrer l'existence d'un rapport de force latent, mais qui ne déclenche pas de conflit ouvert. Cependant, le rapport entre les externes et les aides-soignants s'avère souvent tendu, au moins dans les échanges verbaux et les débats vifs de la salle du personnel.

Dans la salle du personnel, trois externes et moi discutons de la charge de travail dans le service alors qu'un aide-soignant (avec 33 ans d'ancienneté dans le métier) nous interrompt soudainement en soutenant que depuis deux ans il ne se passe pas grande chose dans le

³⁰¹ Ibid.

service et que c'est tout le temps pareil. « Nos responsabilités sont différentes ! » réplique l'externe, d'un ton sévère, en me regardant avec un coin de lèvres et un sourcil légèrement remontés. Les trois externes défendent cette position. Le ton de la conversation est vif. L'aide-soignant se lève et s'assoit plusieurs fois en faisant quelques pas dans le peu de place qu'il y a dans la salle et en bougeant vivement les mains, comme un chanteur de rap, et raconte le cas d'une patiente avec une fracture de la jambe devant laquelle les externes ne savaient pas comment réagir et avaient fait un faux diagnostic, et affirmant avoir beaucoup de cas similaires à raconter. Après le débat qui se termine sans un résultat clair, je demande à un des externes ce qu'il en pense. En croyant que son interlocuteur était un infirmier, il l'analyse comme un cas typique de conflit entre médecins et infirmiers. Il pense que les infirmiers voulaient devenir médecins et leur choix de métier est fait à la suite de leur échec dans ce parcours. Sans oser affronter les médecins, ils s'en prennent aux étudiants en médecine pour se venger, alors que chacun d'entre eux ont leur place et que le médecin ne peut pas faire le travail d'un infirmier.³⁰²

L'analyse de cet étudiant en médecine a tendance à dépersonnaliser la réaction de cet aide-soignant en le généralisant à un conflit typique entre deux catégories professionnelles. Ses propos réduisent ce qu'il entend par « le conflit typique entre infirmiers et médecins » à un sentiment d'échec qui, selon lui, provoque la vengeance des infirmiers à chaque fois que l'occasion se présente. Il n'est pas compliqué de remettre en question l'analyse de cet externe. Il est manifeste que celui-ci accorde beaucoup d'importance à son statut de futur médecin et à son parcours « réussi ». Le ton et les gestes de l'aide-soignant laissent entrevoir qu'il existe un affrontement entre l'externe et l'aide-soignant sur la place symbolique du médecin et de sa légitimité dans une organisation de soins. En déplorant l'absence de « vrais cas d'urgence » à l'occasion desquels il aurait montré ses capacités, l'aide-soignant souligne que les externes se plaignent de la charge de travail car ils sont dans l'incapacité d'accomplir correctement leur mission, faute d'expertise et peut-

³⁰² Ibid.

être de volonté. Cette hypothèse nous semble corroborée par les analyses produites au début de ce chapitre quant à la place des médecins dans le service d'urgences où nous avons vu les tensions lors des gardes de nuit. Si avec les médecins confirmés le rapport de force ne peut tourner à l'avantage des aides-soignants, avec les externes l'issue est moins certaine et cela ne fait qu'attiser l'intensité des controverses.

Ce type de reproche de la part des aides-soignants envers les externes s'observe souvent à propos des trois dimensions suivantes : la place des médecins urgentistes en général, le manque d'expérience des externes et leur jeune âge. Ces critiques, exprimées sous forme de reproches ou de plaisanteries, aussi bien sur la forme que dans le contenu, se réclament d'une supériorité dans les rapports de force de la part des aides-soignants et nous interrogent sur les raisons de la nécessité de ces provocations. Pour dessiner un schéma contextuel qui nous permet de reprendre notre hypothèse sur la place des aides-soignants dans ce service, il est intéressant d'analyser la discussion d'un aide-soignant habilité à réaliser des plâtres avec un médecin senior.

L'aide-soignant spécialisé à poser des plâtres discute avec un des médecins seniors devant la salle du personnel lorsque le médecin mange sa tartine. Il me regarde du coin de l'œil et j'ai l'impression qu'il fait exprès de parler à haute voix pour qu'on l'entende. Au cours de leur discussion, je comprends qu'il y a eu une erreur dans la prescription de la pose du plâtre pour un patient et l'aide-soignant ne l'a pas signalé alors qu'il affirme l'avoir su. Il dit avoir 35 ans d'expérience et qu'il lui est arrivé de contredire l'avis du médecin. Le médecin l'aurait laissé faire avant de le suspendre et de le renvoyer à la direction pour l'application de l'immobilisation non conforme à l'avis médical. Cela lui a appris à ne pas s'exprimer contre l'avis du médecin. Son interlocuteur, le médecin senior le rejoint en confirmant que lorsque le corporatisme règne, personne ne défend un aide-soignant et ce qu'il dit lui retomberait dessus.

L'aide-soignant continue la conversation avec le même ton passionné en parlant de ses expériences et de son ancienneté.³⁰³

Le discours de l'aide-soignant tente d'élever la place de l'expérience en l'opposant à la théorie sur un contexte de spécialisation de son rôle dans le service, habilité à réaliser les immobilisations sans que le code de la santé publique le permette³⁰⁴, un contexte qui lui permet de se distinguer de ses autres collègues aides-soignants qui ne sont autorisés qu'à l'accompagnement après la réalisation de l'immobilisation et à la vérification du membre plâtré. On peut faire l'hypothèse selon laquelle cette tentative de valorisation de la place de l'aide-soignant spécialisé, apparaît sous la forme d'un rabaissement de la place de ses collègues, quand la situation le permet et que les arguments se trouvent légitimes. En une autre occasion, ce même aide-soignant, habilité à réaliser l'immobilisation, fait un commentaire à une externe.

En salle du personnel, je suis en train de noter mes observations dans mon journal de terrain lorsqu'un aide-soignant s'adresse à une externe en regardant le cahier que je porte : « Tu seras punie ! Je vais te punir ! Tu as oublié un patient sur le fauteuil roulant. J'ai un cahier et je note tout ça dans mon cahier. » Je me demande s'il fait allusion au fait que je puisse les dénoncer à leur chef !³⁰⁵

Les occasions ne sont pas rares d'entendre ce type de remarque qui sont parfois infantilisantes, voire humiliantes. Pour donner un autre exemple, à la suite d'une discussion sur l'âge de plus en plus bas des personnes consommant de l'alcool et de cas de conduite en état d'alcoolémie, l'aide-soignant avec 33 ans d'ancienneté regarde les externes qui sont dans la salle du personnel et leur dit :

« Vous buvez votre biberon à 8 heures et vous faites dodo, OK ? »³⁰⁶

³⁰³ Ibid.

³⁰⁴ « Code de la santé publique Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à R4311-15) », 1, consulté le 18 septembre 2020, <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006913891/2004-08-08/>.

³⁰⁵ « Extrait du journal de terrain SUT ».

³⁰⁶ Ibid.

En retour, on peut également témoigner d'un côté des remarques de la part des externes qui visent l'expertise des aides-soignants quand il s'agit du débat entre l'expérience et la théorie, et de l'autre côté leur silence accompagné de gestes montrant qu'ils ignoraient la remarque de leur interlocuteur et n'y accordaient pas d'importance.

Une patiente avec une jambe plâtrée marche avec une canne dans le couloir vers la sortie et je constate derrière elle une externe, penchée un peu vers l'avant et à côté qui observe la patiente avec les yeux plissés et après quelques instants, marche vers elle à grands pas et engage une petite conversation avec elle. Ensuite, l'externe lui prend la canne et essaye de l'ajuster. L'aide-soignant habilité à réaliser des plâtres arrive au même moment et j'entends vaguement qu'il dit avoir justement eu l'intention de faire cet ajustement. Ensuite, l'externe et l'aide-soignant se félicitent (ironiquement) d'avoir de bonnes idées tous les deux. Je demande plus tard l'avis de l'externe sur cet évènement et elle me répond : « d'habitude les personnels habilités à réaliser les plâtres ont beaucoup d'expérience et ils critiquent le diagnostic des médecins. Par exemple, l'aide-soignant de ce service qui fait des plâtres a 40 ans d'expérience et croit qu'en regardant la radio[graphie], il comprend beaucoup. Alors qu'il comprend pas grand-chose » et elle sourit. ³⁰⁷

En essayant d'analyser ce rapport entre les externes et les aides-soignants, on ne peut pas négliger la marge de glissement des tâches entre ces deux groupes professionnels qui gravitent autour d'un enjeu stratégique de « boulot intéressant » et de « sale boulot ». Nous avons discuté plus haut du conflit cristallisé entre les infirmiers et les aides-soignants autour d'une marge imprécise d'interférence entre les périmètres des deux métiers et une répartition des tâches selon une hiérarchie de professionnalisation qui résulte d'une séparation entre le « sale boulot » laissé pour les aides-soignants et le boulot « noble » confié aux infirmiers. Nous pouvons constater le même enjeu, avec un rapport de force différent, entre les externes et les aides-soignants si on regarde le niveau relativement faible de ressources que les

³⁰⁷ Ibid.

externes peuvent mobiliser dans leurs négociations. Cependant il est important, on le rappelle, d'expliquer les réactions des aides-soignants alors qu'ils apparaissent en position de dominant par rapport aux externes.

Pour expliquer ces réactions, il faut tenir compte de la place que les externes occupent à l'intermédiaire de différents groupes professionnels dans ce service et de leur rôle de courroie de transmission et d'amortisseur des tensions. Tout d'abord, en accompagnant le patient tout au long de son parcours de soins, tout en ayant comme objectif l'observation des actes médicaux et paramédicaux, les externes assurent la continuité de la relation avec le patient malgré les ruptures entre les interventions d'autres professionnels soignants. En ajoutant la place qui leur est accordée au sein de l'organisation, ils assurent concrètement l'articulation des multiples interventions et des passages à tour de rôle entre soignants. Cette permanence au milieu des temps découpés d'intervention, les met dans la position de ressentir un temps d'attente proche de celui ressenti par les patients et de subir plus de pression de leur part en étant à leur proximité. Sciemment, parce qu'ils se sentent responsables ou simplement parce qu'ils se trouvent à cet endroit d'articulation organisationnelle, ils jouent un rôle de transmission d'informations et d'ordres.

Cette transmission des messages par l'externe qui remplace un rapport de face à face entre deux collègues a trois caractéristiques qui permettent de modifier l'orientation des interactions. Premièrement, une résistance se met en place par l'intermédiaire du transmetteur contre la transmission des réactions, ce qui amortit le nombre des échanges par rapport à une interaction sans intermédiaire. Deuxièmement, même en gardant intact le contenu du message, la forme a beaucoup de chance d'être modifiée avec ou sans la volonté du messenger. Cette forme aura plus tendance à se contextualiser sur l'historicité des rapports entre le transmetteur, ici l'externe, et le destinataire, le personnel médical ou paramédical concerné. Pour la troisième caractéristique, nous pouvons faire l'hypothèse suivante : les messages seront dépersonnalisés et la charge affective liée à l'historique des rapports entre les deux collègues en interaction a plus de chance de ne pas apparaître dans l'échange.

Pour cette dernière, il faut tenir compte de la durée de présence des externes dans le service ainsi que de la rotation de leurs jours de garde par rapport à l'emploi du temps d'autres personnels, ce qui fait qu'ils n'ont l'occasion de travailler avec chacun des personnels soignants que pour une durée très courte. Cette courte durée empêche de cumuler un historique de relations interpersonnelles avec chaque collègue. Cela peut amener l'externe à préjuger de chaque individu de façon très caricaturale, sans que des expériences relationnelles multipliées puissent atténuer les préjugés. Autrement dit, en l'absence d'échanges réels qui se seraient produits dans diverses circonstances et à plusieurs reprises entre les externes et les autres soignants du service, la majorité de leurs interactions se fonde alors sur les stéréotypes qu'ils ont connus à l'extérieur du service et dans les échanges informels. La plupart de ces stéréotypes concernant les rapports de force organisationnels entre différents corps professionnels sont renforcés par cette courte durée de présence des externes, sans qu'ils puissent prendre en compte la complexité des rapports réels et les analyser. Ils ne développent que des perceptions conformes aux stéréotypes et ignorent la part personnalisée et singulière des rapports sociaux. Par ce mécanisme, ces transmetteurs de messages les purifient de leur charge affective et en filtrant les messages par leur perception dépersonnalisée, ils les resituent dans un contexte marqué par des rapports de force organisationnels.

Les externes du SUT jouent un rôle qui permet d'amortir les accès de colère entre collègues. Cependant, cette place d'intermédiaire ne les épargne pas de devoir affronter des commentaires ironiques ou des remarques autoritaires de la part des autres personnels. Sans grands enjeux pour eux, les externes laissent sans réponse la plupart des reproches de leurs interlocuteurs, notamment des médecins seniors et des infirmiers. Ils ne peuvent de toutes façons pas défier la légitimité professionnelle de ces deux corps professionnels, même s'ils le souhaitent, étant placés sous leur autorité pédagogique.

Par contre, l'aide-soignant et l'externe se remettent très souvent mutuellement en question. Les externes s'emparent d'une partie des tâches qui relèvent plutôt du côté social du métier des aides-soignants, c'est-à-dire l'accompagnement et le renseignement des patients, ce qui déséquilibre davantage pour les aides-soignants

la répartition entre les tâches sanitaires et ménagères d'un côté et les liens sociaux de l'autre. Ceci décharge une partie des tâches des aides-soignants sur les externes, mais peut dégrader la perception que les aides-soignants ont de la qualité de leur travail et les amener à remettre le sens de celui-ci en question. De leur côté, les externes acceptent plus aisément la charge de travail comme une valeur partagée et même indispensable pour devenir médecin. Dans leur imaginaire, attendre ce statut en poursuivant leur parcours de formation et les expériences en externat, leur promet d'atteindre ou de stabiliser, comme explique Sicard Breuil-Genier ³⁰⁸, une position sociale plus élevée que les autres professions de santé ³⁰⁹. Autrement dit, ils acceptent une charge de travail supérieure à celle qu'ils auraient supportée s'ils faisaient partie du personnel permanent du service, et ils la tolèrent en attendant en contrepartie un parcours ascendant, sachant qu'il faut passer par cette étape d'une durée finalement courte pour gagner un statut plus protégé et permanent. Le partage de cette valeur entre les externes du SUT va jusqu'à la sanction des membres du groupe qui ne suivent pas ce rythme tout en permettant aux autres personnels de se « mêler de leurs affaires ». Un autre constat qui renforce les analyses sur la situation de l'équipe des externes qui a besoin de se protéger des autres personnels.

Conclusion

Pour conclure, ce rôle d'amortisseur que les externes jouent au SUT est un élément complémentaire aux analyses précédentes élaborées dans les premières parties de ce chapitre. Pour rappel, nous constatons d'un côté un équilibre de pouvoir dans le rapport de force entre les différents corps de métiers présents dans ce service et de l'autre côté un aplatissement de la hiérarchie organisationnelle par rapport aux services « classiques ». Ainsi se dessine un système d'action concret où l'on voit que l'organisation de travail, la définition du périmètre des métiers ainsi que leur articulation, transforment la gestion du temps et de l'espace en zones d'incertitudes. Ces dernières sont plus gérées par le personnel paramédical que les

³⁰⁸ Sicard Breuil-Genier, « L'origine sociale des professionnels de santé », 2006, 8.

³⁰⁹ Oliver Aynaud et Dominique Picard, « Le statut de médecin par rapport aux autres professions libérales », *Revue française des affaires sociales*, n° 2 (16 décembre 2011) : 311-21.

médecins ou encore moins par la direction du service. Les médecins, beaucoup plus impliqués dans l'organisation du service que leurs confrères dans les services classiques, se trouvent dans une position de domination affaiblie par les ressources que le personnel paramédical peut mobiliser dans leurs rapports de force. En ce qui concerne le personnel paramédical, la division des soins paramédicaux entre l'infirmier et l'aide-soignant et la délégation du « sale boulot » aux aides-soignants forme un conflit entre ces deux corps professionnels. Dans ce conflit, les aides-soignants peuvent jouer sur les zones d'incertitudes de ce système, c'est-à-dire sur la complexité d'enchaînement des tâches effectuées par différents corps de métier, dans un temps non parallèle et dans des espaces changeants, tout en évitant le mécontentement généralisé des infirmiers qui peut se traduire en intervention de l'autorité hiérarchique. Cette dernière, incapable de contrôler les zones d'incertitudes de ce système dans la pratique, ne peut qu'intervenir dans des situations de faute professionnelle et de non-respect flagrant des réglementations.

Dans ces conditions, les acteurs s'appuient beaucoup sur leur groupe professionnel et le renforcent. Les conflits se cristallisent autour des enjeux formés sur la définition du périmètre des métiers et les actions se réfèrent systématiquement aux rôles principaux définis dans l'organisation. Les différents corps professionnels se trouvent donc dans un équilibre de pouvoir dans leurs rapports de force relativement dépersonnalisés qui se fragilisent aux moments de fortes affluences, où le service subit une charge importante de travail. Il faut rappeler que dans ces conditions, l'analyse des personnels soignants qui essaient eux-mêmes d'expliquer les raisons des tensions qui surviennent, se porte souvent sur la personnalité des protagonistes. Or, il est possible de montrer que ces conflits « personnels » se basent sur des contextes organisationnels conflictuels, comme nous l'avons analysé dans ce chapitre. Il faut également souligner que la fréquence de ces accès de violence reste relativement faible, par rapport aux deux autres services d'urgences hospitaliers étudiés.

La comparaison entre ce service et les deux autres services, en se focalisant sur le nombre et l'intensité des accès de violence ainsi que la typologie des patients et des pathologies prises en charge, va montrer que le SUT est traversé par moins de

tensions dans les rapports sociaux que dans les deux autres services, à la fois au niveau interpersonnel et entre les soignants et les patients. Ces derniers éléments qui seront analysés dans les parties suivantes sont complétés par le rôle joué par les externes qui amortit la fréquence des frictions entre les personnels sur une base déjà conflictuelle.

Le Service des Urgences Médicales (SUM) se distingue du premier service étudié par le type de pathologies prises en charge, à savoir : les urgences psychiatriques et l'ensemble des pathologies qui ne sont pas provoquées par un traumatisme et ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale d'urgence. Cependant, malgré quelques différences comme la présence des internes et des brancardiers, ou comme la division du service en trois secteurs correspondants aux différentes pathologies accueillies, la structure organisationnelle et la division professionnelle restent assez similaires au Service des Urgences Traumatologiques (SUT).

La différence entre le SUT et le SUM apparaît surtout avec la présence des médecins spécialistes qui correspondent aux pathologies prises en charge, notamment des psychiatres. Une autre particularité de ce service est qu'il dispose d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Quelques membres du personnel paramédical y sont affectés particulièrement.

De prime abord, la réaction de nombreux personnels d'autres services de l'hôpital à propos du SUM laisse entrevoir qu'il n'a pas bonne réputation en ce qui concerne les conditions de travail. La moyenne d'âge du personnel du SUM est nettement moins élevée que celle du SUT, avec un turnover important d'après la cadre de santé, et du « *personnel [qui] a beaucoup de problèmes et qui a besoin d'aide* » comme le formule le chef du service lors de notre premier entretien. Selon les enquêtés, le service porterait également la mémoire collective d'une grève du personnel qui a eu lieu deux ans avant le début de cette étude, pour contester les mauvaises conditions et la charge insoutenable de travail, et pour réclamer des postes de brancardier. Dès les premiers entretiens, nous avons constaté une méfiance mutuelle entre le personnel paramédical et la direction du service. Cependant, dans la quasi-totalité

³¹⁰ Un jeu de mots reprenant l'acronyme formé d'initiales du Service des Urgences Médicales.

des entretiens, les enquêtés ont insisté sur la cohésion d'équipe en employant la symbolique de la famille pour la décrire.

Pour essayer d'analyser les rapports de pouvoir et les stratégies des acteurs de ce service, nous partons d'abord des rapports de force particulièrement agressifs que nous avons pu constater au sein de SUM, entre le personnel soignant et les patients ou leurs accompagnants. Nous avons décrit au Chapitre I quelques exemples de la violence dans les rapports sociaux au sein de ce service, et nous avons évoqué au début du Chapitre I, le décalage organisationnel existant entre le but du SUT et sa structure comme cause d'amplification des tensions, notamment dans les rapports entre le personnel soignant et les patients.

Nous commencerons ici par un exemple de remise en question de la légitimité et de l'autorité du personnel soignant, comme déclencheur de tension, pour analyser les formes que les rapports sociaux prennent au sein du service (entre autres enjeux organisationnels). Nous allons voir comment, dans un contexte de charge de travail importante les symboliques à l'œuvre et sous-jacentes aux rapports sociaux organisent les tensions, notamment avec les patients. Nous montrerons également comment la direction opte pour une stratégie visant à réorganiser le service via le recours à des procédures supposées optimiser l'efficacité et améliorer les conditions de travail tout en ignorant les conflits réduits à des querelles personnelles individuelles. Nous verrons que de son côté le personnel se constitue en groupe informel de communication, nourrissant la nostalgie d'une communauté, et adoptant des stratégies groupales pour construire un rapport de force favorable dans ses relations, aussi bien avec la direction qu'avec les patients.

1. Le service des urgences ou la Cour des Miracles

Dans la plupart des entretiens avec la direction et le personnel du SUM, les enquêtés insistent sur le lien entre l'agressivité à laquelle le personnel du service est exposé et le rôle du service d'urgences comme un « réceptacle aux problèmes sociaux qui

n'ont pas trouvé de solution dans les autres institutions d'assistance »³¹¹ et lieu de désespoir et de violence.

Cette perception des membres du personnel confrontés fréquemment à des relations tendues avec certains patients s'accompagne de l'idée qu'il y a une crise de légitimité et d'autorité de leur institution. La situation décrite ci-dessous, qui se produit en l'occurrence assez souvent, se déroule à l'accueil du SUM. Pour rappel, le circuit formel des patients prévoit une entrée par l'accueil du service, en passant par deux rangs de portes vitrées coulissantes qui sont contrôlées par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) et qui délimitent un espace d'examen de la taille d'un brancard. La sortie est libre et elle est située au bout d'un des couloirs du service. La porte de la sortie s'ouvre librement pour sortir du service, mais en contre-sens, il faut saisir un code pour entrer dans la zone de soins du service par cette porte.

« Madame, Madame ! Ici c'est moi qui donne la permission de visite. » L'IAO proteste à haute voix en suivant de très près une jeune fille aux cheveux lisses et longs, vêtue d'un T-shirt noir et d'un pantalon de jogging gris qui marche droit vers un brancard situé dans l'espace d'observation à côté de l'accueil en regardant son téléphone portable et sans prêter la moindre attention à l'IAO. Elle échange quelques mots avec la patiente assise sur un brancard qui a visiblement le même âge qu'elle, en même temps que l'IAO abandonne la scène pour rejoindre l'accueil après d'autres essais sans succès de rappeler l'accompagnante à l'ordre. « Ici c'est une prison ou quoi ?! » proteste l'accompagnante en aidant la patiente à descendre du brancard et elles se dirigent ensuite vers les portes coulissantes de l'entrée. Elles patientent quelques secondes devant la grande affiche du sens interdit sur les portes. « Il faut faire le tour et sortir de l'autre côté », répète deux fois l'IAO. En ignorant totalement l'IAO, l'accompagnante utilise l'entrée du personnel pour passer derrière la banque d'accueil et accéder à l'espace d'examen de l'accueil qui se trouve entre les deux rangs de portes coulissantes et réussit à ouvrir la

³¹¹ Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale.*

porte automatique qui ne s'ouvre de façon automatique que dans un sens pour l'entrée et manuelle pour la sortie. L'accompagnante tire la patiente par la main dans l'espace d'examen de la longueur d'un brancard et elles se dirigent ensemble vers la deuxième barrière avant de se retrouver encore bloquées. L'accompagnante rejoint de nouveau l'espace derrière la banque d'accueil où l'IAO essaye de faire la barrière. Les deux individus se trouvent en face à face avec une dizaine de centimètres entre les deux corps. En quelques secondes et par un ballet des petits pas, l'accompagnante passe à côté de l'IAO dans un espace très limité entre le mur et la banque d'accueil et les deux personnes respectent une règle tacite : on ne se touche pas ! L'accompagnante trouve la sortie dans le labyrinthe des bureaux derrière la banque d'accueil et accède à la porte d'entrée. Cette fois la porte reste bloquée et ne s'ouvre pas automatiquement. Avec les mains, elle pousse sans succès l'intervalle des portes coulissantes pour les écarter. « Voulez-vous que je vous envoie la facture [de réparation] des portes ? Si vous ne sortez pas, je serai obligé d'appeler la sécurité » clame l'IAO deux fois. « Ouvrez cette porte ! » gronde l'accompagnante quelques fois avant l'ouverture de la porte et le départ de la patiente. ³¹²

Beaucoup d'autres exemples de ce type sont donnés dans les chapitres précédents ; ils montrent la tension plus ou moins tangible qui risque d'éclater sous différentes formes de violence à tout moment. En France, selon les rapports de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), les services d'urgences font l'objet d'environ 15% des signalements de toutes formes de violence depuis 2011, à la deuxième place après les services psychiatriques, qui comptent de 20 à 25% des signalements entre 2011 et 2016. Il n'a donc pas été difficile de capter, pendant nos observations, que l'évitement des violences ³¹³, des agressions verbales ou physiques, des situations dangereuses... était un des enjeux majeurs des personnels. Cela, d'autant plus que les patients peuvent s'adresser à ce service pour des raisons

³¹² « Extrait du journal de terrain SUM ».

³¹³ Raphaël Gourevitch et al., « Chapitre 6. Prévenir la confrontation à la violence dans les établissements de santé. Focus en psychiatrie », in *La souffrance des soignants*, Guides Santé Social (Paris : Dunod, 2018), 141-72.

psychiatriques et que la psychiatrie est une spécialité médicale se situant tout en haut de la liste des secteurs qui présentent des signalements de violences.

Selon plusieurs études ³¹⁴, ces conditions se dégradent, en raison d'un affaiblissement des moyens dans les services de soins publics en général et dans les services des urgences médicales des CHU publics en particulier, et dans le même temps d'une augmentation des recours à ces services. Cette dégradation des conditions, creuse de plus en plus l'écart entre le personnel et les patients. Le personnel, en première ligne pour répondre aux sollicitations des patients, se retrouve donc fréquemment en situation de devoir se protéger et, inévitablement, de prendre la défense des collègues confrontés aux mêmes problèmes ; cela les conduit à se réfugier derrière des frontières hermétiques : les professionnels d'un côté et usagers de l'autre.

2. La nostalgie d'une famille soudée

L'exemple souvent utilisé par les enquêtés pour démontrer la solidarité au sein de l'équipe soignante est le moment de la mise en contention³¹⁵ de certains patients (parmi ceux qui se présentent au service pour des raisons psychiatriques). Le déroulement de la mise en contention est très symbolique et son schéma reste assez original si on le regarde avec Foucault comme « une technologie politique du corps »³¹⁶. Fréquemment observés au cours des observations, nous ne sommes pas en mesure de juger la pertinence des recours à cette méthode qui produit des scènes assez violentes pour un observateur « non habitué », car cela sort du cadre de cette recherche. Toutefois, des remarques critiques sur les tenants et les aboutissants de

³¹⁴ Danet, « Une petite histoire de l'hôpital : de la logique compassionnelle à la logique économique » ; Isabelle Baszanger, « Peneff Jean, L'hôpital en urgence. Etude par observation participante. », *Revue française de sociologie* 34, n° 1 (1993) : 162-64; Vassy, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire » ; Nicolas Dodier et Agnès Camus, « L'admission des malades: histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 52, n° 4 (1997) : 733-63.

³¹⁵ Raphaël Carré et al., « Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients », *L'information psychiatrique* 93, n° 5 (2017) : 393-97, <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1644>.

³¹⁶ Foucault, *Surveiller et punir*.

l'emploi de la contention, entendues de la part d'un certain nombre de membres du personnel paramédical, attirent notre attention. Ils doutent de la nécessité d'utiliser aussi souvent cette méthode et pensent que ce serait moins nécessaire si la prise en charge se déroulait dans de meilleures conditions. Ces remarques sur la trop grande fréquence d'utilisation de la mise en contention et sa contestation débouchent sur un paradoxe : d'un côté le relatif désinvestissement du personnel quant à son application et de l'autre la répétition de cette intervention spectaculaire, très ritualisée (beaucoup plus que les autres actes de soins dans le service) et qui, supposant une forte coopération des soignants, renvoie (selon nos enquêtés) à la formation d'une famille solidaire.

Dans la quasi-totalité des entretiens, les enquêtés insistent en effet sur l'image d'une famille soudée pour décrire les relations intra-groupales. À première vue, cette image rappelle l'aspect protecteur d'une communauté entendue comme une famille ³¹⁷, mais le fait d'insister sur l'adjectif « soudé » révèle l'effort attendu de chaque membre pour prioriser la protection des collègues face aux autres enjeux qui pourraient être à l'origine de conflits intra-groupaux. Comme nous le verrons plus bas lors d'une des scènes où il a fallu « appeler des bras », cette image idéalisée se remet en jeu quand une majorité du personnel se dirige subitement d'un même élan vers la même destination, afin d'accomplir le rituel.

Pour chaque intervention, un appel « aux bras » retentit dans les haut-parleurs des interphones installés dans les couloirs ainsi que dans les boxes. L'appel est suivi par l'apparition d'un grand nombre de blouses blanches surgissant de tous les coins du service, tout en mettant des gants médico-chirurgicaux, se dirigeant comme un seul homme vers la destination annoncée. La présence des aides-soignants, clairement d'une plus grande force physique par rapport à leur homologue du SUT, semble être indispensable dans ces interventions.

L'appel : « On a besoin des bras au box 10 », retentit deux fois dans l'interphone.

³¹⁷ Emile Durkheim, « Communauté et société selon Tönnies », *Sociologie*, n° N°2, vol. 4 (1889).

Onze soignants sont dans le box avec un patient et deux policiers qui n'interviennent pas. Le box est une chambre carrée vide qui ne contient qu'un lit métallique et un matelas épais pour la mise en contention. Une odeur très forte d'urine parmi d'autres dans la salle m'empêche de respirer sans gêne. Le psychiatre parle avec le patient en même temps que dix soignants le tiennent par les bras, les jambes et le cou en se mettant tout autour, alors qu'une infirmière quitte le box pour aller chercher les fixations adaptées pour une contention mécanique. Après l'opération, les deux aides-soignants forts du service arrivent.

- « Vous arrivez toujours après coup » reproche aux aides-soignants un externe en souriant.

- « Non, laisse-moi t'expliquer. Il faut attendre notre arrivée et commencer avec nous. Sinon si tu reçois un coup, il faut qu'on te ramasse derrière. Alors, il faut nous attendre », réponde l'aide-soignant d'un ton avertissant.

- « C'est infernal de vouloir tout gérer en même temps », se plaint un des deux aides-soignants en parlant avec son homologue en quittant la scène.³¹⁸

La remarque de l'externe n'est pas faite à l'aide-soignant avec l'autorité hiérarchique d'un supérieur, ce qui pourrait signifier un rappel à l'ordre organisationnel. Elle n'est pas émise non plus comme si elle venait d'un collègue aîné du même rang qui jouerait le rôle de chef de la communauté – si nous faisons l'hypothèse que cette équipe forme une petite communauté, comme elle est vantée par ses membres. La remarque vient de la part d'un externe qui se sent « libéré » des enjeux de long terme (ceux qu'il pourrait avoir dans ce service) en raison de sa présence éphémère dans l'équipe. Cet échange peut également être interprété comme questionnant les comportements attendus au sein du groupe (l'entraide, la coopération, la solidarité) et l'attitude individuelle de tel ou tel acteur adressant une remarque (fut-ce avec le sourire et sous forme de boutade) à un collègue. Si cette image de « famille soudée », que s'attribue l'équipe, peut être parfois écornée, le

³¹⁸ « Extrait du journal de terrain SUM ».

fait de rappeler sans cesse que ladite famille soudée existe fonctionne comme un rappel que chacun se fait à soi-même et aux autres. Pour faire face, l'équipe se doit d'être « soudée comme une famille - cette « forme la plus parfaite de la Gemeinschaft »³¹⁹ . « Malgré les conflits » et sans tenir compte du « caractère personnel » que pourrait avoir tout manquement aux attendus, la famille doit être maintenue, entretenue. Pourtant, nous faisons l'hypothèse que les membres de cette équipe sont surtout dans l'évocation, l'incantation, d'une communauté « masse indistincte et compacte qui n'est capable que de mouvements d'ensemble »³²⁰, fondée sur un « consensus »,³²¹ qui peine à surgir. Nostalgie d'un mythe ?

Cette « famille soudée », tant voulue par les membres de l'équipe, se trouve parfois à portée de main, lors de moments très concrets mais souvent très éphémères. Ce peut être le cas, par exemple, lors d'interventions de « vraies urgences », comme cette réanimation décrite dans le Chapitre I. Cette communauté protectrice évoquée dans les discours n'est guère présente lorsque les rapports se tendent entre collègues à propos de la division du travail et de la répartition des tâches. Elle est également mise à mal lorsque l'institution fixe des objectifs (concernant par exemple le rapport idéal entre soignant/soigné) qui sont difficilement atteignables dans le quotidien de l'activité où se mêlent des conceptions plurielles sur ce que doit être un bon service d'urgences.

L'intra-groupe n'est pas toujours familial, tant s'en faut et cet écart entre l'idée de l'existence d'une famille soudée et une quotidienneté moins idéalisée fait naître cette « nostalgie » d'un mythe communautaire. Le moment de la contention d'un patient, son rituel, le rassemblement des professionnels que cela suppose, la coopération requise... correspond à une sorte de réactivation du mythe de la famille soudée. Ce geste professionnel récurrent entretient le mythe communautaire et renvoie à un modèle : la bonne façon de faire serait d'œuvrer toujours comme une famille soudée. Pour ne pas être exclue de celle-ci, même si son existence n'est que

³¹⁹ Durkheim, « Communauté et société selon Tönnies ».

³²⁰ Ibid.

³²¹ Ibid.

mythique ou à tout le moins très relative, il convient de s'y référer souvent. Douter d'elle serait prendre le risque d'un isolement.

Pour quelles raisons cette référence à la communauté de travail n'est-elle pas présente au SUT ? On peut risquer plusieurs hypothèses qui toutes sont liées à la nature de l'activité du SUM : l'exposition quasi quotidienne à de multiples formes de violence, la précarité sociale renforcée des patients, la pluralité élevée des pathologies prises en charge, la croissance de la charge, la dégradation des conditions de travail, la gestion du temps et de l'espace, la répartition des tâches. Tous ces éléments nourrissent chez les personnels du SUM la nécessité de faire front ensemble et, à défaut d'y parvenir toujours, convoquer l'idée qu'une communauté est à l'œuvre devient rassurant. Le mythe est, au moins *a minima*, agissant.

L'une des caractéristiques du SUM est d'accueillir une grande diversité d'urgences pathologiques (bien plus grande qu'au SUT) et chaque situation, en raison de leur singularité, peut ainsi ouvrir un espace de négociation qui existe beaucoup moins lorsque les usagers relèvent d'un même type de pathologie, pouvant alors entrer dans un protocole standardisé. De fait, l'exercice du travail suppose une mobilisation importante des ressources personnelles et extra-organisationnelles de la part des soignants, ce que la direction ne perçoit pas forcément lorsqu'elle impose des procédures qui génèrent de la dépersonnalisation. Dans un contexte de charge de travail importante ou chacun individuellement s'engage, où « la famille » est supposée s'impliquer, la standardisation des pratiques portées par la direction peut susciter des tensions, même si le personnel peut trouver dans cette orientation une façon d'économiser son temps et son engagement.

Revenons plus en détail sur les rapports de force qui se tissent entre les acteurs de ce service.

Avec la scène de la mise en contention que nous avons relatée, nous avons constaté qu'au SUM la relation entre une partie des aides-soignants et le reste du personnel, était différente de celle observée au SUT. Ces aides-soignants du SUM se distinguent en effet par leur force physique et par leur expérience de la gestion de situations

nécessitant une intervention « musclée ». La fréquence de patients « agités »³²², pour des raisons d'ordre psychiatriques ou autres, exige leur savoir-faire. Ils assurent de cette façon non seulement la prise en charge des malades mais aussi, implicitement, la sécurité de leurs collègues. Cette place, en partie similaire à celle occupée par les aides-soignants habilités à réaliser des plâtres au SUT, leur offre des conditions plus favorables dans leurs rapports de force avec d'autres collègues et tout particulièrement lors des « négociations » pour les temps de pause et la répartition du « sale boulot ». Il apparaît assez nettement ici que la place et le poids des aides-soignants sont largement liés au type de patients accueillis, aux pratiques de soins effectuées, à la nature des pathologies traitées dans le service... autant de dimensions qui définissent aussi la durée du parcours de soins, le nombre des interventions paramédicales.... Ainsi au SUM plus qu'au SUT la présence et l'importance des infirmiers et des aides-soignants se trouvent renforcées. Si les accès de violence, les raisons de leurs surgissements, leurs modes de traitements peuvent parfois être affectés aux comportements de tels ou tels soignants, plus ou moins aptes à conserver leur sang froid ou à apaiser les situations, la fatigue consécutive à la charge de travail est aussi pointée comme une variable déterminante. D'une certaine façon, les mouvements d'équipes, les rotations de personnels pour assurer les gardes, changent le profil des équipes et cela permet de « nettoyer » les traces des conflits ayant pu avoir lieu. Les controverses effacées, l'esprit d'équipe et l'entraide peuvent reprendre. C'est ce que souligne un médecin senior du SUM :

« On s'engueule, mais on reste soudés comme une famille »³²³.

La cadre de santé emploie, elle aussi, le symbole de la famille pour décrire un conflit qu'elle qualifie d'interpersonnel qui arrive jusqu'à son bureau. Elle se considère à la place de l'autorité parentale, tout en repoussant paradoxalement ce rôle :

³²² Mélanie Lavallée, « Chapitre 22. Le patient agité », in *Psychiatrie de liaison*, Psychiatrie (Cachan : Lavoisier, 2018), 201-10, <https://www.cairn.info/psychiatrie-de-liaison--9782257206923-p-201.htm>.

³²³ Médecin, femme, 55 ans, Extrait d'entretien 13 - SUM, 2013.

« C'est simple c'est comme à la maison avec les enfants. C'est ou vous réglez vos comptes entre vous, ou je vais sanctionner les deux. Parce que je ne vais pas m'amuser à compter les points de chaque côté, je ne suis pas leur maman quoi ! »³²⁴

Comme à la direction du SUT, la plupart des conflits du service sont qualifiés par la direction du SUM comme des conflits interpersonnels et non des conflits entre catégories professionnelles. La cadre de santé explique dans cet entretien que ces tensions seraient le résultat d'un manque de communication ou de compréhension mutuelle survenu entre les agents dont les caractères spécifiques viennent accentuer les effets de la fatigue. Les spécificités personnelles mises en avant, la direction peut se contenter d'intervenir sur le mode de la médiation. Cette approche est évidemment moins difficile que celle qui consisterait à reprendre la question de la charge de travail, des effectifs, des modalités d'accueil au sein de l'hôpital public... Les conflits interpersonnels doivent « rester entre les personnes concernées », ce qui signifie que les protagonistes ont à assumer leurs responsabilités personnelles et se débrouiller entre eux pour trouver une solution afin de ne pas perturber le fonctionnement du service. A défaut d'un accord, ils pourraient encourir une sanction.

Or, comme nous l'avons vu dans les analyses des conflits au SUT et même si le contexte organisationnel diffère légèrement, le SUM connaît des tensions cristallisées autour de la division de travail entre infirmiers et aides-soignants. Selon le récit des enquêtés, ces frictions ont déclenché une crise qui a débouché sur une grève du personnel. Les déplacements fréquents des aides-soignants pour transférer les patients vers d'autres services et la complexité de gestion qu'entraînent leurs temps d'absence, auraient accentué un glissement de tâches peu valorisantes vers les infirmières. Celles-ci ont alors porté la revendication d'un accroissement du nombre de brancardiers et engagé un conflit ouvert via une grève. Leur revendication a mis un an à être satisfaite ; le cadre de santé a été remplacé et des brancardiers recrutés. Selon les infirmiers enquêtés, leur présence a amélioré les

³²⁴ Cadre de santé, femme, 50 ans, Extrait d'entretien 15 - SUM, 2014.

conditions de travail, mais les aides-soignants continuent à transférer des patients, ce qui atteste de l'importance, pour cette catégorie de personnel, de la sortie du périmètre du service.

Cet enjeu que constitue la possibilité de quitter les frontières strictes du service nourrit des jeux. Nous les avons observés et constaté que se dessinait une césure entre deux types d'aides-soignants : ceux qui maintiennent la sécurité du service en recourant à la force physique et ceux qui ne le font pas. La possibilité de recourir à la force devient une ressource importante au SUM. Ceux qui sont dotés de cette capacité, détiennent dans les négociations sur les tâches et les positions dans le service, des atouts importants. De cette distribution de l'activité découle toute une série de comportements objets de tensions.

Ainsi la direction, pour contrôler les déplacements des uns et des autres en dehors du périmètre du service pour transférer des patients, a instauré un tableau permettant le suivi de ces mouvements. Brancardiers et aides-soignants doivent remplir, à la main, ce document afin de permettre que soient tracés leurs déplacements. Cependant, le tableau en question est l'objet de ratures ; les informations qui y sont couchées sont raturées, gribouillées... Des aides-soignants nous ont soufflé que certains réinscriraient leur nom à la place de collègues ayant déjà effectué un transfert dans le but d'augmenter leurs chiffres personnels et de camoufler leur absence prolongée en dehors du service. Le sujet étant explosif, nous avons constaté que les abus hypothétiques n'avaient suscité aucune réaction de la part de la direction, en tous les cas jusqu'à la fin de nos observations. Les personnes mises en cause sont restées sereines, soutenant qu'il n'était question que d'erreurs involontaires.

Ce qui pourrait apparaître insignifiant est au contraire assez essentiel pour comprendre les équilibres du service. La charge de travail, la fatigue, la violence, que vivent les personnels soignants réclament des instants de respiration qu'offre justement la sortie du service pour des transferts de patients. Les papotages que s'autorisent, en fumant une cigarette ou en buvant un café, les aides-soignants ou les brancardiers sont essentiels. Ils permettent d'échapper, un instant au moins, à la fois aux tumultes du service et aux sombres couloirs qui parcourent les souterrains

de l'hôpital. Le contrôle que la direction tente d'imposer est collectivement mis à mal.

Dans les deux services SUM et SUT la question relative aux possibilités de sorties de l'espace physique que constitue le périmètre du service se présente comme l'objet de jeux incertains. Au SUM ils sont contrôlés par les aides-soignants et les brancardiers. Ils en usent pour faire glisser vers les infirmiers un certain nombre de tâches que ceux-ci considèrent comme ne relevant pas de leurs champs d'intervention. Tâches moins nobles, « ignobles ? », dans les deux services le « sale boulot » est en question.

3. L'architecture et l'espace du jeu

Comme évoqué au Chapitre I, la différence de l'architecture des trois services étudiés, la division de l'espace et leur attribution à des utilisations plus ou moins spécifiques, joue un rôle dans les interactions des acteurs du service, jusqu'à se figer dans l'organisation formelle. Cet élément figé, qui selon le degré de changement de gestion de l'espace peut même nécessiter une modification partielle ou complète de l'architecture, peut infléchir les changements organisationnels, voire les contraindre de façon décisive. Les locaux, leur architecture, leur agencement, pensés et élaborés dans le passé, imposent au présent leur logique. Dans les jeux stratégiques du quotidien, construits autour de l'activité et de ses conditions de réalisation, l'histoire déposée dans les murs, les salles, engendre des contraintes. Nous le verrons plus loin avec le service iranien, mais il en va de même pour les deux unités françaises étudiées. Le jeu des acteurs, le système d'action concret est aussi infléchi par l'architecture.

Les deux services des urgences traumatologiques (SUT) et médicales (SUM), sont hébergés dans une structure hospitalière pavillonnaire ³²⁵ et sont constitués de pièces liées par des couloirs. La priorité est donnée à l'isolation de l'espace de soins dans les salles d'examen, pour permettre le déroulement des pratiques médicales

³²⁵ Pierre-Louis Laget, « Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés », *Livraisons d'histoire de l'architecture* 7, n° 1 (2004) : 51-70.

dans le calme et assurer l'intimité des patients. Cette division permet également de mieux respecter des mesures d'hygiène. Le personnel soignant peut se concentrer sur son travail derrière les portes coulissantes lourdes et métalliques des boxes, sans être obligé de sortir pour chercher du matériel (sauf à la pharmacie pour les médicaments) ou pour saisir les informations dans le dossier numérique du patient, ayant un ordinateur à sa disposition dans chaque box. Ainsi, le soignant n'est pas non plus sollicité au cours de son intervention, par les patients qui attendent la suite de leurs soins ou même par un collègue qui cherche du renfort pour une intervention.

Cependant, au cours des périodes d'affluence ou en raison de la durée variable de séjour des patients, la gestion des boxes devient problématique dans les deux services. La nécessité de trouver un de ceux-ci libre contraint le personnel à sortir les patients entre deux interventions et à les faire patienter dans les couloirs faute d'espaces d'attente, alors qu'il est prévu que les patients restent dans les boxes pendant leur court séjour dans le service. Au cours des heures de forte affluence, on observe souvent les personnels ouvrir les portes de ces espaces dédiés l'une après l'autre, en quête d'un collègue, d'un patient qui aurait été délogé et relogé dans un autre box ou d'un qui se serait libéré pour y examiner un patient.

Au SUT, à part étiqueter implicitement deux boxes au fond d'un couloir pour une hospitalisation de très courte durée, il n'y a pas de secteur particulièrement dédié à une spécificité pathologique ou un type particulier de patient. Or, au SUM, le service est divisé en trois secteurs dont un pour les urgences psychiatriques et deux autres selon les spécificités d'intervention. Une équipe constituée d'un médecin senior avec un interne et un externe et du personnel paramédical est affectée à chaque secteur. Cette affectation du personnel par secteur canalise les rapports de pouvoir et les limite à l'intérieur de chaque sous-équipe, jusqu'à ce que le déséquilibre de la charge de travail respective entre les trois secteurs dépasse un certain seuil, ainsi que lors des interventions de mise en contention.

Dans le SUT, au début de la garde, le même genre de sous-équipes sont formées sans sectorisation et sous la coordination de chaque médecin senior. Mais le personnel paramédical peut se répartir les patients autrement, notamment parce qu'il y a un

décalage entre l'arrivée du personnel paramédical et le changement de garde des médecins. Alors, les patients présents dans le service sont répartis entre les différents membres du personnel paramédical selon un consensus implicite et par le moyen de petites négociations inaperçues au moment des passations de relais. Après le début de la prise de service, le premier membre du personnel paramédical « libre » prend le premier patient qui arrive.

Seuls les médecins seniors et la direction du service ont un espace qui leur soit propre. Le bureau du chef de service se trouve dans le même bâtiment qui constitue un pavillon, mais en dehors du périmètre défini de la zone de soin. Le bureau du cadre de santé se trouve dans la zone de soin, dans les deux services, ainsi que le bureau des médecins, constitué par un espace partagé par tous les médecins seniors, équipé de postes informatiques dont la porte s'ouvre en saisissant un code. Les psychiatres ont des bureaux individuels qui sont mieux adaptés aux entretiens éventuels avec des patients relevant des urgences psychiatriques. Les médecins suivent l'évolution du parcours des patients qu'ils prennent en charge, sur les ordinateurs fixes installés dans le bureau des médecins. Cet espace physique protégé par une serrure permet aux médecins de réguler les sollicitations, notamment des patients, et de mieux se concentrer sur le suivi des patients : suite de leur parcours si une hospitalisation est nécessaire, demande de l'avis d'un spécialiste, traitement des documents administratifs et officiels à remettre aux patients à la sortie du service. Cette distance physique rappelle une attitude que l'on a observée chez certains médecins qui circulent entre le box et le bureau des médecins, sourcils froncés, ne prêtant pas attention à leur entourage, avec une attitude pensive montrant à la fois leur concentration sur le cas qu'ils viennent d'examiner, leur fatigue et, la rigueur de leur mission. Ils n'hésitent pas à se servir d'un geste barrière pour éviter les interpellations des patients ou de leurs accompagnants à propos de la suite de leur traitement, du temps d'attente, de leurs doléances, etc.

Les couloirs se transforment, particulièrement pendant les heures d'affluence, en « espaces inévitables à éviter ». Un espace de transit par définition, le couloir étant un lieu de passage qui permet de se déplacer d'un espace à l'autre quand ils sont

séparés. Afin de mieux orienter ces déplacements, notamment pour les non-habitués, les couloirs sont également un lieu d'affichage, de signalement et d'orientation. Quand la limite du nombre des boxes est atteinte, les couloirs se transforment rapidement en espaces provisoires de soins, semi-médicalisés. Ils jouent le rôle d'un espace médical surveillé par le personnel de soins, où le patient peut attendre, allongé sur un brancard étroit adapté aux auscultations et aux examens médicaux. Cette situation d'entre-deux, qui surgit au milieu du parcours de soins du patient, fait basculer ce dernier dans un état provisoire où le temps de soins géré par l'institution médicale s'arrête, du moins depuis la perspective du patient qui se retrouve dans un espace non destiné à l'administration d'un soin. Dans ce lieu originellement prévu pour la circulation et transformé en autre chose, les perceptions des patients, bien que toutes singulières, sont généralement avivées, qu'elles concernent le temps passé à attendre, ou bien leur situation plus globale. Quand l'attente est perçue comme trop longue, les interpellations de tous ceux qui sont visiblement susceptibles d'y mettre fin, à savoir les blouses blanches, se multiplient, s'intensifient. Le couloir et ce qui s'y passe est symptomatique du fonctionnement de ces services d'urgence. Depuis ce lieu, sont échangées des informations parfois intimes sur le dossier du patient, les personnels qui passent et repassent entrent dans des relations qui, bien que fugitives, peuvent tout de même illustrer les rapports de force entre les uns et les autres. Installé dans le couloir, le malade voit que l'on soigne dans les boxes et que lui n'y a pas accès ; il se sent l'objet d'une attention moins soutenue et trouve alors légitime d'interroger, de réclamer ou de protester.

Du côté des soignants, lorsqu'ils sont interpellés par un malade, il leur est difficile, voire impossible, de connaître le dossier de la personne (il peut y avoir dans le service, jusqu'à plus d'une centaine de cas) ; en outre, ils n'ont pas d'accès immédiat à l'outil informatique qui permettrait de recueillir les informations nécessaires pour répondre à la sollicitation dont ils sont l'objet. En dernier lieu, selon la situation de chacun des malades (selon qu'ils sont engagés dans un parcours de soins et pas seulement en attente du résultat d'un examen, d'un diagnostic ou bien en simple surveillance) le dossier peut ne pas exister ou être vide. Pour répondre, donc,

précisément aux interrogations du patient, le personnel doit soit suspendre l'intervention dans laquelle il était engagé dans le box dont il vient de sortir, soit s'interrompre entre ses deux interventions planifiées pour aller chercher l'information ou trouver un collègue qui la possède. Ces situations qui viennent se surajouter à la succession des interventions planifiées, sont particulièrement dysfonctionnelles. Un soignant qui quitte un box pour aller chercher un médicament ou un outil quelconque nécessaire au soin donné sera désynchronisé par une interpellation venue du couloir. Pour faire face, le personnel recourt à des stratégies permettant à la fois de rassurer le patient et de désamorcer le surgissement d'une tension tout en parvenant à ne pas se laisser détourner de son chemin. Elles reposent dans des réponses à la fois génériques et personnalisées ! La réponse est générique parce qu'elle ne contient pas d'information individuelle qui serait tirée du dossier du patient et elle est personnalisée parce que le professionnel capte de façon spontanée et instantanée ce que pourrait être la réaction du patient - mobilisation d'un genre de savoir-faire qui n'est déposé dans aucun guide pratique.

Les attitudes professionnelles qui se déploient entre le box et le couloir donnent à voir des jeux professionnels assez paradoxaux. Le soignant peut être dans une prise en charge du patient très individuelle, mais régie par des protocoles médicaux forcément très impersonnels (c'est le cas dans les boxes) ou bien lui donner des réponses très générales à partir d'une appréciation assez fine et très personnalisée de ce que peut être la réaction du patient (c'est ce qui se passe pour l'essentiel dans les couloirs).

On le voit, les relations entre soignants et patients s'organisent au sein de ces espaces d'urgences selon des schémas entremêlant individualisation et standardisation, personnalisation et dépersonnalisation. Au cœur de ce jeu relationnel, on trouve bien sûr les règles formelles posées par l'organisation et l'ensemble des éléments contingents liés aux actes de soins, mais sont également mobilisées l'ensemble des dimensions imaginaires, symboliques, sociales, portées par les protagonistes des situations. Ces dernières trouvent leur origine en dehors de l'hôpital et participent des régulations qui sont mises en œuvre au sein du service hospitalier. Un accès de violence, une colère irrépressible, une situation qui

dégénère... autant de configurations qui peuvent être appréhendées depuis des dispositifs organisationnels mais qui engagent aussi nécessairement ce que l'on pourrait appeler un savoir-faire et plus généralement des compétences sociales.

Il est notoire que les situations qui s'enveniment sérieusement sont moins fréquentes dans les services observés en France que dans le service d'urgences iranien. Les raisons sont multiples et nous y reviendrons, mais on peut faire l'hypothèse que l'architecture des lieux peut aussi jouer un rôle. Là où le service iranien présente une architecture panoptique³²⁶ où les lits positionnés autour d'une grande salle sont observés par le personnel situé au centre, et sont séparés provisoirement au moment des consultations intimes, le SUM et le SUT ont une tout autre configuration et on peut imaginer qu'il y a là un effet possible sur la nature des rapports sociaux qui s'y tissent.

Ce poids de l'architecture des services sur la nature des relations entre professionnels est assez visible au sein des deux services français. Dans les deux cas, la salle du personnel, conçue comme un espace de repos ou de restauration entre des moments de travail, voit sa vocation première détournée à longueur de temps. Lors des changements d'équipe, ladite salle peut devenir un lieu de transmission d'informations (« la relève »), autrement dit un espace essentiel à l'activité. Les personnels (notamment les aides-soignants) peuvent aussi y préparer des plateaux à destination des patients.

On peut fournir une autre illustration tirée de nos observations au SUT ; un petit bureau est dédié au personnel paramédical avec deux ordinateurs et un système assez bruyant de transport pneumatique des prélèvements. Pour s'épargner ces nuisances sonores permanentes, les agents préfèrent passer plus de temps dans les boxes ou la salle du personnel situé à côté de l'accueil. Ils désertent ainsi, le plus souvent, le bureau qui leur est pourtant destiné. Au SUM, le personnel paramédical revient, entre deux interventions, en salle du personnel ou à l'accueil pour prendre la pause réglementaire ou pour en rattraper une qui a été décalée en raison de

³²⁶ Jeremy Bentham, *Le Panoptique : Précédé de l'Oeil du Pouvoir, entretien avec Michel Foucault* (Paris : P. Belfond, 1977).

l'activité. Cette salle devient une sorte de terminal où les équipes se réorganisent avant leur nouvel « envol » et comme elle est par ailleurs située à proximité de l'accueil, elle devient un réservoir de personnels possible pour l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) lorsqu'il se trouve être en quête de collègues pour une intervention. Ce lieu, qui est une ressource importante pour quiconque nécessite « un coup de main », fut-il ponctuel, devient donc un espace où se déploient toutes sortes de stratégies. En effet, pour obtenir que le personnel qui est en pause accepte d'apporter son aide, il faudra que le demandeur sache « négocier ». A cet instant, les interactions sont à la fois le résultat de rapports de force et dépendent largement des liens, des affinités qui existent ou pas entre les acteurs.

Au SUM, pour atteindre la salle du personnel et trouver un paramédical pour une intervention ou un médecin pour une consultation, le couloir que l'IAO doit parcourir, avec toutes les caractéristiques décrites ci-dessus, se transforme en lieu à « haut risque » de détournement ! Alors que l'IAO laisse l'accueil sans surveillance, il peut être intercepté par un patient, ou assister à une scène exigeant son intervention... autant de situations pouvant le conduire à désertir trop longtemps son poste. Pour écarter ce risque, l'IAO se contente d'appels sur les interphones. Ces outils étant unidirectionnels, les destinataires de la sollicitation ont toute latitude pour interpréter à leur guise la pertinence de l'appel et juger, selon la nature de la situation dans laquelle il se trouve, d'y répondre ou non.

Comme au SUT, l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) du SUM occupe une place organisationnelle centrale. Il accueille les patients, initie leur dossier médical en saisissant les premières évaluations et gère le flux d'entrée. Il n'est cependant pas le premier contact des malades qui arrivent à l'accueil. Un premier tri, sur la base des symptômes apparents, est d'abord réalisé par un externe situé à l'accueil ; pour les cas jugés préoccupants il avertit l'IAO sinon il oriente les autres patients vers la salle d'attente à l'extérieur du périmètre du service. Il inscrit leur nom dans une liste en indiquant quelques éléments synthétiques sur leur état. Si le découpage de l'activité est formellement identique au sein du SUT et du SUM, le quotidien de l'activité et les rôles des uns et des autres varient largement. Ainsi les IAO des deux secteurs se retrouvent dans des positionnements différents.

Le rôle des externes, bien que ceux-ci ne soient qu'en formation, participe pleinement du fonctionnement des services mais à des degrés variables. Par exemple, au SUM la place des quatre externes reste très en deçà de celle qu'ils occupent au SUT. Dans ce dernier service ils sont huit à réceptionner les patients, à entamer les premiers examens médicaux tout en jouant le rôle de courroie de transmission. Ils sont décisifs dans le premier accueil. Au SUM les premiers examens procéduraux sont effectués par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) et les externes suivent le médecin senior pour les examens ou les interventions, sans pouvoir prendre beaucoup d'initiatives. Seul un externe sur quatre reste à l'accueil et s'occupe du premier triage des patients sous la surveillance de l'IAO.

Ces espaces transversaux qui apparaissent, soit comme éléments logiques de l'organisation (les couloirs qui lient les espaces institués comme un espace spécialisé), soit comme espaces dont l'utilisation s'est transformée (la salle du personnel), sont autant de champs de négociations. Non structurés au préalable par l'organisation formelle, ils sont à la fois lieux d'expressions de l'organisation informelle et espaces de déploiement d'éléments extra-organisationnels. Y sont à l'œuvre des interactions où se mêlent, sur la base d'une trame professionnelle, toutes sortes de transactions organisationnelles, institutionnelles, sociales, personnelles, collectives...

Un interne rentre dans la salle du personnel et s'adresse à un des trois médecins seniors qui se parlent entre eux de sujets divers en prenant leur café :

Interne : « J'ai un patient pour toi »

Médecin : « Vous me faites chier [d'un mouvement léger de la tête en signe de dégoût et d'un ton amer et plaisantant à moitié] »

Interne : « il a 93 ans... [et il continue à expliquer sa situation] »

Médecin : « Salopard ! 93 ans..., 93 ans... ! OK OK, j'arrive ! »

Et le médecin continue sa conversation avec ses collègues. ³²⁷

³²⁷ « Extrait du journal de terrain SUM ».

Cette scène très anodine porte bien des caractéristiques de ce que nous venons de désigner sous le vocable « d'interactions où se mêlent, sur la base d'une trame professionnelle, toutes sortes de transactions organisationnelles, institutionnelles, sociales, personnelles, collectives... ». Parmi le personnel médical, les internes de garde se trouvent sur un positionnement intermédiaire entre les étudiants en médecine et les médecins. Ayant plus de légitimité que les externes et moins de responsabilités que les médecins seniors, ils restent dans le service jusqu'à l'obtention de leur diplôme d'études spécialisées (DES), donc bien plus longtemps que les six semaines effectuées par les externes. Sous l'autorité hiérarchique mais aussi symbolique des médecins seniors dans la structure organisationnelle, ils ont néanmoins un rôle important car ils peuvent contribuer à la régulation de la charge de travail des médecins. Le lien est vertical institutionnellement, hiérarchiquement et symboliquement mais il peut aussi avoir de l'horizontalité car au plan stratégique ils peuvent être très utiles aux médecins.

4. Le fossé entre la famille et les managers diplomates

Le chef de service sur SUM nous décrit y avoir passé son internat il y a de nombreuses années. Ils étaient une équipe d'internes très compétents, s'entendant bien et ayant gardé des liens d'amitié après la fin de leur internat. N'ayant pas la possibilité de prolonger leur contrat au sein du SUM, pas plus qu'au sein du CHU, tous sont partis pour trouver un emploi ailleurs, souvent sur des postes précaires de contractuels. Satisfait de son retour au SUM en tant que chef du service, il est déçu de constater que ce qu'il aurait pu faire en restant n'a jamais été mis en place. Il a l'impression d'avoir raté quelque chose en étant empêché de rester et nourrit l'idée de réparer ce qu'il considère comme du gâchis. Ce médecin quadragénaire décrit comme jeune et motivé par certains de ces collègues, nous donne un exemple de sa vision sur des pistes d'amélioration envisageables pour ce service.

« ... et puis quand je suis revenu, j'ai trouvé le service assez changé, pas en bien, je pense ! Il y avait quelques aspects qui avaient progressé, mais de l'autre côté la situation s'était considérablement dégradée. Sur les dossiers d'hospitalisation des malades... des choses qui ont été mises en

place... ont été complètement abandonnées, il y a des projets qui n'ont jamais été menés à terme... le but était d'essayer de les améliorer, quoi ! Et ça prend un peu de temps. Par exemple, la première chose c'est de mettre en place une filière, ce qu'on appelle une filière courte. Prendre en charge, parmi les filières différentes de la maladie, des malades qui présentent les problèmes relevant de la médecine générale et qui ont finalement besoin d'une simple consultation et pas forcément d'exams. Comme il n'y a pas cette filière, la conséquence c'est que ces malades attendent pendant des heures... quand ils attendent (!) parce que parfois ils partent sans être vus. C'est un problème, quand ils sont dans un circuit normal, même s'il relève d'un problème de la médecine générale, comme ils sont vus par les externes, les internes et tout, ils ont des bilans, des prises de sang, etc. qui sont, je pense, bien souvent parfaitement inutiles. En développant cette filière, on gagne du temps et ça permet de garder les boxes libres pour des malades qui ont besoin vraiment d'une prise en charge hospitalière. Donc on est en train de mettre ça en place... il faut que j'écrive la procédure ce soir d'ailleurs, et ça va se mettre en place normalement début mars [dans deux mois]. » ³²⁸

Comme souligné également par le cadre de santé au cours de son entretien, la direction essaye de mettre en place de nouvelles procédures dans le but d'améliorer la situation du SUM, avec une vision organisationnelle et managériale. Pour élaborer un de ces projets, l'équipe de la direction se base sur deux hypothèses principales. Premièrement, la raison pour laquelle un patient s'adresse au SUM se divise en : 1) une nécessité d'hospitalisation, 2) une consultation de médecine générale. Deuxièmement, une gestion de l'espace et du matériel plus adaptée à cette division pourra alléger la charge de travail du personnel tout en diminuant les actes médicaux à réaliser. Selon cette analyse consistant à différencier les filières de soins, ils estiment que l'organisation du SUM n'est pas adaptée et que c'est cela qui provoque la surcharge du système.

³²⁸ Chef de service, homme, 38 ans, Extrait d'entretien 14 - SUM, 2013.

Cependant, le chef de service comme le cadre de santé ont peu d'espoir, car ils considèrent n'avoir qu'une infime marge de manœuvre infime à l'échelle du CHU, notamment pour obtenir des moyens supplémentaires. Ils disent aussi se heurter à ce qu'ils appellent « l'inaction de l'administration ». Selon le chef du SUM :

« Ils savent que de toute façon, hors crise exceptionnelle, nous finirons par nous en sortir. Ce n'est donc pas la peine d'améliorer les choses, de toutes façons on y arrive toujours, donc on nous laisse la tête à moitié hors de l'eau, si on se noie, oui il y a une petite aide temporaire juste pour pouvoir sortir le nez. Et voilà on nous maintient comme ça parce que finalement on survit ». ³²⁹

L'exemple observé lors de la réception de la ministre de santé au SUM et décrit dans le Chapitre I, laisse par ailleurs entrevoir que la direction du service se voit plutôt condamnée à adopter une stratégie diplomatique dans ses rapports avec la direction du CHU :

« Ce n'est pas en montrant un service épouvantable à la ministre que nous obtiendrons plus de moyens de la direction » ³³⁰.

Dans une telle configuration, la direction du SUM se contente de petits ajustements de procédure, de quelques changements dans l'organisation, tout en gardant le même effectif et le même périmètre des métiers pour chaque professionnel. On est loin des réaménagements que supposerait la réorganisation des filières d'accueil, laquelle porterait nécessairement sur les espaces. Si la direction du CHU est difficile à convaincre, il en va aussi de même avec les personnels. Le fait que la charge de travail pourrait se trouver allégée constitue un argument, mais cela suffirait-il à les persuader ?

La cadre de santé explique dans son entretien que grâce à sa collaboration satisfaisante avec le chef du service, plusieurs grilles de fonctionnement et procédures ont pu être mises en place afin d'améliorer l'organisation du travail pour le personnel paramédical du SUM. Son analyse du fonctionnement du SUM se

³²⁹ Ibid.

³³⁰ « Extrait du journal de terrain SUM ».

rapproche de la vision du chef du service ; elle plaide pour la mise en place minutieuse des procédures qui encadrent et guident mieux le personnel.

« [Avec l'actuel chef du service] *on a fait énormément de travail et mis des choses en place ; ça fait bouger le service. On a mis des procédures... on a augmenté notre taux d'activité ; on a fait participer des équipes à des groupes de travail ; on a essayé de les écouter ; voilà* » ³³¹

En parallèle d'une quête de management efficace des ressources, une proportion considérable du temps de travail de la direction est consacrée aux procédures administratives. Ces procédures comprennent la rédaction des rapports d'activité, la gestion logistique, l'approvisionnement ainsi que la gestion du temps de travail et des congés du personnel. La gestion administrative qui, d'après la cadre de santé, s'est considérablement accrue ces dernières années, s'amplifie encore avec la recherche d'articulations entre la direction du service et la direction des ressources humaines (DRH) du CHU. Par exemple, concernant l'emploi du temps du personnel paramédical, c'est le service central qui l'envoie pour toute l'année. De plus, chaque membre du personnel peut modifier son emploi du temps si un collègue donne son accord pour le remplacer. Le nombre des demandes de modifications peut s'élever à plus de 170 par mois selon la cadre de santé du SUM ³³². Débordée par ce rôle administratif et managérial, coincée par la charge du service et le soutien limité du CHU, la direction de SUM se tourne vers des solutions procédurales et managériales dans l'espoir d'améliorer les conditions de travail.

De leur côté, les membres du personnel se trouvent face à un rapport de force aussi tendu que paradoxal entre les patients et l'institution hospitalière. A la fois célébrés pour la générosité que suppose l'activité de soignant, ils sont confrontés à de l'agressivité dans les services. Ils adoptent donc des défenses groupales qui viennent aussi renforcer la solidarité groupale – la solidarité est à la fois une condition stratégique et une conséquence de celle-ci. Le décalage entre l'orientation managériale de la direction et ce que les personnels entendent comme solutions

³³¹ Cadre de santé, femme, 50 ans, Extrait d'entretien 15 - SUM.

³³² Ibid.

possibles pour alléger la charge de travail se creuse. Pris en étau entre des patients nombreux et vindicatifs et une direction qui raisonne en procédures, les professionnels se solidarisent et ont parfois le sentiment d'appartenir à une famille. La solidarité groupale fonctionne comme « des regroupements de production et de lutte »³³³ selon les mots de Castoriadis. Le cadre de santé en parle ainsi :

*Les conflits interpersonnels, c'est-à-dire entre deux personnes, je dirais que ça arrive, mais les conflits entre les catégories, non, parce que les équipes du SUM sont très très solidaires. S'ils décident de faire une grève, ils font tous grève. S'ils décident d'être mécontents, ça se ressent partout. Il y a toujours quelques individualistes, bien sûr, mais comme c'est un service difficile avec beaucoup de violence, avec de grosses prises en charge psychiatriques, beaucoup d'activité... du coup, c'est des gens avec une forte personnalité qui travaillent ici, sinon ils tiendraient pas le coup. Ils font corps. Forcément de temps en temps, il y a des frictions interpersonnelles, mais quand il faut prendre une position solidaire, ils sont tous solidaires.*³³⁴

Ce groupe solidaire et informel au sein du SUM forme un réseau de communication intragroupal et selon certains des propos recueillis dans les entretiens cela divise le personnel entre les « amis » et les « intrus ». Par exemple la cadre de santé peut être considérée comme agent de la direction, missionnée pour casser la solidarité de l'équipe et, après la grève du service, tout faire pour empêcher ce type d'action collective. Ce soupçon a également été perçu par la cadre à son arrivée dans le service :

Il y avait une sacrée tension ... quand je suis arrivée [quelques mois après la grève] avec vraiment tout à construire hein, il n'y avait pas de groupe de travail, et puis il y avait un ballotement... pendant une année c'était très compliqué. Alors le personnel, ils m'ont accueilli pas très bien ! Le fait que je sois présentée par la directrice des soins, ils n'ont pas aimé du

³³³ Cornélius Castoriadis, « La lutte des ouvriers contre l'organisation de l'entreprise capitaliste », *Socialisme ou barbarie : Organe de Critique et d'Orientation Révolutionnaire* IV, n° 23 (1958).

³³⁴ Cadre de santé, femme, 50 ans, Extrait d'entretien 15 - SUM.

tout ! Suite à la grève, j'étais un petit peu considérée comme l'élément de la direction qui venait s'installer ici, voilà... et puis bon comme je suis un ancien cadre, ils s'étaient renseignés aussi sur ma force de manager, de la prévention, voilà quoi. »

Si on ajoute à ces propos et à ces différents constats le fait que le chef de service nous a demandé de lui communiquer le nom des agents du service disant avoir « des problèmes », on voit se dessiner un climat particulièrement tendu et soupçonneux. La quête d'efficacité poursuivie par le management depuis une logique procédurale vient heurter un personnel enseveli sous l'activité et soumis à une violence latente quotidienne. Une grève a déjà eu lieu mais aucune amélioration du climat d'ensemble ne semble avoir été perçue par les personnels et notamment par les paramédicaux.

Conclusion

L'analyse stratégique³³⁵ des deux services SUT et SUM montre combien, par delà les dispositions organisationnelles différenciées supposées l'une et l'autre gérer au mieux le flux des urgences, les tensions et les conflits sont le quotidien des personnels. Nul besoin de les naturaliser pour les analyser ; l'examen de l'activité et de ce qu'elle engage de dimensions sociales, symboliques, institutionnelle, organisationnelles, toutes imbriquées, permet d'en saisir les logiques. En se penchant sur la division du travail effective des deux services, en réintroduisant l'imaginaire social et professionnel porté par les personnels de santé, lequel est lui-même structuré par des parcours de formation, mais aussi des parcours de socialisation plus généraux, on repère quelques clefs de compréhension permettant d'expliquer les difficultés de fonctionnement de ces deux services.

La division du travail qui s'étend à la fois verticalement, avec une hiérarchisation du travail sur l'échelle du noble au sale boulot, et horizontalement entre différentes spécialités médicales est un premier repère. En théorie, la division du travail au sein de ces services nécessite une définition claire des tâches et des rôles sous forme de

³³⁵ Bernoux, *La sociologie des organisations*, 135.

fonctions en dessinant un périmètre, un système d'autorité et de communication, en proposant les modalités d'articulations avec d'autres fonctions et en dessinant ainsi une structure organisationnelle³³⁶. Or, nous avons vu que dans les faits, la superposition d'éléments contextuels comme la division du travail, l'aménagement de l'espace et du temps, les heures d'affluence, le parcours de soins propre à chaque patient, la multitude de micro-événements, supposent pour les personnels d'aller puiser, en temps réel, bien au-delà du cadre organisationnel formel. La régulation se produit à coups de micro-ajustements continuels, impliquant toutes sortes de transgressions : des glissements de tâches importants, des redéfinitions de périmètres des métiers, la manifestation d'ordres symboliques, mais aussi leur bouleversement, un aplatissement des dimensions hiérarchiques... La structure organisationnelle formelle est donc largement débordée. C'est dans ce contexte que s'élargissent les possibilités stratégiques des acteurs. Tous ne sont pas forcément satisfaits de la tournure que prennent les jeux, mais c'est bien dans et par cette (ré)invention quasi permanente de l'organisation que le service d'urgences peut assurer sa mission.

Ces jeux stratégiques conduisent les acteurs à mobiliser des ressources puisées dans l'intra-organisationnel pour maintenir des positions ou en conquérir. Ces ressources sont légitimées et formalisées par la structure symbolique de l'organisation et se composent de normes et valeurs internes à la structure formelle de l'organisation. Mais certaines autres peuvent aussi être extérieures. Autrement dit, certaines normes et valeurs qui ne sont pas forcément officiellement promues par l'organisation étudiée, mais qui sont instituées par ailleurs dans une partie de la société, peuvent être mises en avant par des acteurs comme des ressources extra-organisationnelles. L'enchevêtrement de ces ressources est total. Ainsi, c'est de l'élargissement du champ des possibilités stratégiques au sein de l'organisation que peuvent émerger et s'actualiser des ressources sociétales. Nous verrons au Chapitre IV avec le service d'urgences iranien, que la portée stratégique des ressources extra-organisationnelles mobilisées, dépend de la pluralité institutionnelle promue au sein de l'organisation ainsi que de la légitimité des institutions non hospitalières auprès

³³⁶ Ibid., 118.

des acteurs, sachant que ces ajustements dépendent également des zones d'incertitudes que ceux-ci essayent de contrôler.

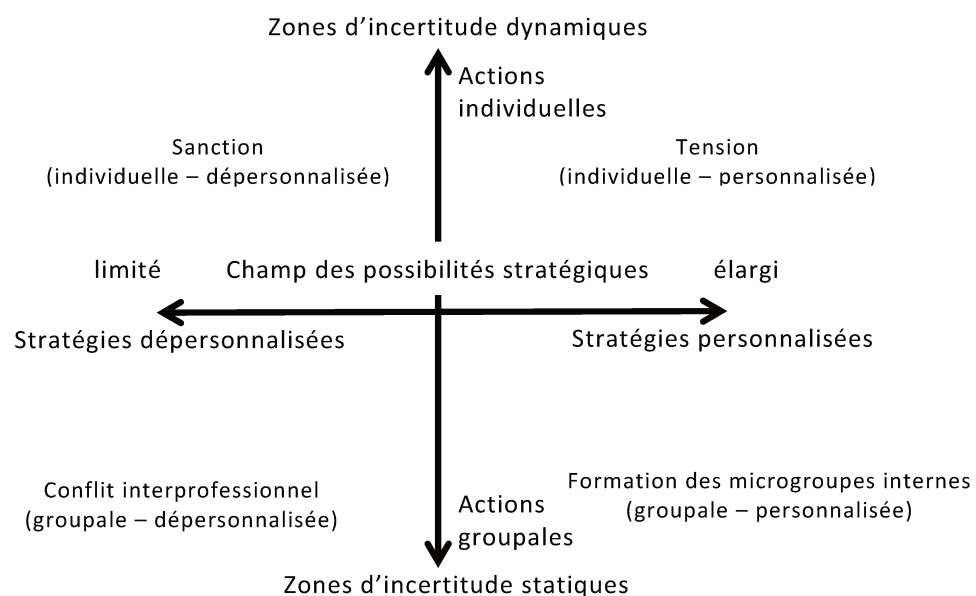
Le constat n'est pas nouveau, mais une nouvelle fois, dans la lignée de la tradition relevant de l'analyse stratégique, le décalage entre l'organisation prescrite et la réalité quotidienne observée sur le terrain apparaît comme manifeste, essentiel et incontournable. Entre l'image fantasmée du service d'urgences qui sauve les vies d'êtres reconnaissants et la réalité de son organisation rationnelle qui soigne certes, mais également trie, oriente, refoule, un flux excessif de patients impatients, exaspérés... Il y a un écart considérable.

Notre analyse permet d'identifier la formation de zones d'incertitudes liées à des variables relativement constantes. Par exemple, la gestion du temps et de l'espace, est une gestion instituée au cours de l'évolution historique du service et en rapport avec l'organisation et la division du travail similaire dans les deux services français. Mais on peut repérer des variables plus contingentes liées au parcours de soins des patients (sa durée, sa singularité), et largement dépendante des pathologies acceptées dans le service. Ces zones d'incertitudes et les jeux qui vont avec, émergent, sans étonnement, à des moments et dans des espaces transversaux, où la superposition de plusieurs conjonctures organisationnelles intensifie la complexité de la situation et par conséquent affaiblit les possibilités de son contrôle. Nous pouvons les regrouper dans les deux catégories suivantes : les zones d'incertitudes statiques qui sont le résultat de l'organisation du travail et de l'articulation entre différentes catégories professionnelles, et les zones d'incertitudes dynamiques qui émergent en fonction de la circonstance et qui dépendent de l'affluence des patients ainsi que de leur perception de la situation qui teinte leurs interactions avec le personnel.

Afin d'illustrer de manière simple notre analyse sur les rapports sociaux observées dans les deux services – qui sera complétée au prochain chapitre par les analyses du troisième service en Iran –, nous avons dessiné deux axes dans la Figure 6 : l'axe horizontal montre l'évolution du champ des possibilités stratégiques et l'axe vertical présente un spectre polarisé entre les zones d'incertitudes statiques et dynamiques. Plus nous allons vers la droite, plus le champ des possibilités stratégiques s'élargit,

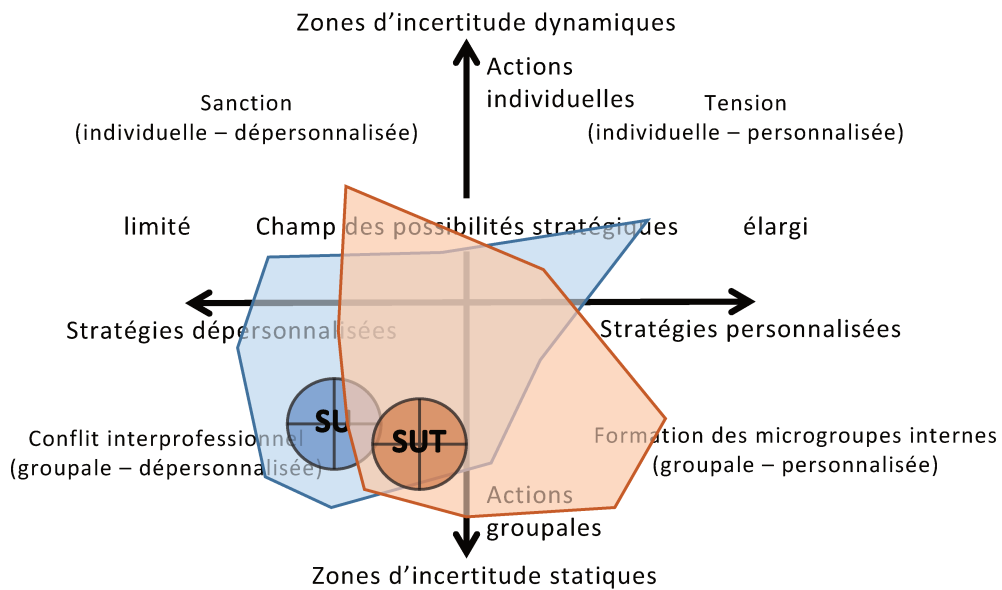
ce qui permet à l'acteur de développer des stratégies personnalisées en mobilisant des ressources extra-organisationnelles. Dans le sens inverse, la zone se limite à des stratégies standardisées, prévues dans l'organisation formelle et indépendantes des caractères personnels des acteurs. Sur l'axe vertical, plus nous nous déplaçons vers le haut, plus nous observons des situations complexes et singulières qui font émerger des zones d'incertitudes dynamiques et qui appellent des réactions individuelles. Ces zones d'incertitudes dynamiques disparaissent en temps « normal », proche du rythme de travail nominal conçu pour le service, ce qui rend visibles les zones d'incertitudes statiques en lien avec la structure organisationnelle intemporelle, propices à l'émergence des actions groupales.

Figure 6 : Espace d'interaction sociale



Ce schéma nous permet de typifier les interactions observées au sein des services étudiés et de les comparer en fonction de leur intensité. Sur la base de cette comparaison, nous avons dessiné un nuage approximatif dont l'étendue montre le type des interactions observées et dont le centre de gravité indique leur intensité.

Figure 7 : Comparatif des deux services étudiés



En comparant de ce point de vue les stratégies observées dans les deux services du même CHU en France, qui couvrent chacun un domaine théoriquement distinct de pathologies médicales, nous obtenons deux nuages homothétiques, dont le centre de gravité se situe en bas à gauche, dans la partie des stratégies dépersonnalisées et des actions groupales, ce que nous observons sur le terrain sous forme de conflits interprofessionnels. Cet emplacement du centre de gravité correspond au constat du poids important de l'institution hospitalière, à la clarté toute relative de la délimitation des domaines professionnels, à l'aménagement du temps et de l'espace et à la prégnance des procédures à suivre selon la situation.

L'étendue du nuage, que nous considérons comme le fruit du système d'action concret ³³⁷ de chaque service, représente les situations non prévues par l'organisation formelle, qui nécessitent des micro-ajustements organisationnels, ainsi que la contingence des interactions dans des zones où nous constatons un élargissement du champ des possibilités stratégiques, comme dans des espaces et des temps transversaux.

³³⁷ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

Au SUT, l'emplacement du centre de gravité concorde avec la stratégie de la direction des deux services qui laisse la place aux règles et aux procédures dépersonnalisées, faute d'avoir l'intérêt ou les leviers d'action appropriés pour y intervenir directement. Il est également cohérent avec l'ancienneté élevée du personnel soignant du SUT par rapport aux autres services étudiés, ce qui leur permet de mieux connaître les rouages organisationnels et les « incidents » à éviter, ce qui explique la rareté des sanctions disciplinaires et l'application des procédures, même au cours des situations de tensions les plus vives. La fréquence et l'intensité plus faible des zones d'incertitudes dynamiques du SUT, d'après nous principalement liée aux types de pathologies accueillies, se traduit par une stabilisation des stratégies vers des situations « routines ». Cela explique aussi l'effet de « surprise » qui peut découler de cas singuliers et complexes. Surgi dans des espaces transversaux où nous présumons l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs, cet effet de surprise éclate sous forme de tensions aiguës entre individus. Comme abordé plus haut dans les analyses, la présence des externes amortit une bonne partie des tensions qui pourraient avoir lieu dans cette zone, en transformant les stratégies personnalisées en transmission de messages dépersonnalisés. Toujours en comparaison avec les autres services étudiés, l'émergence moins conséquente d'espaces et de temps transversaux, laisse moins de place aux stratégies personnalisées. Dans ces conditions, les acteurs qui ont la possibilité de mettre en œuvre des stratégies personnalisées en mobilisant des ressources extra-organisationnelles, forment des microgroupes au sein de l'organisation, dont les membres déclarent « mieux travailler ensemble, car ils ont l'habitude ». Cela est possible lorsque la charge de travail s'approche de la charge nominale du service ou pour la gestion des cas pour lesquels les procédures sont clairement définies. Avec un ancrage dans la zone des interactions groupales et dépersonnalisées, l'enjeu de maintenir ces groupes ou de les dissoudre ne joue apparemment pas un rôle conséquent dans la formation du système d'action concret³³⁸ de ce service.

³³⁸ Ibid.

Du côté du SUM, nous observons une hausse significative des espaces et des temps transversaux et par conséquent l'élargissement du champ des possibilités stratégiques, ce que permet la personnalisation des stratégies d'action. Ce contexte fait glisser le centre de gravité vers la droite, mais ne l'éloigne pas beaucoup de celui du SUT, ce qui s'explique par la similarité des organisations formelles respectives ainsi que celle du rapport de chaque service avec son organisation mère, qui est le même CHU. Pendant les grandes affluences et pour la gestion des situations imprévues, il y a plus de chance de voir apparaître des zones d'incertitudes dynamiques au SUM que dans le SUT. Cependant, l'environnement particulièrement agressif du SUM accroît le coût d'engagement dans des tensions individuelles et personnalisées à la fois avec les collègues soignants et avec les patients, et aplatit la courbe dessinée en haut à droite en diminuant le nombre de ce type de tensions. Comme nous l'avons analysé dans la troisième partie de ce chapitre, les individus s'investissent dans leur appartenance groupale et notamment au sein de groupes informels qui sont supposés les protéger comme une « famille soudée ». Pour ceux qui ne profitent pas de cette protection, les « incidents » survenus dans les interactions entre individus se limitent aux zones standardisées par les procédures formelles, ce qui expose l'individu à une poursuite disciplinaire et hiérarchique.

Dans le chapitre suivant, tout en gardant le point de vue comparatif entre les trois services dans deux univers symboliques distincts, l'analyse stratégique du service d'urgences hospitalier iranien nous permettra d'étudier plus soigneusement la formation et l'évolution des zones d'incertitudes ainsi que le champ des possibilités stratégiques. Le contexte est celui d'une superposition des institutions, dont le contrôle définit le déroulement des jeux de pouvoir. Nous reviendrons ensuite sur notre analyse du système d'action concret³³⁹ de chacun des services pour l'affiner.

³³⁹ Ibid.

Chapitre V. La pluralité institutionnelle : analyse stratégique du service d'urgences en Iran

Dans les deux chapitres précédents, nous nous sommes focalisés sur le système d'action concret³⁴⁰ de deux services d'urgences d'un CHU en France. En examinant l'organisation de ces services, leur environnement et les interactions, nous avons essayé d'analyser les conditions d'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs ainsi que l'évolution des zones d'incertitudes dans chacun d'eux.

Ce chapitre est consacré à l'étude de la troisième unité que nous avons investiguée. Au sein d'un CHU de Téhéran en Iran. Tout en gardant l'hypothèse du décalage entre les buts symboliques de l'organisation, sa structure formelle, le contexte de pluralité institutionnelle... nous allons tenter d'explicitier ce que sont ses principaux modes de régulation, les jeux entre acteur, la distribution des rapports de force, les zones d'incertitudes les plus manifestes.

1. Qui est le responsable ?

Nous avons vu au Chapitre I la structure organisationnelle du CHU des Martyres de Téhéran, sa place au sein du ministère de la santé, du soin et de l'éducation médicale, ainsi que la position qu'y occupe le service des urgences (que nous appellerons SMT). Avec 160 patients accueillis par jour, en moyenne, ce service a une capacité d'accueil équivalente à celle réunie des deux autres services étudiés en France. S'il accepte les urgences traumatologiques et médicales, il ne dispose pas de spécialités psychiatriques. Rappelons également que les médecins seniors ne sont pas présents les soirs et les nuits. Le service médical est assuré par les internes, sous la supervision des médecins de garde qui sont basés dans les services spécialisés. Au cours de nos observations, nous avons suivi la rénovation du bâtiment visant

³⁴⁰ Ibid.

l'accroissement de sa capacité, l'inauguration d'une clinique pour les consultations de spécialistes à l'étage supérieur, ainsi que d'une unité des soins intensifs et de chirurgie légère, d'une pharmacie et d'un centre d'imagerie de scanner et d'IRM³⁴¹ spécialement dédiés au SMT.

La rénovation du SMT était liée aux réformes générales incitant les hôpitaux publics à retrouver plus d'« autonomie financière ». Ces réformes, désignées en Iran sous le terme de « gouvernance clinique »³⁴², et plus exhaustivement présentées au Chapitre I, poursuivaient deux objectifs majeurs : 1) l'augmentation du revenu des hôpitaux publics en accueillant plus de patients et en récupérant la « part du marché » qui aurait été absorbée sinon par le secteur privé, 2) l'amélioration du rendement de ce système, avec d'un côté la mise en place d'une meilleure gestion des coûts, et de l'autre l'intensification de l'« efficacité » du personnel par la mise en place d'un dispositif de tarification à l'acte en remplacement du système de prime à l'activité.

Pour le premier objectif, en parallèle de la mise en place des sondages réguliers de satisfaction des « clients », trois parcours généraux ont été prévus pour les patients : 1) hospitalisation dans les services « classiques », 2) application des soins rapides et sortie de l'hôpital, 3) orientation vers la clinique pour la consultation d'un médecin spécialiste. Ces parcours devaient permettre un désengorgement du service d'urgences et une meilleure gestion du flux de patients.³⁴³

Les défenseurs de ces réformes soutiennent qu'avant la rénovation du SMT, l'application des soins légers et l'orientation rapide des patients se heurtaient à plusieurs obstacles, parmi lesquels le manque de personnel et la dépendance du SMT vis-à-vis des services centraux du CHU. Par exemple, comme nous l'avons constaté avant l'aménagement du nouveau bâtiment, pour transférer un patient au

³⁴¹ Imagerie par résonance magnétique

³⁴² D'après ce que nous a dit le conseiller du président du CHU pour l'application de la « gouvernance clinique » lors de son entretien, ce terme est emprunté par certains boursiers du ministère iranien de la santé, missionnés par le ministère pour étudier une approche adoptée en Grande Bretagne dans son Service de Santé National afin d'améliorer le service de soins publics à l'échelle du pays.

³⁴³ Nous avons décrit dans le chapitre IV une approche similaire que nous avons observée à la direction du service des urgences médicales en France

service d'imagerie médicale – centralisé à l'échelle du CHU pour une économie des coûts d'acquisition et de maintenance – il fallait mobiliser une ambulance, un chauffeur, deux brancardiers, et assurer la gestion délicate de l'ordre de priorité des patients en situation d'urgence vitale. Après la restructuration du SMT, l'installation d'un service d'imagerie médicale dédié dans ses locaux a permis une réduction significative du temps d'attente pour les examens médicaux et une meilleure fluidité des passages. Le financement conséquent (par rapport au budget du SMT et même du CHU) des appareils d'imagerie médicale reposait, selon le chef de service, sur la possibilité de prouver la rentabilité de cette acquisition et à cette fin, il fallait établir un contrat de sous-traitance avec le secteur privé.

« ... après on a séparé l'USI [l'unité des soins intensifs]. Ensuite, on a ajouté un laboratoire pour que le patient ne soit pas obligé d'aller là-haut [bâtiment central situé sur le haut d'une colline où le CHU est construit] pour son examen médical. On a vu qu'un des problèmes des infirmiers c'est la prise de sang. On a annoncé au laboratoire qu'on allait mettre fin à son contrat s'il ne recrutait pas un personnel dédié pour les prises de sang. Maintenant, lorsque l'infirmière saisit une demande de prise de sang dans le système informatique, le laboratoire est averti qu'il faut faire une prise de sang au patient de tel lit. On a reformé le paraclinique et on a vu qu'il nous manquait la radiographie et l'endoscopie. On a installé ces deux services et là on a aussi ajouté un scanner. C'était impossible d'acheter un appareil de CT-Scan, car cela coûte 10 milliards IRR [environ 650 mille euros]³⁴⁴. J'ai passé quatre mois d'affrontements et de négociations avec les directeurs des services d'imagerie médicale et le ministère. J'ai finalement réussi à passer un contrat de sous-traitance avec le secteur privé »³⁴⁵.

³⁴⁴ Le taux d'échange du juillet 2011, la date de l'entretien. Le salaire mensuel minimum annoncé pour cette année par le haut conseil du travail en Iran est 3303000 IRR, équivalent de 216 euros avec ce même taux d'échange.

³⁴⁵ Chef de service, homme, 45 ans, Extrait d'entretien 16 - SMT, 2011.

Comme nous l'avons vu au Chapitre I, la stratégie de sous-traitance avec le secteur privé est devenue récurrente dans le service public après le changement de discours politique du gouvernement dans les années 90. Le changement a été rendu possible par une nouvelle interprétation du principe 44³⁴⁶, jugé contraire à l'esprit de la loi constitutionnelle. Cette nouvelle interprétation exigeait le maintien de la gouvernance des secteurs et des industries « stratégiques » en permettant leur sous-traitance par le secteur privé.

En ce qui concerne la réorganisation du personnel, les stratégies suivies par le chef de service pour l'amélioration des conditions du travail et de la qualité de la prestation proposée aux patients, nous révèlent son point de vue sur l'origine hypothétique des « problèmes » rencontrés au SMT. Il considère que le séjour des malades risque d'être rallongé si plusieurs spécialités médicales sont sollicitées en parallèle sans un responsable unique pour décider de ce que doit être, au final, son parcours médical. Il prône donc que chaque membre du personnel médical se centre sur sa compétence propre (liée à la particularité de sa spécialité) de façon à ce que chaque patient ne relève que d'un seul interlocuteur responsable qui endosse les choix faits en matière de parcours de soins au sein du service. Cette orientation est supposée accélérer la gestion des flux de patients. C'est sur la base de cette argumentation qu'il a été procédé au recrutement de médecins urgentistes qui assureront des permanences au SMT et seront les responsables médicaux uniques des patients et de leurs parcours.

Pour que le patient puisse quitter le service au terme du cheminement de son traitement médical, il doit s'acquitter de la somme due pour les interventions qui ne sont pas prises en charge par sa sécurité sociale ou sa mutuelle de santé. Afin de ne

³⁴⁶ Selon le principe 44, les grandes industries telles que la banque, l'exploitation minière et l'assurance font partie du secteur public. Les entreprises de production et de distribution font partie du secteur coopératif. L'agriculture et les métiers et services de moindre importance forment le secteur privé. Une nouvelle interprétation de cette principe en 2005 et 2006 sous préconisation du guide suprême de la république islamique d'Iran a été validé par le Conseil de discernement de l'intérêt supérieur du régime (*Majma' Tashkhis Maslehat*), avec la stratégie de fournir l'opportunité d'une présence étendue et active du secteur non gouvernemental dans le système économique du pays, en particulier dans les secteurs importants de l'économie qui sont spécifiés dans le Principe 44, afin de faciliter la privatisation de ces secteurs. « Conseil de discernement de l'intérêt supérieur du régime (*Majma' Tashkhis Maslehat*) », consulté le 1 octobre 2013, <http://maslahat.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=3&pageid=367>.

pas risquer un freinage administratif à la fin de ces étapes décousues – qui peuvent impliquer plusieurs interventions de différentes spécialités médicales et paramédicales –, il faut que le service administratif soit doté d'outils informatiques performants permettant le calcul des coûts dès la fin du parcours de soins. Avant la sortie du patient, il faut en effet pouvoir éditer rapidement la facture afin de délivrer le laissez-passer. Le chef de service tient donc à ce que toutes les interventions réalisées sur le patient ainsi que les produits consommés soient saisis sur un logiciel de collecte de données : le système d'information hospitalier (SIH). Au moment de l'enquête, cet outil venait d'être installé sur les deux ordinateurs fixes à disposition du personnel à la station centrale d'observation de la salle principale du SMT (station des infirmiers).

Bien que le chef de service montre sa détermination par le recrutement de six médecins urgentistes et la mise en place du SIH pour calculer instantanément les coûts, il n'insiste pas sur l'augmentation du personnel paramédical. Il se contente du recrutement de personnels peu diplômés et non qualifiés pour effectuer les tâches paramédicales. Ces personnels sont majoritairement des contractuels d'un sous-traitant privé et ne sont pas directement les employés par le CHU.

« Je suis arrivé ici il y a 5 ans, il n'y avait rien, pas de structure, pas [de service des] ressources humaines, pas d'espace correctement aménagé. J'ai essayé de déclencher quelques changements en tant que directeur adjoint, mais j'ai rencontré des résistances de la part de tout le monde. J'étais persuadé que je n'arriverais pas à engager le système de force dans les réformes. Donc, j'ai commencé à donner de la responsabilité aux personnels. Pour réussir, j'ai vu que c'était impossible sans prendre des cours de management [Management of business administration (MBA)] qui existait à l'époque à l'université. C'est là que j'ai compris qu'il faut déléguer la responsabilité. Par exemple j'ai dit à la cadre de santé qu'elle n'avait pas besoin d'aller dans le service en tant que superviseur. Qu'elle devait m'écouter et être auprès de moi, comme un directeur et son adjoint. J'ai même aménagé l'espace physique pour qu'elle ait un bureau à côté de moi.

Ensuite, pour chaque groupe de personnel soignant [infirmier, aide-soignant, brancardier, etc.], j'ai choisi un responsable. Il fallait donc avoir des carnets de rapport que chaque responsable doit remplir pour rendre compte de l'activité et du comportement de ses subordonnés. On n'avait pas assez d'infirmiers, donc on a augmenté le nombre de brancardiers pour que les infirmiers ne fassent que la gestion du transfert des patients. J'ai aussi mis assez d'outils à leur disposition pour leur faciliter la tâche (ordinateur, etc.). On a mis en place un service de facturation et j'ai décrété que tous les matériaux consommés devaient être enregistrés dans le système informatique, ce qui permettrait au service de facturation d'évaluer les coûts quand le patient allait quitter le service. On a mis aussi un poste de sécurité pour qu'ils interviennent dès qu'une bagarre se déclenche. J'ai également ajouté ce système de surveillance [vidéo] pour observer tout ce qui se passe dans le service, les lits vides, etc. Voilà par exemple, maintenant, la sécurité n'est pas à sa place. [L'enquêté passe un appel sur son téléphone de bureau] "Allo, Madame Ch., dites à l'agent de s'asseoir à sa place" [il raccroche]³⁴⁷.

L'argument du chef du SMT pour justifier la création de plusieurs niveaux hiérarchiques, est celui de la motivation du personnel par le transfert de responsabilité. Mais cet argument ne serait cohérent – et encore, pour ainsi dire – que si la responsabilité tournait entre les personnels à tour de rôle, comme nous l'avons observé dans deux autres services d'urgences étudiés en France, où les infirmiers assurent l'accueil et coordonnent l'équipe paramédicale. Or ici, seulement une partie du personnel est désignée comme responsable fixe. Nous avons fait l'hypothèse que cette élévation de la hauteur de la structure hiérarchique pouvait être un signe de spécialisation de chaque groupe professionnel sur un domaine particulier ; hypothèse écartée dès le premier jour de l'observation, quand nous avons vu des brancardiers manipuler des appareils médicaux de respiration artificielle. Le « glissement » très important des tâches entre différentes catégories du personnel du SMT nous amène à poursuivre plus loin notre enquête pour

³⁴⁷ Chef de service, homme, 45 ans, Extrait d'entretien 16 - SMT.

comprendre la raison de cette restructuration. Mais avant cela, nous continuons à essayer de comprendre le point de vue et les stratégies mises en place par le chef de service.

Malgré la cohérence apparente entre sa politique, celles de la présidence du CHU et du ministère – avec la mise en place de la « gouvernance clinique » – le chef de service affirme avoir surmonté beaucoup de difficultés pour parvenir à donner une place plus importante au SMT au sein du CHU. Il pense jouir d'un poids important dans les négociations et, en dernier recours, il s'autorise de brandir la menace de sa démission face à la présidence :

« Ma première règle c'est que personne ne doit être mécontent, et que le patient a toujours raison. J'ai réussi grâce à un plan de régénération des ressources [pour le CHU]. Vous pouvez réussir si vous trouvez le moyen d'accroître les rentrées d'argent. Une des raisons pour laquelle j'ai étudié en MBA c'était celle-là. Mon succès est dû à l'augmentation de nos revenus [il sourit]. Avant moi la rotation des patients était 80 par jour alors que maintenant c'est 160. Avant, les ressources mensuelles des urgences étaient de 150 millions IRR [9500 euros] alors qu'elles sont maintenant de 2,7 milliards IRR [176000 euros]³⁴⁸ »³⁴⁹.

La proportion du taux de croissance du « revenu » par rapport au nombre de patients est intrigante, même si l'on comprend que les chiffres évoqués par le chef de service puissent être approximatifs. En effet, d'après ces données, le nombre des admissions au SMT aurait été multiplié par deux alors que le « revenu » du service l'est par dix-huit. D'autres éléments que le nombre de passages et la gestion du flux de patients sont donc susceptibles d'expliquer ce résultat. Certes, la méthode déployée et la précision du système de facturation ont permis l'identification des coûts qui étaient restés cachés dans les dépenses de fonctionnement général du service avant l'utilisation du SIH ; depuis sa mise en place, ces dépenses sont facturées aux patients ou à la sécurité sociale. Mais certains éléments observés ou évoqués dans quelques entretiens nous montrent que l'intervention du secteur

³⁴⁸ Il s'agit du taux de change de juillet 2011, à la date de l'entretien

³⁴⁹ Chef de service - Homme 45 ans, Extrait d'entretien 16 - SMT.

privé au sein de l'établissement, notamment la pharmacie et l'imagerie médicale sous forme de sous-traitance, a aussi joué un rôle important dans cette croissance des « revenus ».

En ce qui concerne l'imagerie médicale et les outils de radiodiagnostic, nous avons remarqué une hausse significative du nombre de recours au scanner et à l'IRM dès leur installation au sein du SMT, sans que le type de patients admis ait changé pour autant. Nous en déduisons que les médecins recourent plus souvent à cet examen du fait de la disponibilité du matériel dans les locaux du service, alors qu'ils devaient auparavant justifier d'une raison médicale impérieuse pour demander un transfert de patient à l'imagerie centrale du CHU. Dans les entretiens, certains médecins critiquent le recours « abusif » de leurs collègues à ces examens, considérant qu'ils sous-estiment leurs effets indésirables sur les patients et affirmant que leur justification médicale n'est pas toujours fondée. Si l'on en croit ces critiques – que nous n'avons pas eu le moyen de vérifier dans le cadre de cette étude – le nombre d'examens demandés, d'interventions et de visites effectuées pour le patient accroissent l'activité et par conséquent le revenu du médecin qui les demande, du fait de la tarification à l'acte. Il faut souligner qu'en ce qui concerne les internes, le recours à ces techniques d'imagerie, d'ordinaire peu accessibles pour des raisons économiques et techniques, est justifié par des motifs pédagogiques ; leur usage rend possible qu'ils se familiarisent avec ces outils et renforce leur apprentissage. Cet accroissement des recours au scanner et à l'IRM, profite simultanément au secteur privé et au SMT, lequel touche un pourcentage sur le chiffre d'affaires du centre d'imagerie médicale.

De façon similaire, mais par un mécanisme différent, nous observons une croissance du « revenu » du SMT par la mise à disposition d'une pharmacie gérée par le secteur privé au sein de l'établissement. Pour illustrer le mécanisme mis en place, le chef du service prend l'exemple des couvertures :

« J'ai demandé à la pharmacie de donner une couverture à tout le monde. Avant [elles étaient fournies par l'établissement], les patients pouvaient se retrouver avec la couverture utilisée par un "toxicomane" sur laquelle

il avait uriné. Dans ces conditions, même si le patient avait très froid, il est évident qu'il ne l'utilisait pas »³⁵⁰.

Sous prétexte que les couvertures propres fournies par l'établissement sont insuffisantes, le personnel oriente les patients qui ont froid vers la pharmacie. Les patients sont contraints d'acheter une couverture qui ne sera pas prise en charge par leur sécurité sociale. Un autre exemple de cette stratégie est la mise à disposition de fils de suture bas de gamme par le SMT ; ceux-ci peuvent laisser sur le corps, notamment le visage, des traces de cicatrisation particulièrement inesthétiques. Le personnel soignant propose donc aux patients d'acheter à la pharmacie un type de fil plus adapté et réputé laisser moins de traces. Par le même mécanisme que celui de l'achat des couvertures, le service est bénéficiaire de cette réorientation des patients vers la pharmacie privée. Ainsi, le SMT est avantagé sur trois plans : il réduit les dépenses liées à l'achat et au lavage des couvertures réutilisables, il bénéficie d'un pourcentage du chiffre d'affaires de la pharmacie et il pense satisfaire les patients en mettant des couvertures neuves à leur disposition.

La satisfaction du patient, qui « a toujours raison » selon les propos du SMT, a fait l'objet de plusieurs études menées par le personnel du CHU et d'articles publiés dans le journal iranien de la médecine d'urgence³⁵¹. Ces articles, appuyés principalement sur des enquêtes de satisfaction³⁵² et des sondages réalisés auprès des patients du SMT, ont fait l'objet de comparaisons avec des résultats d'enquêtes similaires effectuées dans d'autres CHU à Téhéran³⁵³. Ces démarches visent à appréhender les effets des réformes mises en œuvre par l'Etat – cette réforme que nous avons étudiée au Chapitre I- et à vérifier tout particulièrement la réaction des patients. L'autre élément évoqué dans ces articles, et qui nous intéresse ici, concerne l'accusation portée contre les infirmiers selon laquelle ils seraient les principaux responsables de l'insatisfaction des patients. Le constat qui est dressé est

³⁵⁰ Ibid.

³⁵¹ Farhad Rahmati et al., « The Reasons of Emergency Department Patients' Dissatisfaction », *Iranian Journal of Emergency Medicine* 2 (2015) : 59-63.

³⁵² Behrooz Hashemi et al., « Patient Satisfaction Before and After Executing Health Sector Evolution Plan », *Iranian Journal of Emergency Medicine* 2 (2015).

³⁵³ Behrooz Hashemi et al., « Emergency Department Performance Indexes Before and After Establishment of Emergency Medicine », *Emergency* 1 (2013) : 20-23.

plus nuancé même s'il confirme. Le contexte viendrait expliquer la difficulté et la pénibilité de l'activité des soignants tout en soulignant qu'un changement d'attitude de la part des infirmiers pourrait améliorer le point de vue des patients sur le traitement dont ils ont été l'objet. Avant de nous pencher sur ce point en examinant plus avant le rôle des infirmiers dans ce service et les rapports qu'ils tissent avec les autres catégories professionnelles, il nous paraît utile de faire rappeler quelques éléments essentiels sur la structure et le fonctionnement du SMT.

2. La zone de certitude

En nous approchant de la porte principale du CHU des Martyres de Téhéran, nous pouvons voir l'immense panneau d'entrée du service des urgences, écrit en rouge sur blanc, en persan et en anglais : « Urgence ». À l'accueil du SMT, il y a une salle d'attente autour de laquelle se trouvent le bureau de la réception, le bureau du médecin de triage et le bureau de la police nationale. L'entrée du service est gérée par un agent de sécurité et se fait après consultation du médecin de triage. La particularité de ce service, par rapport aux deux autres étudiés ici, est que le patient peut quitter le service sans suivre de procédure d'examen médical. Il peut ressortir simplement après avoir consulté le médecin de triage, avec son ordonnance et après avoir réglé les frais de consultation. Si le médecin de triage considère que le patient a besoin d'exams plus approfondis, d'une intervention chirurgicale ou d'une surveillance, il émet une demande d'admission pour le patient. De la même façon que l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) contrôle le débit d'entrée des deux services français, le médecin de triage peut tenir compte du taux d'occupation des lits et de la charge de travail, pour décider d'admettre un patient ou de le réorienter vers une autre structure ou un autre établissement de soin. C'est également le médecin de triage qui détermine, après une première évaluation de la situation du patient, de sa prise en charge par le secteur chirurgical, neurologique ou le secteur médical.

Le matin, de 7 h 30 à 14 h 30, le service est assuré par une permanence du personnel médical constitué de quatre médecins seniors, quatre internes et deux externes, ainsi que du personnel paramédical composé de sept infirmiers, trois aides-

soignants, une secrétaire (toujours des femmes aux moments de nos observations), deux brancardiers et deux agents des services hospitaliers (ASH) sous la supervision de la cadre de santé. Pour la garde du soir de 14 h 30 à 19 h 30 et de la nuit de 19 h 30 à 7 h 30, le service connaît encore deux changements d'équipe pendant lesquels le service médical n'est assuré que par quatre internes et où l'équipe paramédicale est composée de sept infirmiers, deux aides-soignants, deux brancardiers et deux ASH. À la fin de cette étude, le recrutement des médecins urgentistes a permis de mettre en place la permanence d'un médecin senior pour les gardes du soir et de nuit. Les passages de relais se font auprès des lits, c'est-à-dire que l'équipe médicale et l'équipe paramédicale, en deux vagues successives, font le tour du service et de chaque lit. L'équipe qui termine sa garde explique la situation du patient à celle qui prend le relais. En règle générale, le lit doit être propre et les interventions prescrites par les médecins doivent être réalisées, sinon l'infirmier ou l'aide-soignant responsable ne pourra pas quitter le service et devra finir « son travail ».

Les uniformes distinguent les catégories professionnelles par un code couleur – sauf les infirmiers hommes qui portent un uniforme blanc similaire aux médecins – et sont donc plus diversifiés que dans les services étudiés en France. L'équipe médicale porte des blouses blanches, ainsi que les hommes infirmiers et aides-soignants, mais les femmes infirmières portent une chemise longue jusqu'aux genoux, un foulard couvrant entièrement les cheveux et le cou et un pantalon bleu foncé. Les aides-soignantes portent une chemise longue jusqu'aux genoux et un pantalon blanc, les brancardiers un uniforme beige et les ASH un uniforme bleu clair. Dans ce service, les postes de brancardier et d'ASH sont uniquement occupés par des hommes. Le changement d'équipe pour la garde du soir et de nuit entraîne un basculement de responsabilité des équipes médicale et paramédicale vers les médecins de garde résidents dans les services spécialisés et l'infirmier superviseur qui encadre tous les infirmiers de l'hôpital. La cadre de santé désigne chaque après-midi un adjoint pour faire l'intérim, qui est choisi parmi les infirmières expérimentées et fonctionnaires d'État.

Il existe une hiérarchie implicite, qui est régulièrement rappelée dans les conversations entre les infirmiers au moment où des tensions montent ou bien sous forme de plaisanteries. Elle se structure autour du statut du recrutement de chaque infirmier, en parallèle de son ancienneté. Au sommet, on trouve le statut d'*Estekhdami* qui signifie « recruté par l'État » ; il est similaire au statut de fonctionnaire d'État en France tant au niveau des modalités de recrutement, que de l'évolution de carrière et de la retraite. Nous allons désigner ce statut sous le vocable de « fonctionnaire ». Soulignons que l'ancienneté de la position sur ce statut permet d'accroître le niveau dans la hiérarchie implicite de l'organisation du service. Cette hiérarchie est implicite, car elle n'est pas mentionnée dans les réglementations concernant la structure organisationnelle et n'a formellement d'incidence que sur le salaire et le parcours professionnel de l'individu. Après le statut de fonctionnaire, on trouve celui de *Peymani* que nous allons appeler « contrat d'État à durée déterminée (CEDD) » qui concerne les agents contractuels recrutés par l'État pour une durée déterminée avec une possibilité d'embauche sous le statut de fonctionnaire à la fin de leur contrat. Plus bas dans cette hiérarchie, nous rencontrons le statut de *Gharardadi* qui désigne les contractuels recrutés directement par le CHU pour une durée déterminée, que nous allons appeler les CDD. Enfin, tout en bas de la hiérarchie des infirmiers, se trouvent les infirmiers stagiaires qui passent un stage obligatoire de deux ans afin de terminer leurs études et d'obtenir le diplôme d'infirmier. Nous parlerons plus loin de la hiérarchie du personnel médical, des aides-soignants et de la place des autres catégories professionnelles. Mais afin de poursuivre le fil de notre analyse, il est plus pertinent de revenir sur le schéma du parcours des patients de l'entrée jusqu'à la sortie du service, pour expliquer le rôle assigné dans celui-ci à chaque catégorie professionnelle du SMT.

Après la consultation du médecin de triage, dans le cas de l'admission du patient, ce dernier est transféré ou invité à entrer à l'intérieur du service pour être de nouveau examiné par les internes. En parallèle, il doit établir son dossier administratif d'admission au bureau d'accueil. Après avoir passé la porte coulissante de l'entrée de la zone de soin, un couloir l'amène à la salle principale du service, tout autour de

laquelle sont installés 21 lits, surveillés depuis la station des infirmiers, positionnée au centre de la salle. On y trouve également, aux côtés des infirmiers, les internes. Le patient est installé sur un lit, normalement par un brancardier après la mise en place d'un drap à usage unique, acheté à la pharmacie au nom du patient et enregistré pour la facturation ultérieure. Un dossier métallique portant son nom et les formulaires d'examens médicaux ainsi que des interventions paramédicales est attribué au patient et accroché aux barreaux de son lit. Par la suite, il est examiné par les internes concernés, selon la décision du médecin de triage et le type de pathologie. Il arrive qu'au cours des heures d'affluence, les infirmiers initient les premiers examens typiques sans l'ordonnance des internes pour accélérer la procédure de diagnostic. Toute prise de sang ou injection de médicament est réservée aux infirmiers, mais certaines autres interventions comme la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) sont très clairement déléguées aux aides-soignants. Le patient passe ensuite les examens médicaux prescrits par les internes et reste dans le service pour des besoins de surveillance, de soins ou d'intervention chirurgicale légère. Il quitte le SMT à la fin de son parcours médical pour être transféré vers un autre service spécialisé du CHU ou un autre hôpital. C'est le médecin responsable qui décide de la suite à donner à la prise en charge médicale du malade. Sans l'accord du médecin, le patient ne peut pas quitter le service, sauf s'il signe une « attestation de satisfaction » qui décharge le CHU de toutes les conséquences éventuelles de sa sortie.

Pendant le séjour du patient au SMT, une personne peut l'accompagner à l'intérieur de la zone de soin. Cet accompagnant entre dans le service avec la permission de la sécurité et peut aider le patient pour l'établissement de son dossier administratif, chercher ses médicaments à la pharmacie, lui amener à manger et à boire, déposer un dépistage au laboratoire ou toute autre tâche qui se présente. Nous avons décrit au Chapitre II.3 une scène au cours de laquelle les accompagnants d'un patient inconscient se sont retrouvés obligés de lui faire sa toilette ; nous avons aussi observé, plus fréquemment, des accompagnants se positionner près de la station des infirmiers guettant un médecin ou un personnel paramédical pour se renseigner, demander une intervention ou négocier une prise en charge prioritaire. Ces

négociations peuvent occasionner des disputes et des violences verbales, voire physiques, entre les accompagnants et le personnel soignant.

Deux agents du service de sécurité du CHU sont présents en permanence au SMT. L'un d'eux se trouve à l'accueil du service et contrôle les entrées et sorties, tandis que le deuxième se tient dans la zone des soins et la salle principale et fait régulièrement le tour du service pour vérifier qu'il n'y ait qu'un seul accompagnant auprès de chaque patient. Le premier agent de sécurité s'assoit normalement derrière un bureau positionné à côté de la porte d'entrée de la zone des soins, qui la sépare de la salle d'attente principale. Les deux agents de sécurité évoluent sous la responsabilité de leur supérieur hiérarchique au service de sécurité du CHU, avec qui la direction du SMT prend contact en cas de problème. Ils portent un uniforme similaire à l'uniforme de parade des forces de police, avec des épaulettes sur lesquelles est indiqué leur grade dans la hiérarchie du service de sécurité du CHU. À côté de cet agent de sécurité installé à l'accueil, un agent armé de la police nationale est présent 24 heures sur 24 afin de signaler au bureau de la police du quartier tous les patients susceptibles de se présenter au SMT à la suite de bagarres, de blessures par balle, d'overdose, d'intoxication à l'alcool, ou de traumatismes provoqués lors de l'affrontement avec les forces de l'ordre dans des manifestations.

Dans les deux autres services étudiés en France, nous avons observé le passage occasionnel de policiers qui accompagnaient un détenu ou d'agents de sécurité appelés pour intervenir à la suite d'un affrontement, mais il n'y avait pas de présence systématique prévue pour intervenir régulièrement ou contrôler constamment le flux des patients. Au sein de ces deux unités du CHU, c'est bien l'institution hospitalière qui se charge du contrôle « sécuritaire ». Au SMT il en va autrement : l'organisation du contrôle est en partie policière. Nous essaierons d'analyser plus bas cette contradiction apparente entre une finalité construite autour de « l'urgence médicale », avec *a priori* des critères d'évaluation médicaux pour décider de l'entrée et de la sortie des patients, et l'existence d'un poste de contrôle assuré par un policier, mais pour l'heure, il nous paraît intéressant de reprendre la comparaison entre les trois façons (différentes) qu'ont les services étudiés d'organiser l'entrée et la sortie des patients.

Au service des urgences traumatologiques (SUT), pour entrer et sortir il faut traverser une zone surveillée par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO). Pour ces deux mouvements, un espace délimité par deux portes coulissantes s'ouvre automatiquement sur l'espace situé devant le banc d'accueil ; l'IAO contrôle l'entrée dans la zone de soins laquelle est autorisée après que celui-ci a réalisé une première évaluation, établi le dossier administratif ou au moins indiqué le numéro de sécurité sociale ou l'adresse du patient. Ces informations permettront la prise en charge par la sécurité sociale ou l'envoi de la facture à l'adresse du patient. Au SUT, tout le monde peut sortir à la fin de son parcours de soins, voire l'abandonner en route, sans la moindre procédure administrative. Si, au service des urgences médicales (SUM), l'entrée dans l'espace d'examen devant le banc d'accueil et dans la zone de soins est contrôlée par l'IAO (la procédure administrative est donc similaire à celle du SUT), la sortie du patient par cette voie est interdite. Il lui faut donc se rendre au bout d'un des couloirs du service qui n'a pas de surveillance permanente. Il en va un peu différemment pour les patients du secteur psychiatrique qui, interdits de sortie, sont rendus reconnaissables par le pyjama bleu dont ils ont été habillés ; ils ne peuvent ainsi que très difficilement quitter incognito le service et il leur est impossible de dépasser l'enceinte hospitalière sans être repérés.

Au SMT, l'entrée est autorisée par l'agent de sécurité sous l'ordonnance du médecin de triage et après l'établissement du dossier administratif et la sortie n'est possible qu'à la fin du parcours de soins. L'établissement veut éviter d'endosser la responsabilité juridique qu'entraînerait la survenue d'un accident de santé chez un patient qui aurait quitté les lieux sans autorisation médicale. Celui-ci peut, de son plein gré, décider de partir, mais il doit attester formellement sur papier qu'il endosse les conséquences de sa décision s'il la prend contre un avis médical. Dans tous les cas, il ne pourra quitter les lieux qu'après le règlement de la facture émise par l'établissement. Les patients doivent ainsi pouvoir présenter un laissez-passer pour sortir du service. Cette pratique, bien que formellement posée, s'avère en réalité difficile à mettre en œuvre.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, les accompagnants jouent un rôle essentiel dans le parcours du malade. Ils s'occupent d'une partie du service hôtelier, voire du

soin (chercher à manger et à boire, accompagner le patient pour aller aux toilettes, chercher des médicaments ou du matériel nécessaire à la pharmacie, accompagner le patient à l'imagerie, amener le dépistage au laboratoire, surveiller une perfusion, etc.) et sont ainsi souvent obligés de se déplacer en dehors du service, avant de revenir dans la zone de soin. La plupart du temps, malgré la règle qui n'autorise qu'un seul accompagnant par patient, on constate qu'il y en a fréquemment plusieurs pour un seul malade. Comme on compte en moyenne 160 patients dans le service, cela donne un aperçu du nombre d'accompagnants allant et venant continuellement d'un espace à l'autre tant dans le service qu'au sein de l'établissement. N'ayant pas de laissez-passer, les accompagnants supplémentaires ne peuvent être interpellés par les agents de sécurité ; ceux-ci comptent donc sur leur mémoire pour les reconnaître. Comme elle n'est évidemment pas infaillible, il est fréquent qu'ils finissent par constater, lors de leur passage en salle principale, que plusieurs accompagnants sont auprès d'un seul patient. Cette situation traduit et génère toutes sortes de tractations. Par exemple, chaque accompagnant, selon les ressources économiques, relationnelles, sociales dont il dispose, peut tenter de négocier une autorisation d'entrée avec les agents de sécurité qui, selon les cas, accepteront ou non. Quant aux agents de sécurité, pour reconnaître « qui est qui ? » parmi les nombreuses personnes qui circulent et ne pas être conduit à demander les laissez passer à chaque personne croisée ou souhaitant sortir du service, ils s'appuient sur une astuce assez simple. Pour pouvoir distinguer de toute autre personne un patient qui n'a pas fini son parcours de soins, et qui n'a donc pas payé la facture, l'agent de sécurité tente de repérer le cathéter intraveineux qui a été posé par les soignants sur le bras ou la main des patients à leur arrivée pour faciliter les prises de sang et les mises sous perfusion qui peuvent être nécessaires. Ce cathéter intraveineux ne sera retiré par l'infirmier ou l'aide-soignant qu'après vérification de la quittance émise par le service de facturation. L'agent de sécurité surveille ainsi les bras de ceux qui veulent sortir pour s'assurer qu'ils ne sont pas des patients « fuyards ». Certes, le patient qui décide de quitter le service sans s'acquitter de la facture, peut retirer seul le cathéter, mais à ce moment-là, il accepte le risque d'une hémorragie au cas où son geste serait maladroit. S'il existe la possibilité pour le malade de négocier une réduction du montant de sa facture

avec le service facturier (en justifiant, par exemple, auprès du responsable administratif de ses problèmes financiers ou en sollicitant l'intervention d'une assistante sociale de la mairie) elle reste toute théorique et dans tous les cas, il lui faudra non seulement un peu d'espoir, mais surtout beaucoup de patience.

Dans tous les cas, une contradiction demeure dans la procédure que les patients doivent suivre pour quitter le SMT. La caisse se situe à l'entrée du bâtiment, dans la salle d'attente, en dehors de la zone de soins, en face du bureau de la police et à côté de la salle d'examen du médecin de triage ; elle est donc relativement loin du bureau de l'agent de sécurité et de la porte d'entrée de la zone de soins, alors que le bureau de facturation, lui, se situe à l'intérieur du service. La caisse régie par la trésorerie nationale est structurellement et physiquement séparée du bureau de facturation qui est un bureau administratif rattaché au CHU. Un accompagnant doit ainsi chercher la facture au bureau administratif et sortir de la zone de soins pour la payer au guichet. Si le patient n'est pas accompagné par quelqu'un qui peut s'occuper de cette procédure, il doit se débrouiller tout seul. L'agent de sécurité tolère alors la sortie de la zone de soins avec un cathéter intraveineux sur le bras, s'appuyant sur la « confiance » qu'il fait au patient, tout en le gardant sous surveillance, dans la mesure du possible. Pendant ce temps, le patient se trouve dans une zone grise, « présumé coupable » jusqu'à ce qu'il revienne avec son attestation de facture acquittée.

3. Le négociable

Dans le chapitre précédent, nous avons décrit comment – dans les deux services étudiés en France – nous avons observé un élargissement des champs de négociation, dans des espaces que nous avons appelés « espaces transversaux ». Ces espaces illustrent comment se réalisent des dérogations systématiques aux différentes procédures et réglementations. Au sein du SMT, ils existent également et permettent d'ouvrir des marges de manœuvres importantes aux acteurs ; ils constituent ce que nous nommons un élargissement du champ des possibilités

stratégiques. Ces espaces se transforment eux-mêmes en zones d'incertitude³⁵⁴ que chaque acteur essaye de mieux contrôler, avec les rivalités ou alliances qui s'y intensifient. Dans ce contexte les situations peuvent devenir très complexes.

Revenons à la salle principale du service, où vingt-et-un lits sont positionnés tout autour d'une grande salle, observée par le personnel soignant depuis la station des infirmiers. Pour pouvoir observer tous les patients, les rideaux installés autour des lits sont normalement ouverts, sauf si une intervention médicale comme une réanimation ou un examen « intime » est en cours. En théorie, la station n'est qu'un point d'observation, mais en pratique, elle est utilisée pour bien d'autres activités. C'est tout d'abord une réserve de matériels et de médicaments. Afin d'éviter tout abus et vol, le moindre outil d'intervention est stocké dans ce lieu ovale qui fait à peine 6m² de superficie. Cette localisation qui pourrait paraître inconfortable en raison de son exigüité permet aux soignants une économie de temps. Le matériel dont ils ont besoin est centralisé sur place (facile à vérifier, à réapprovisionner). Illustrons le propos. Pour la pose d'un cathéter intraveineux, l'infirmier doit quitter la station, équipé d'un set de cathéter, d'un coton imbibé de produit désinfectant, du garrot, du flacon de perfusion, de ciseaux et du dossier métallique du patient qui contient les ordonnances, les rapports et les résultats d'examens. Parfois, plusieurs allers-retours entre le lit et la station s'imposent pour chercher du matériel supplémentaire ou pour saisir les informations du dossier sur le système informatique hospitalier (SIH), car c'est à la station des infirmiers que se trouvent les deux seuls ordinateurs à disposition du personnel – infirmiers ou secrétaire – pour saisir les informations du dossier et le rapport d'intervention dans le SIH. La centralisation du matériel est donc dans ce cas un dispositif « inefficace » pour mener l'opération, car il oblige les soignants de faire plusieurs allers-retours pour un seul acte.

Une autre illustration peut être proposée. Un soignant situé à côté d'un lit est légitimement considéré comme étant en cours d'intervention, par les patients ainsi que par ses collègues. Au cours de nos observations, nous avons constaté très peu

³⁵⁴ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

d'interruptions des soignants par des patients ou par leur accompagnant à ce moment-là. Cependant, revenir vers la station ou y demeurer quelques instants, peut signifier la disponibilité du soignant pour une autre intervention – cela même aux yeux des autres soignants qui sont confrontés aux mêmes situations – alors que celui-ci fait simplement un aller-retour, parfois uniquement pour se ravitailler.

Cette salle est conçue sur le modèle de l'architecture panoptique³⁵⁵ afin de permettre une observation centralisée et de réduire la quantité de personnel nécessaire. Or, ce pouvoir d'observateur situé au centre de la salle, se renverse lorsque les soignants se retrouvent dans la position d'observés par tous les accompagnants dont nous avons vu le rôle indispensable au fonctionnement du SMT. Ils entourent la station ovale des infirmiers, de près ou de loin, et s'engagent chacun à sa façon dans un rapport de force avec les soignants, afin d'obtenir une réponse ou de faire avancer la réalisation d'une intervention. Une des différences de cette situation avec celle des soignants qui passaient dans les couloirs des deux services étudiés en France, est la permanence du contact visuel avec les accompagnants ou les patients. À la station des infirmiers, une norme implicite fait que le visage des soignants doit avoir l'air sérieux et chaque membre du personnel doit paraître occupé. Les remarques des accompagnants comme : « [les médecins] draguent les filles [les infirmières], au lieu de bosser ! » ou encore : « ils jouent tout le temps avec leur smartphone » ne sont pas rares et elles sont parfois dites volontairement à haute voix pour que le personnel l'entende.

Le personnel ne peut pas être en repos à la station des infirmiers, qui est équipée de quatre sièges de bureau. Le personnel peut sortir pour aller à la cantine et à la salle de prière du CHU, ou aux dortoirs du service pour dormir de minuit à 3 h 00 ou de 3 h 00 à 6 h 00, selon l'organisation des gardes de nuit. Les deux dortoirs du service séparés pour les hommes et les femmes sont situés dans la zone de soins et leur porte s'ouvre dans le couloir principal du SMT, qui relie l'entrée aux différentes unités du service. Ces dortoirs n'isolent pas le personnel de ce qui se passe dans le service, alors qu'ils sont censés dormir trois heures. Ils entendent les appels sur les

³⁵⁵ Bentham, *Le Panoptique*.

haut-parleurs et sont appelés à reprendre le travail s'il y a une affluence dans le courant de la nuit. Les dortoirs comprenant plusieurs lits, il reste peu de place pour une autre activité et ils ne sont utilisés que pour dormir. Parfois, afin d'éviter de grimper la pente qui mène au CHU pour rejoindre la salle de prière principale, un petit tapis ou un bout de carton permet au personnel de faire la prière au milieu du dortoir, « vite fait » ou sans hâte – selon le rythme de chaque personne et la durée considérée comme « acceptable » par les collègues – pour ensuite reprendre le travail. Au contraire, il arrive qu'un membre du personnel se fasse surprendre dans la salle de prière du CHU par un collègue du SMT, alors qu'il est en train de faire une sieste sous prétexte de faire sa prière, loin des regards. Sans espace aménagé spécifiquement pour les pauses ou les moments conviviaux entre collègues, la station des infirmiers se transforme en salle de repos « camouflée », car il faut continuer à faire semblant d'être occupé, étant à la fois observé par toutes les personnes qui sont assises ou couchées dans la salle, et par la direction, depuis la caméra de surveillance (qui n'est pas la seule à enregistrer les scènes qui se déroulent au SMT) :

Je vois à côté du lit le RCP³⁵⁶ d'un patient âgé d'une trentaine d'années. Les membres du personnel se relayent à tour de rôle pour faire le massage cardiaque quand l'interne d'anesthésie-réanimation (AR) qui anime l'équipe de réanimation me demande ce que je fais auprès du lit. Je réponds avec hésitation : « je suis sociologue ». « Mets les gants et commence à faire le massage », m'invite l'interne avec un petit sourire. Au bout d'une heure, l'interne AR part enregistrer l'heure du décès. Je constate un mouvement du thorax ainsi que la pulsation de la carotide. Je demande à l'autre interne : « Docteur, est-ce qu'il continue à respirer ou c'est mon illusion ? ». Elle vérifie et annonce que le patient présente toujours des signes de vie. Nous recommençons le RCP. L'électrocardiogramme ne montre aucun signe d'activité cardiaque. Ils remplacent l'appareil pour être sûrs que ce n'est pas un problème

³⁵⁶ Réanimation cardiopulmonaire

technique. J'entends dire que c'est un cas de suicide avec un poison³⁵⁷ qui ne laisse aucune chance de survie. Mais le personnel continue pendant une demi-heure de toutes ses forces en répétant que le patient est jeune. J'aperçois d'un coup que quelqu'un filme la scène avec un caméscope depuis l'interstice entre les rideaux – que quelqu'un avait enfin pensé à tirer pour isoler la scène du reste de la salle. Une dizaine de proches du patient entourent le lit à l'extérieur des rideaux. Les cris, lamentations et hurlements se multiplient. « Pourquoi ne vous l'avez pas amené plus tôt ? Pourquoi ne vous l'avez pas amené dans un meilleur hôpital ? », crie un des accompagnants en pleurant. « Les autres patients ont témoigné qu'il avait appelé à l'aide pendant 4 heures en disant qu'il avait mal, mais personne n'est venu à son secours ! » gémit une dame qui s'avère être la mère de défunt. J'entends les cris à l'extérieur du service. Plusieurs agents de sécurité sont dans la salle et essaient de faire sortir les accompagnants.³⁵⁸

La transformation de la salle principale du service en salle de réanimation et lieu d'expression des doléances ou de deuil suite au décès d'un proche, n'est pas rare. La scène est observée et les événements sont suivis par d'autres patients et leurs accompagnants, alors qu'eux-mêmes attendent qu'on « leur sauve la vie » ou qu'on les soulage de leur douleur, car ils sont venus à l'« Urgence » persuadés qu'ils ont besoin d'une prise en charge immédiate. Ainsi, l'espace conçu pour le soin et l'observation médicale s'ouvre à toutes formes de critiques, d'ironie, de rappels à la moralité et à la responsabilité ainsi qu'à des menaces de poursuites judiciaires, voire d'agressions physiques par les patients ou les accompagnants. L'objectif des plaignants est toujours le même : faire agir le personnel soignant en leur faveur. Une marge parfois infime sépare l'espoir de réussir la négociation entamée avec le soignant pour obtenir gain de cause, de son échec ; cela peut aboutir à de vifs affrontements.

³⁵⁷ SN Chugh et al., « Incidence & Outcome of Aluminium Phosphide Poisoning in a Hospital Study », *The Indian Journal of Medical Research* 94 (juin 1991) : 232-35.

³⁵⁸ « Extrait du journal de terrain SMT ».

« Réponds-moi correctement ! » crie un accompagnant trentenaire en face d'une infirmière, lorsqu'une femme, en l'occurrence sa sœur, le rejoint. « Qu'est-ce qui s'est passé, hein ?! ». Un médecin senior, spécialiste interne, qui s'habille d'habitude en costume sans mettre de blouse blanche intervient brièvement avant de quitter aussitôt la scène. « On se calme un peu ! », réplique un infirmier quinquagénaire en faisant une piqûre au patient du lit voisin. « Elle est comme ta sœur ! Pourquoi ne me l'as-tu pas demandé alors que tu m'as regardé en premier ? As-tu osé lui crier dessus parce que c'est une femme ? », continue l'infirmier d'un ton ferme en se déplaçant pour se positionner en face de l'accompagnant, entre lui et l'infirmière concernée. « Je vois que tu as bien fumé », reprend l'accompagnant d'un ton ironique [en sachant que c'est le mois de Ramadan ³⁵⁹ et l'infirmier risque de recevoir un avertissement du comité étiqque du CHU, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur l'évolution de sa carrière, comme l'annulation ou le retardement de son recrutement en tant que fonctionnaire d'État]. « Ce ne sont pas tes oignons ! » réplique l'infirmier. Le ton monte et l'accompagnant insulte l'infirmier qui part vers l'accueil pour revenir avec un policier et lui dit qu'il veut porter plainte contre l'accompagnant, alors qu'en parallèle l'agent de sécurité intervient pour faire sortir les autres accompagnants de la salle et calmer le service. « Son mari [de la patiente] est un médecin qui travaillait aussi à l'université, mais qui a été licencié après la révolution [de 1979] accusé d'être aristocrate ! Nous comprenons que les infirmiers sont aussi très chargés et fatigués, mais nous avons perdu notre beau-frère il y a quelques semaines par la faute d'une infirmière ». La sœur essaye de calmer la tension. « Je ne parle pas avec vous madame ! » continue l'infirmier en insistant pour porter plainte pour avoir été insulté, alors

³⁵⁹ Pendant le mois de Ramadan, il est formellement interdit de manger, de boire ou de fumer en public et même si l'individu ne peut pas faire le jeûne en présumant que c'est pour des raisons de santé, il doit faire semblant

*que l'agent de police qui souhaite visiblement calmer le jeu essaye de persuader l'accompagnant de quitter la salle.*³⁶⁰

Les cris de l'accompagnant pourraient être considérés comme une rupture de communication si celui-ci quittait immédiatement le service après l'esclandre, mais le fait que la dispute perdure – dans l'espoir d'obtenir une réponse concernant sa mère malade qui attend l'intervention des soignants – nous laisse penser que, paradoxalement, ces vociférations constituent aussi un moyen de négocier. Faire pression durablement sur l'infirmière, c'est l'inviter à choisir entre l'approfondissement et l'élargissement de la tension ou l'apaisement de la situation en donnant satisfaction à la demande de l'accompagnant. Dans tous les cas, avec ses cris, l'accompagnant essaie de changer la structure du jeu, le terrain de jeu. Avec cette dernière notion, nous désignons un espace défini par des règles *ad hoc* s'éloignant des espaces d'actions définies formellement par l'institution hospitalière. Les échanges ne s'inscrivent plus dans le domaine médical et ne correspondent plus aux procédures de soins. Les ressources mobilisées par chacune des parties prenantes tissent une « trame des négociations »³⁶¹, des interactions qui se personnalisent de plus en plus. Chacun tente de mener le jeu sur le terrain qu'il connaît mieux, c'est-à-dire là où il contrôle le mieux ses zones d'incertitudes.

Sans même savoir pour quelle raison l'infirmier qui se trouvait à proximité au moment où la dispute a éclaté a décidé d'intervenir, nous pouvons voir que parmi les éléments qu'il pouvait utiliser pour ramener l'accompagnant dans le cadre institutionnel, il avait choisi de s'appuyer sur un modèle qui rappelle les valeurs « patriarcales » qui sanctionnent le fait de s'en prendre « aux plus faibles ». Les femmes et les enfants étant considérés comme les faibles dans ce modèle, ceux qui s'en prennent aux femmes et aux enfants sont donc dépréciés. L'« homme courageux » qui respecte ces valeurs patriarcales – pour se faire respecter à son tour dans une société fondée sur ces valeurs – doit ainsi s'adresser à un homme pour exprimer ses doléances.

³⁶⁰ « Extrait du journal de terrain SMT ».

³⁶¹ Anselm Leonard Strauss, *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme* (Paris : Editions L'Harmattan, 1991).

La réplique de l'accompagnant modifie alors à nouveau le cadre du jeu. Son attaque se fonde sur les valeurs éthiques institutionnalisées par l'institution religieuse, légitimée elle-même par le pouvoir politique et étatique – donc prises en compte dans les procédures de recrutement des agents de l'État. Ces valeurs sont largement acceptées par une partie de la société iranienne qui se réfèrent à ces normes religieuses.

L'infirmier à son tour profite d'une insulte proférée par l'accompagnant pour introduire la possibilité d'un jeu fondé sur l'ordre de l'institution juridique, tout en sachant sans doute que les chances d'obtenir gain de cause dans un procès hautement improbable sont quasi inexistantes. Au regard de la gravité et de la fréquence des violences qui occupent le système juridique iranien et que l'on peut voir dans les médias, la dispute avec insultes dans le service est en effet d'une grande banalité. Cela étant, l'accompagnant sait qu'il enfreint des règles explicites qui formellement sont condamnables si l'infirmier met sa menace de poursuite à exécution.

En évoquant son père qui était médecin, la troisième personne qui intervient présente un quatrième terrain de jeu. Tout d'abord, elle essaie en apparence d'apaiser la tension, en reconnaissant la charge de travail des infirmiers. Or, c'est une façon de réaffirmer que l'infirmière est fautive, tout en restant indulgente vis-à-vis d'elle et en dépersonnalisant le défaut en évoquant la charge de travail comme cause principale de l'erreur. Cette accompagnante invite implicitement les deux protagonistes, son frère et l'infirmier, à trouver un terrain d'entente sur des valeurs de confrérie et sur le respect entre les personnes du même métier, ou au moins les personnes qui travaillent dans l'institution médicale et qui partagent les mêmes valeurs autour de la symbolique d'avoir prêté serment³⁶².

Cependant, cette accompagnante ajoute encore un cinquième terrain de jeu en rappelant sa position sociale supérieure, et plaide la justice (pour sa famille) en parlant de l'injustice qui aurait été infligée à son père (donc à sa famille) au moment de la révolution de 1979 en Iran. À la fin, elle essaie de légitimer leur vigilance et

³⁶² Serment d'Hippocrate

d'expliquer la réaction agressive de son frère par l'expérience dramatique qu'ils auraient subi récemment. L'infirmier refuse de jouer sur ces terrains superposés où les accompagnants cherchent à l'entraîner.

Il est important de souligner, et nous reviendrons sur ce point tout au long de cette analyse, ce que génère la superposition de plusieurs terrains de jeu pour les acteurs, chaque terrain ayant ses propres règles et son cadre spécifique. Dans cet exemple, et nous en verrons plusieurs autres dans de ce chapitre, nous faisons l'hypothèse que ces règles du jeu ne sont pas de pures inventions des acteurs ; elles font référence aux structures normatives existantes dans la société, et ce, indépendamment de l'établissement. Les improvisations argumentatives auxquelles donnent lieu les disputes qui éclatent dans l'organisation puisent dans des gammes proposées par une pluralité d'institutions sociales historiques, c'est-à-dire ces institutions que la société « en mesure de s'auto-instituer » a créées et qui sont en évolution de manière constante dans un processus historique, pour reprendre les termes de C. Castoriadis³⁶³. La possibilité, pour chacun, de recourir lors d'échanges interpersonnels à ce que charrient ces institutions, dans leur structure normative, leur « cadre institutionnel »³⁶⁴ leur « symbolique »³⁶⁵, offre une pluralité des terrains de jeu. Pour le dire autrement, le sociétal (dans toutes ses dimensions) élargit le champ des possibilités stratégiques des acteurs, sans invalider pour autant les jeux structurés par l'organisation. Avant de réexaminer ce point, qui constitue sans doute l'un des axes essentiels que nous cherchons à étayer dans notre recherche, revenons sur le contexte qui permet la superposition de ces différents terrains de jeu.

Rappelons d'abord que la scène décrite ci-dessus se déroule dans une institution qui garde un contrôle élevé – par rapport aux autres institutions sociales³⁶⁶ capables de

³⁶³ Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*.

³⁶⁴ Ibid., 302.

³⁶⁵ Ibid., 162.

³⁶⁶ M. Weber, *Economie et société*, Agora (Paris, France).: Classiques, vol. 1 (Pocket, 1995), 94. En plus de la date d'édition du bouquin que tu as utilisé il faut indiquer aussi la première édition du bouquin ce qui évite de laisser croire que Weber écrivait encore en 1995.

distribuer des normes et des biens³⁶⁷ – sur le comportement et les mouvements de l'individu. Ce contrôle peut aller jusqu'à une mise sous contention d'un individu pendant le temps de sa présence dans le service (comme nous l'avons vu dans le Chapitre I) en même temps qu'il soumet les individus à de procédures strictes pour pouvoir sortir du service. C'est le personnel soignant qui ordonne où le patient doit rester (le brancard), la manière dont il doit se tenir (assis, couché, etc.), ce qu'il doit manger ou boire, voire s'il a le droit de parler ou non (ainsi sont accrochées sur les murs de nombreux espaces de soin, des photos d'une infirmière avec un doigt sur la bouche pour signifier le silence). Cette emprise sur le corps du patient peut aller jusqu'à lui ôter tout contrôle en le mettant sous anesthésie générale pour le manipuler, le perforer, l'amputer, le mettre sous respiration artificielle, et ce, pour le « guérir » ou juste pour le maintenir en « vie ».

4. L'institution médicalisée aux plurielles et l'espace-temps transversal

Nous l'avons indiqué, pour contrôler non seulement les entrées et sorties du service, mais aussi les comportements potentiellement hors norme qui sont intolérables dans le cadre médical, le recours à des agents de police -qui, rappelons-le, sont postés en permanence dans le service- est habituel. En d'autres termes, l'exercice du pouvoir sur les individus est transféré de l'institution médicale à l'institution policière. Les soignants comme les patients sont plongés dans un même univers où l'organisation du travail se déploie dans un bain institutionnel marqué par l'omniprésence du contrôle : ils mènent « une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées »³⁶⁸. Une différence de taille existe toutefois entre les professionnels et les usagers du service : ces derniers ne font que passer pendant que les premiers y exercent durablement. De ce fait, on peut comprendre que les patients et leurs accompagnants aient tendance à mobiliser lors de leurs interactions et de leurs « négociations » avec les soignants des ressources extra-organisationnelles. Ne connaissant pas les normes de fonctionnement de

³⁶⁷ E. C. Hughes et J. M. Chapoulie, *Le regard sociologique : essais choisis* (Ecole des hautes études en sciences sociales, 1996).

³⁶⁸ Goffman et al., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, 41.

l'institution hospitalière, ils puisent dans le seul registre qu'ils possèdent, celui des institutions sociétales. Il est plus surprenant de constater que les personnels qui, pour leur part, maîtrisent les règles de fonctionnement du monde médical et hospitalier ne se contentent pas de mobiliser les registres organisationnels pour gérer leurs controverses avec leurs interlocuteurs. Qu'est-ce qui peut les pousser à activer des leviers d'action extra-organisationnels ? En recourant à des registres d'action ou des régimes discursifs qui se fondent sur des dimensions sans rapport avec le soin (le religieux, le juridique...) ne font-ils pas l'aveu que le pouvoir qui leur est donné par l'institution hospitalière est insuffisant ou illégitime pour gérer leurs relations aux patients et à leurs accompagnants ? Ce que nous avons nommé plus haut « les espaces transversaux » et les descriptions que nous avons faites des scènes qui s'y déroulent, fournissent un matériau essentiel pour comprendre les conditions à partir desquelles s'organisent les jeux relationnels articulant des règles organisationnelles et extra-organisationnelles. Contrairement au SUM ou au SUT où nous avons présenté les couloirs et l'accueil comme des espaces transversaux, au SMT, c'est la salle principale qui devient un espace transversal. En ce lieu, les règles qui régissent les interactions sont en permanence redéfinies sur un mode fortement personnalisé. Cette dynamique de redéfinition permanente de règles du jeu personnalisées, dans un enchaînement circulaire, reproduit des situations singulières, le plus souvent « hors cadres » ; elles ne peuvent être gérées dans le cadre des règles prédéfinies de l'organisation.

Cette transformation de l'espace de soins en un espace transversal est plus « facilement » contrôlée par le personnel quand les interventions sont organisées dans les salles spécialisées du service, comme la salle de réanimation où il n'y a pas d'autres patients ni d'accompagnants. Pour les patients déjà installés dans la salle principale, la RCP (Réanimation Cardio-Pulmonaire) doit avoir lieu sur place pour gagner du temps puisque chaque seconde compte pour réduire au maximum les risques de séquelles. Les patients qui viennent d'être accueillis dans le service sont transférés directement en salle de réanimation. Après l'intervention et en cas de décès du patient, les proches du défunt peuvent passer quelques minutes à ses côtés

pour lui « faire leurs adieux ». La durée dépendra là encore de la négociation qui s'établira entre eux et l'agent de sécurité qui a pour mission de les faire sortir.

« Ô, Dieu, emmène-moi ! » répète une femme âgée qui murmure sur son brancard. Il est 3 h 00 et il reste environ une heure avant l'appel à la prière du matin [c'est le ramadan et pendant cette période, les membres du personnel sur place doivent se priver de manger et de boire³⁶⁹. Quand la période du ramadan coïncide avec l'été, où les journées sont plus longues dans l'hémisphère nord, le jeûne dure au moins 16 heures entre l'appel à la prière du matin et l'appel du soir. Normalement, tous ceux qui sont concernés mangent quelque chose et s'hydratent pour pouvoir tenir jusqu'à l'appel à la prière de soir]. En dehors de la zone de soin, la télévision de la salle d'attente principale, qui est située à l'entrée, diffuse les prières matinales et une des infirmières est assise dans la salle et regarde les prières au lieu d'aller se coucher pendant les 3 heures de son repos. Une autre infirmière parle debout face au mur sur son portable personnel branché sur une prise électrique murale. Je rentre dans la zone de soins en entendant l'appel à un brancardier retentir dans les haut-parleurs et je constate qu'une infirmière qui est responsable de cette garde de nuit et une aide-soignante cherchent un brancardier afin de transférer un patient dans un autre service spécialisé du CHU tout en se demandant s'il faut ou non le transférer sans couverture. Un brancardier se rend à la station des infirmiers et renonce à amener le patient : « Je dois d'abord manger avant l'appel à la prière ». L'infirmière se met à parler vite et à insister d'un ton aigu pour qu'il réalise le transfert rapidement. « Je n'irai pas ! Je vais d'abord manger, tu le verras ! » répond le brancardier d'un ton ferme, agacé et sec, la tête légèrement penchée vers le bas, les sourcils froncés, les pupilles collées à la paupière supérieure et il claque les barrières du brancard du patient avec force et fracas. Il part ensuite et l'infirmière continue à dire à l'aide-

³⁶⁹ Sauf dérogation pour les malades, les enfants et les non-musulmans, le non-respect de cette règle religieuse dans les lieux publics est considéré comme le fait de « commettre ouvertement un acte de *haram* (péché) » exposant le « coupable » à une peine allant jusqu'à deux mois d'emprisonnement ou jusqu'à 74 coups de fouet selon l'article 638 du code pénal iranien.

soignante à haute voix, ce que le brancardier entend également, « le patient est dans un mauvais état et s'il meurt, ce n'est pas vous le responsable c'est à moi de répondre ! Attends demain matin que Madame H. [la cadre de santé] arrive, je lui raconterai tout ça ! Le téléphone de l'autre côté de la station des infirmiers sonne. L'interne qui est assis à côté du téléphone et qui est témoin la scène ne réagit pas. L'infirmière se déplace pour décrocher le téléphone qui s'arrête au moment où elle s'en saisit alors que l'autre combiné se met à sonner de l'autre côté. « Je suis vraiment épuisée », gémit-elle en revenant à sa place pour le décrocher. »³⁷⁰.

Nous observons dans le cas ci-dessus un décalage entre trois « temporalités sociales »³⁷¹ : 1) Une temporalité religieuse qui s'impose comme un cadre instituant, sous forme d'un rite religieux rythmé par un temps objectif fondé sur à la fois un calendrier lunaire et un temps solaire. Autant d'éléments dépendants de la position géographique de l'individu et qui sont enjointés par l'institution religieuse selon chaque jour, chaque ville, et un « temps moderne » international variant avec les fuseaux horaires. 2) Une temporalité médicale, toujours institutionnelle, qui se fonde sur une temporalité liée aux mécanismes biologiques du corps humain, lesquels résultent d'une connaissance appuyée sur des données statistiques, des mesures cliniques, qui indiquent l'espérance de résultat (X%) selon le temps (T) qui s'est écoulé entre le moment de l'accident cardiaque et l'intervention médicale. « Chaque minute gagnée dans la mise en place d'une RCP efficace peut augmenter de 10 % les chances de survie de la victime »³⁷² indique le Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire (CFRC) dans ses recommandations. 3) une temporalité organisationnelle dépendant des procédures qui articulent l'intervention des différentes catégories professionnelles.

³⁷⁰ « Extrait du journal de terrain SMT ».

³⁷¹ Daniel Mercure, « L'étude des temporalités sociales. Quelques orientations », *Cahiers Internationaux de Sociologie* 67 (1979) : 263.

³⁷² « Les nouvelles ERC Recommandations 2015-202 présentées par le CFRC », Conseil Français de réanimation cardio-pulmonaire (CFRC), 16 octobre 2015, <http://www.cfr.fr>.

Dans le cas décrit ci-dessus, l'infirmière responsable est confrontée au risque du décès d'un patient qu'elle considère se trouver dans un état critique ; pour elle, les éventuelles conséquences seront juridico-disciplinaires, sans compter les aspects humains et éthiques. Le brancardier, avec un statut de contractuel dans une société privée sous-traitante du SMT, prend le risque d'une désobéissance à l'ordre hiérarchique, mais il respecte des normes religieuses. L'infirmière et l'aide-soignante (qui assiste à la scène et qui cherche activement un brancardier) peuvent se charger du transfert du patient, mais elles abandonnent le poste de travail qui leur est assigné. Dans cette hypothèse, elles pourraient être remplacées l'espace d'un instant, mais encore faudrait-il que l'interne responsable médical du moment soit présent. On voit ici se superposer des régimes pluriels qui tous commandent les actions sans pouvoir nécessairement se coordonner.

Les stratégies observées depuis les discours mobilisés peuvent surprendre. L'infirmière, soucieuse de donner des « soins » en « urgence » pour sauver un patient, indique au brancardier, pour le convaincre de réaliser le transfert, qu'en cas de décès de celui-ci, c'est elle qui pourrait être responsable juridiquement. Ce faisant, elle mobilise un argument tourné vers l'idée qu'elle veut se préserver d'une éventuelle sanction avant d'indiquer qu'il faut sauver le patient. Si l'interne, l'infirmière, l'aide-soignante et le brancardier – les quatre membres du personnel – sont tous d'accord pour dire que, selon les critères médicaux, la chance de survie du patient diminue à l'instant même où ils sont en train de discuter, on peut s'interroger sur ce qui motive cette perte de temps. Pour le dire autrement, si la temporalité médicale est connue et acceptée de tous les protagonistes de la situation et que néanmoins il y a tergiversation, discussion, négociation, c'est que ce sont d'autres dimensions qui viennent ordonner la temporalité de l'action. Les « multiples temporalités sociales »³⁷³, rythmées par leurs multiples références, tant organisationnelles que sociétales, viennent déplacer ce que l'on pourrait considérer comme relevant d'une « attitude normale » dans un service d'urgences médicale.

³⁷³ Mercure, « L'étude des temporalités sociales. Quelques orientations ».

Cette négociation entre l'infirmière et le brancardier sur fond d'une absence de participation active des autres acteurs potentiels de la situation (l'aide-soignante et l'interne) illustre le fait que, en la circonstance, un rituel religieux est tout aussi légitime qu'une justification médicale. Cette superposition des priorités, ordonnant des temporalités sociales, complexifie le champ des possibilités de jeux stratégiques.

Tentons d'étayer le raisonnement. Le brancardier n'agit pas sur un simple « coup de tête » ni en ignorant volontairement ou inconsciemment les éléments organisationnels et institutionnels qui peuvent agir en sa (dé)faveur dans la dispute et le rapport de force qui l'oppose à l'infirmière. Si nous faisons l'hypothèse que le brancardier agit avec raison (au moins ses raisons) et que cela correspond à une temporalité religieuse qui est fixée pour toute la société iranienne - à laquelle il est continuellement rappelé l'importance qui doit être accordée au rituel du ramadan - alors, on peut en déduire que le comportement du brancardier relève d'une totale légitimité du point de vue de la société iranienne. Si le patient venait à décéder faute d'avoir été transféré suffisamment rapidement, le brancardier pourrait être exempté au moins d'une partie de sa responsabilité, car son comportement pourrait s'appuyer sur l'idée que ne pas respecter l'« ordonnance » religieuse du ramadan lui aurait fait encourir une pénalité dans sa « vie d'après la mort ».

La temporalité qui organise le comportement du brancardier est à la fois individuelle, mais aussi religieuse et sociétale. Il a évité un « péché » et quelles que soient les conséquences de sa position, elle peut lui paraître légitime car il s'est évité de prendre le risque d'une sanction dans « l'Au-delà ». Cette attitude peut être rapprochée de celle de la patiente âgée, que nous avons évoqué au début de ce récit, et qui réclamait la mort pour accéder à la « vie éternelle » - en se débarrassant, au passage, de la douleur de sa vie terrestre. Sous une autre forme, elle convoque une croyance religieuse qui fixe une temporalité individuelle (en finir au plus vite), laquelle n'est pas celle de l'organisation (prolonger l'existence du patient), mais qui rejoint tout de même une temporalité religieuse (mériter un « Au-delà » radieux) largement reprise au sein de la société iranienne. Quand cette temporalité, à la fois personnelle et subjective, se trouve non seulement légitimée par une temporalité sociale et institutionnelle – dans le cas présent, elle prend une forme religieuse – et

se révèle être partagée par d'autres acteurs de l'interaction analysée, alors elle devient décisive dans l'organisation de la (non) relation à l'autre. La rationalité organisationnelle, les règles du métier, les procédures professionnelles en tout genre, sont percutées par une logique externe à l'hôpital. Ce que nous nommons les temporalités superposées complexifient les jeux entre acteurs, élargissent les champs d'action et renforcent le nombre d'espaces où se construisent les marges de manœuvre des uns et des autres

Notons que cette superposition des références qui ordonnent les priorités de l'action vient affecter tous les compartiments de la vie organisationnelle. Par exemple, la frontière entre le temps de travail et le temps individuel peut se trouver brouillée. Au SMT, d'après les données organisationnelles formelles, les membres du personnel sont considérés comme étant « au travail », à partir du moment où ils valident leur badge sur l'appareil de pointage. Pendant ces « temps de travail »³⁷⁴, ils sont soumis aux ordres de la hiérarchie, à l'application de normes et à l'obtention de résultats qualitatifs et quantitatifs, autant de dimensions correspondant au poste qu'ils occupent. Entre l'arrivée et le départ du personnel, il est prévu un temps de pause et un temps de prière, lui-même considéré comme un temps individuel. En raison de l'activité du SMT qui se trouve, comme les deux autres services étudiés en France, largement dépendante des heures d'affluence, de la nature des interventions à réaliser (qui peuvent se prolonger et entraîner dépassements d'horaires ou des articulations difficiles entre catégories professionnelles et spécialités médicales au moment des relèves), il est très difficile de prévoir ce que sera l'emploi du temps réel des professionnels et de garantir une temporalité organisationnelle fixe et précise. Ainsi, il revient à chacun d'évaluer le moment « pertinent » pour prendre sa pause. Le désir personnel peut entrer en contradiction avec l'exigence organisationnelle de l'activité, mais si on ajoute aussi les contraintes temporelles de l'activité rituelle-religieuse, les questions de coordination se complexifient. Ainsi, la même analyse suggérée précédemment à propos de ce que

³⁷⁴ William Grossin, « 7. Les temps de travail », in *Traité de sociologie du travail*, vol. 2e éd., Ouvertures sociologiques (Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 1998), 139-56, <https://doi.org/10.3917/dbu.coste.1998.01.0139>.

nous avons nommé des espaces transversaux peut être convoquée pour approcher, cette fois, des temps transversaux. Tout comme nous avons vu, au Chapitre III, une pluralité de cadres instituants et ce qu'ils offraient comme espaces de jeux stratégiques, nous allons explorer ces temps transversaux. Ils débordent les cadres organisationnels, ne sont pas fixés de façon strictement individuelle et personnelle, et offrent à chacun des moments de jeux pour contrôler des zones d'incertitudes, construire ses relations aux autres.

5. Le contrôle des temporalités

La superposition des temporalités et des ressorts qui les fondent accroît les possibilités de jeu et peut renforcer la place de l'aléatoire au sein de l'organisation, pour autant cela ne fait pas disparaître l'idée de contrôle et les dispositifs de sanction qui vont avec. Au SMT, entre autres méthodes « classiques » comme les avertissements (et les conséquences qu'ils peuvent avoir sur le parcours des professionnels), la diminution ponctuelle du salaire, le licenciement..., la sanction peut aussi prendre la forme d'une pression exercée sur les temps de travail. Au SMT, comme pour les deux autres services étudiés en France, le temps de travail est défini selon une temporalité organisationnelle. Les personnels sont en effet soumis à des horaires de travail fixes, à un nombre de jours correspondant à un volume horaire hebdomadaire et mensuel fixé par l'organisation en appui sur le droit du travail³⁷⁵. Pour les soignants, le travail de nuit peut être rémunéré davantage que le travail de jour, selon les décrets ministériels et les modalités intra-organisationnelles. Cette temporalité, que l'on peut qualifier d'organisationnelle, peut cependant être modifiée par la notion de « responsabilité ». Par exemple, dans les deux services étudiés en France, le médecin senior ne peut abandonner son poste s'il n'est pas relayé par son remplaçant, même si le temps de travail défini par son emploi du temps est dépassé. En Iran, il en va de même avec quelques variantes. Par exemple, un aide-soignant responsable d'un patient ne peut pas quitter le service si les gestes prescrits lui incombent, et devant être appliqués au patient, n'ont pas été réalisés

³⁷⁵ Citation nombre d'heure de travail : loi de travail en Iran et en France

au moment de la relève. Pour quitter le service, il doit avoir fini ce qui lui incombe. Ce changement d'emploi du temps peut compliquer de nombreux aspects de la vie privée du personnel. Par exemple, beaucoup des membres du personnel du SMT habitent loin de l'hôpital, parfois dans des quartiers difficilement accessibles avec les transports en commun. Afin de faciliter leurs transports, le CHU a mis à disposition des navettes qui partent à des heures précises, avec des trajectoires balayant une grande partie de ces quartiers. La personne qui est obligée de rester plus longtemps que prévu ne pourra donc pas utiliser ladite navette. La désorganisation personnelle que cela peut entraîner n'est pas négligeable. Nous avons pu observer que ce genre de pénalisation était fréquente avec les internes ou externes. En cas d'oubli ou d'erreur de diagnostic, leur supérieur hiérarchique peut les retenir au-delà de leur temps de travail officiel. Si cette pratique est courante, elle n'est encadrée par aucun texte, aucune charte, aucun règlement officiel. Ce genre de sanction relève donc totalement de l'arbitraire et sera donc l'objet d'un rapport de force, d'une négociation plus ou moins explicite et très personnalisée :

« Pourquoi tu l'as laissé partir ton externe ?! » s'étonne un interne en neurochirurgie en parlant à une autre interne plus jeune ayant moins d'expérience. « Franchement, on les rend trop exigeant ces externes. Et tu as fait toi-même la suture ? Appelle ton externe et demande-lui de venir immédiatement te remplacer pour que tu puisses manger [Sahari]³⁷⁶. Oblige-le à rester ici pour que tu manges tranquillement. Si tu n'arrives pas à manager ton externe ici, comment veux-tu manager ton équipe plus tard ? » conseille l'interne aîné³⁷⁷.

Aux temporalités sociales évoquées ci-dessus, une autre temporalité s'ajoute : celle qu'impose l'institution pédagogique. Elle vient se superposer aux autres. Rappelons qu'une fois admis, les internes doivent d'abord travailler pendant six mois dans un service d'urgences avant d'être promus et de passer plus de temps dans un service « classique » correspondant à leur spécialité. Plus ils avancent dans les années de leurs études, plus ils peuvent déléguer leur responsabilité aux étudiants moins

³⁷⁶ Ceux qui font le ramadan mangent *Sahari* avant l'appel à la prière du matin pour faire le jeûne

³⁷⁷ « Extrait du journal de terrain SMT ».

avancés dans leur cursus pour pouvoir dégager du temps de lecture. Critiquée par la plupart des internes lors des échanges et des entretiens que nous avons eus avec eux, cette méthode semble être toujours soutenue par l'institution pédagogique, au moins en ce qui concerne l'université des sciences médicale qui supervise ce CHU. D'après les externes, leur situation est difficile à tenir. Ils doivent à la fois apprendre et ingurgiter de très nombreuses informations et références théoriques, mais aussi assurer des gardes qui peuvent durer parfois jusqu'à 30 heures d'affilée, avec peu de temps de repos. Les internes, conscients de la difficulté, la considère toutefois comme légitime en ce qu'elle contribue, selon eux, à « forger » de futurs médecins qui seront confrontés à la surcharge de travail, à l'épuisement -notamment en chirurgie. Chacun poursuit la logique attachée à ses contraintes. Les internes, sous la pression des gardes à assurer et des travaux théoriques attendus pour réussir leurs examens, tente de dégager du temps pour lire, écrire. Dégager du temps est essentiel pour eux et ils se déchargent dès que possible des tâches qui peuvent être assurées par d'autres -singulièrement les externes.

La dimension formation-pédagogie nécessairement présente au cœur des services avec les externes et internes, en même temps qu'elle constitue une ressource (de main d'œuvre, de savoir-faire) vient ajouter des contraintes d'ordre institutionnel et une nouvelle temporalité sociale. Parmi ces couches de temporalités, il faut également compter au sein du SMT avec celles qui se rapportent au CHU et aux décisions ministérielles et gouvernementales. Le service se trouve en effet forcément affecté, dans son fonctionnement, par les décisions et orientations du CHU. Par exemple, le matériel utilisé par le SMT pour remplir sa mission dépend largement de la chaîne d'alimentation des moyens en provenance du CHU et des autres services de celui-ci. Le caractère aléatoire du flux des patients et la variété imprévisible des pathologies dont ils sont atteints rendent difficilement planifiables les commandes des fournitures médicales, tout comme le nombre et le type de recours qui seront sollicités auprès des médecins du CHU afin qu'ils puissent venir rendre un avis sur le cas d'un patient relevant de telle ou telle spécialité. Le matériel provenant du CHU pourra être insuffisant ou absent, les médecins spécialistes se révéler non disponibles. La temporalité du service est alors bousculée par celle du

CHU. L'approvisionnement, le stockage, la stérilisation des matériels périssables... sont autant de dimensions qui s'organisent en dehors des frontières du service, lequel, en raison même de son activité « d'urgence », pourra se trouver empêcher dans son bon fonctionnement par l'environnement dont il dépend.

Deux accompagnantes demandent à l'agent de sécurité : « Y a-t-il une urgence ? » « Voulez-vous dire l'ambulance ? » répond gaiement l'agent de sécurité. « Nous sommes bien dans le service des urgences ! Pourquoi n'y a-t-il pas d'ambulance ? » Une des accompagnantes proteste en se précipitant pour suivre l'agent de sécurité qui quitte la salle principale pour chercher l'ambulance, alors que l'autre accompagnante reste à côté de la station des infirmiers en pleurant. L'infirmière D. passe des appels téléphoniques pour trouver le chauffeur de l'ambulance du SMT [qui est utilisée pour le transfert des patients vers les services spécialisés en haut de la colline]. Je me rends dans la salle de RCP [située non loin de la salle principale et juste après l'entrée dans la zone de soin] car je ne supporte pas l'odeur qui émane d'entre les portes à double battant. Je ne parviens pas à entrer. Deux infirmières sont à l'intérieur et j'entends une qui essaye d'interroger la patiente septuagénaire en l'examinant. « Nous avons une patiente à RCP et je voudrais que vous le transfériez à l'IRM³⁷⁸, s'il vous plait. ... Merci bien ! » L'infirmière D. parvient enfin à joindre le chauffeur de l'ambulance et lui demande gentiment. « La patiente est laissée seule dans la chambre avec un crâne ouvert ?! Que devons-nous faire pour transférer la patiente vers un autre hôpital ? » proteste une accompagnante. « Il faut d'abord demander une admission », répond l'infirmière D. « Pouvez-vous le faire pour nous ? J'ai également une plainte à propos de ce service. Où devrais-je m'adresser ? Vous avez mis en place une salle d'opération dans laquelle il n'y a rien ! Vous l'avez mise comme décoration juste pour montrer que le service en a une ? » continue l'accompagnante auprès de la station des infirmiers. L'état de la patiente se dégrade et quelques soignants commencent à s'agiter dans le couloir

³⁷⁸ Le service d'imagerie médicale du service n'est toujours pas mis en route. Les patients doivent être transférés au bâtiment central du CHU en haut d'une colline pour une IRM ou un scanner.

et à la station des infirmiers. « Il n'y a pas de set [d'instruments chirurgicaux] ! » grogne une infirmière. Une de ses collègues appelle un autre service pour trouver un interne d'anesthésie-réanimation (AR). Un interne « aîné » en troisième année de neurochirurgie de son internat se rend au SMT. « Pourquoi il n'y a aucun ASH dans le service, je les cherche sans arrêt » se plaint une infirmière à haute voix. L'interne tapote sur l'épaule de l'infirmier H. qui parle au téléphone et lui demande de raccrocher, car c'est une urgence. L'interne appelle ensuite le superviseur du CHU et dit d'un ton ferme et calme, mais tout de même menaçant : « Il n'y a pas de set dans la salle opératoire. L'état du patient se dégrade et si demain toute la responsabilité vous retombe dessus, ne vous plaignez pas ! ».

Nous reviendrons plus loin dans ce chapitre sur ce cas et sur la suite des interactions ; nous verrons s'agencer une configuration des rapports de force assez rare au SMT. Pour l'heure, on peut souligner que le télescopage entre de multiples temporalités sociales crée des décalages continuels ; ils contraignent à des ajustements, des agencements et viennent organiser les jeux de façon souvent inattendus. Pour le dire rapidement, le système d'action concret et les zones d'incertitudes qui le caractérise se trouve régulièrement mis en turbulence³⁷⁹. Avec ces décalages organisationnels, nous retrouvons les développements abordés au Chapitre IV où nous constatons l'écart entre les finalités théoriques de l'organisation (ses buts imaginaires) et son organisation pratique effective, ce qui ne manque pas de provoquer des conflits.

Le choix, que nous avons évoqué plus haut, d'une architecture panoptique et du stockage du matériel de soins dans la station des infirmiers du SMT, apparaît assez rationnel (économiquement au moins) en même temps qu'il donne une latitude plus grande aux acteurs. La contrepartie est déposée dans le fait que cela augmente le nombre d'aller-retours du personnel, multiplie les interactions parfois tendues avec les patients et les accompagnants et intensifie les interactions personnalisées et possiblement conflictuelles entre professionnels. C'est la même logique que l'on

³⁷⁹ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*, 288.

retrouve avec la centralisation de la préparation des troussees stérilisées d'instruments chirurgicaux de la salle d'opération ou de l'imagerie médicale, autant de dispositions et de décisions qui sortent du SMT. Ce fractionnement n'est pas forcément bloquant pour le « fonctionnement » de l'organisation, mais il débouche forcément sur des jeux qui conduisent les acteurs à rechercher toutes les ressources et les alliances possibles pour mener à bien leur activité et atteindre leurs objectifs. Ces jeux sont internes au SMT ou externes. Les temporalités sociales plurielles multiplient les espaces où se construisent les échanges, les interactions personnalisées et, comme nous l'avons déjà indiqué, cela conduit à un élargissement du champ des possibilités stratégiques, et à l'émergence de zones d'incertitudes dynamiques.

Cet élargissement du champ de possibilités stratégiques des acteurs dans leurs interactions est également observable au travers du rapport que ceux-ci établissent avec les objets qu'ils utilisent pour leur activité. Lors de l'entretien conduit auprès de la cadre de santé du SMT, elle fournit une illustration concernant cette question du rapport aux outils.

« Les ASH et les brancardiers qui sont recrutés n'ont pas la formation nécessaire [pour leur travail], ni même pour [assurer] leur propre sécurité. Ils sont souvent recrutés par un réseau de connaissances comme la famille, les amis ou des membres du personnel du CHU. Certains n'ont pas de diplôme (équivalent du BAC en Iran) et ont fait juste quelques années d'école primaire. Il faut leur apprendre les choses très basiques. Ils ne savent pas comment utiliser les outils et c'est difficile de les former. Je leur organise des formations et ils ont l'air d'apprendre, mais deux semaines plus tard, ils reprennent leurs habitudes et continuent à faire la même chose [qu'ils faisaient avant la formation] et il faut toujours les suivre pour qu'ils respectent les instructions. Par exemple, ils ne comprennent pas que se promener dans le service avec les tongs peut être

un danger pour eux même. Ou ils ne comprennent pas que le sac plastique noir est différent du sac jaune qui est pour les déchets infectieux. »³⁸⁰

Nous avons en effet observé ces attitudes éloignées des instructions données par le CHU. Les sacs jaunes et noirs sont censés servir à séparer les déchets infectieux des déchets « normaux » afin de permettre un traitement adapté par rapport aux risques sanitaires et aux effets environnementaux. Ces sacs jaunes et noirs se trouvent ensemble, pendant toute la durée de nos observations, dans le même chariot, sans protection particulière pour empêcher les déchets infectieux de se disperser. La plupart du temps, nous avons observé un liquide coulant du chariot qui contenait des sacs jaunes percés. Ces sacs contiennent des objets pointus et coupants comme des aiguilles et des flacons cassés de médicaments. Le chariot contenant ces sacs est poussé par un ASH à travers la cour du CHU pour être jeté dans un grand conteneur. Il est parfois transporté à l'extérieur de l'hôpital dans des camionnettes, toujours sans aucune protection ni couverture. Cette « décontraction » à l'endroit des règles d'hygiène et de sécurité se retrouve à l'occasion d'une autre observation.

Un ASH met des gants chirurgicaux pour vider la poubelle jaune pleine. Il jette les gants. Un peu plus tard, il vérifie une autre poubelle jaune et ne change pas son sac, probablement parce qu'elle n'est pas pleine. Par contre, il pousse ce qu'il y a dedans pour faire plus de place sans remettre ses gants, alors même qu'il y a du sang visible sur le couvercle de la poubelle. Il se contente d'essuyer le sang avec une serviette en papier et verse de l'eau à trois reprises sur le couvercle.³⁸¹

Après vérification, nous constatons qu'il n'y a aucune instruction médicale ni organisationnelle pour encadrer cet acte. Par contre, l'action de l'ASH correspond bien à « *Taharah*³⁸² », un rituel religieux dans l'islam pour nettoyer la souillure, ici

³⁸⁰ Cadre de santé, femme, 51 ans, Extrait d'entretien 18 - SMT, 2011.

³⁸¹ « Extrait du journal de terrain SMT ».

³⁸² Reinhart Ahlrichs, « Tahara », in *Encyclopaedia of Islam, Second Edition*, Encyclopaedia of Islam (Brill, s. d.), https://referenceworks.brillonline.com:443/entries/encyclopaedia-of-islam-2/tahara-SIM_7305.

le sang, qui se distingue de la saleté, et rendre le couvercle « propre ». Hautement institutionnalisée³⁸³, cette notion s'attache à une structure symbolique et exige des actes très ritualisés pour permettre de clarifier « le rapport de l'ordre au désordre »³⁸⁴. Cet aller-retour de l'ASH entre deux ordres institutionnels distincts, l'institution médicale et religieuse, ne se laisse que rarement observer et nous sommes conscients que dans ce cas, un contexte particulier l'autorise, qui n'aurait pas permis à l'individu d'avoir « suffisamment intériorisé » les normes de l'institution médicale ni à l'institution hospitalière d'avoir « suffisamment institué » son agent pour que le poids de cette dernière écrase les traces de l'autre. Nous verrons plus loin d'autres exemples où, quand il y a une superposition des structures institutionnelles – autrement dit, quand il y a une pluralité d'institutions légitimement présentes –, des acteurs agissent selon l'une des structures normatives de l'un ou l'autre des institutions. Ils peuvent, par la suite, regretter d'avoir « trahi » les valeurs de l'une des instances institutionnelles. Nous ne suggérons pas, ici, que la superposition des normes se fasse sur un mode étanche ni que les institutions de référence sont séparées, tout au contraire, notre hypothèse porte sur l'existence d'une pluralité d'institutions qui s'entrecroisent, s'entremêlent, se décalent, se heurtent, selon les cas. Nous parlons d'institutions dès lors que se trouvent légitimées des valeurs, des normes, qu'elles s'inscrivent de façon forte et durable dans les comportements individuels et collectifs et qu'elles imprègnent les relations interpersonnelles³⁸⁵. L'institution scolaire relève de cette logique.

Les exemples empruntés au fonctionnement du SMT nous permettent de repérer dans quelles configurations les valeurs instituées par une multiplicité d'institutions finissent par entrer en contradiction et où les acteurs se retrouvent placés, plus ou moins consciemment, dans des situations difficiles. Comment l'acteur choisit-il de se conformer aux commandements normatifs d'une institution plutôt qu'à ceux

³⁸³ G.-H. Bousquet, « La pureté rituelle en Islam (Étude de fiqh et de sociologie religieuse) », *Revue de l'histoire des religions*, 1950, 53-71.

³⁸⁴ Mary Douglas, Luc Heusch, et Anne Guérin, *De la souillure* (Paris : LA DECOUVERTE, 2005).

³⁸⁵ T. Parsons et B. S. Turner, *The Social System* (Routledge, 1991), 25.

d'une autre ? L'hypothèse que nous défendons consiste à indiquer que cela dépendra des conditions de jeu et de la nature des enjeux qui lient les protagonistes de la situation. Les rapports de pouvoir, les « anticipations stables et réciproques entre (les) acteurs entrant en interaction »³⁸⁶, sont les variables essentielles qui définissent leurs choix. Si, par exemple, on reprend le cas du brancardier qui refuse de conduire un patient à l'imagerie pour pouvoir suivre un rituel religieux, on peut avancer l'idée que sa détermination est largement dépendante du contexte qui veut que les participants de la scène accordent du sens aux rituels du ramadan. Si la scène se déroulait dans un espace où personne n'accorde la moindre pertinence à une quelconque « obligation religieuse », rendant ainsi le refus du brancardier « absurde » ou « incompréhensible », il est probable qu'il aurait sans doute réévalué son attitude. C'est la légitimité accordée collectivement par les protagonistes à l'institution religieuse qui, malgré leur connaissance et leur acceptation des normes institutionnelles médicales, des normes organisationnelles, rend possible que le brancardier brave l'injonction de l'infirmière. En ce sens, le champ de ses possibilités stratégiques s'est trouvé élargi. En puisant des ressources dans un espace extra-organisationnel, il a dérogé aux instructions de l'infirmière qui, elles, étaient légitimées organisationnellement.

Le visible paradoxe entre la coexistence d'une multiplication des normes contraignantes (intra-organisationnelles comme extra-organisationnelles) et l'élargissement des capacités d'actions des protagonistes n'est qu'apparent. En effet, les strates normatives fonctionnent comme autant de règles offrant, chacune, des opportunités de contournement. Les situations présentant une forte complexité en raison de la pluralité des référents institutionnels qui les régissent, font émerger, par-delà leurs singularités, nombre de jeux de pouvoir, nombre de zones d'incertitudes dynamiques, sans rapport avec la stricte organisation formelle. Le terrain de jeu devient si vaste qu'il faut crier au drame pour se faire entendre, de la même façon que l'on crie pour se faire entendre quand l'interlocuteur est

³⁸⁶ Ibid.

physiquement distant ou quand il y a trop de bruit, alors même que dans la plupart des négociations, les deux acteurs sont face à face :

De l'autre côté de la station des infirmiers, un accompagnant insiste auprès d'une infirmière pour avoir le résultat des examens de celui qu'il accompagne. « Oh, Bon Dieu, nous avons une patiente en mauvais état ! » lui crie l'infirmière d'un ton très agacé tout en agitant les bras. « Pourquoi criez-vous ? Je parle gentiment. C'est votre habitude de répondre aux gens de cette manière ! » murmure l'accompagnant en repartant vers le patient qu'il accompagne.

A ce stade, on peut s'interroger : si chaque acteur peut se référer à ses propres règles du jeu, en suivant ses intérêts et en développant ses stratégies selon un champ des possibles stratégique élargi, s'il peut puiser dans des ressources extra-organisationnelles la justification de ses comportements organisationnellement « déviants » : comment l'organisation peut-elle ne pas exploser ?

6. Tous responsables et contrôleurs : qui est le chef ?

Sans grande surprise, nous avons observé, et analysé aux Chapitre III et Chapitre I, les enjeux de la répartition du « sale boulot » entre les infirmiers et les aides-soignants et ce que celle-ci engendre, fort classiquement, de jeux complexes entre ces deux catégories tentant de faire prévaloir leurs positions tout en évitant d'entrer en conflit ouvert. Par contre, au sein du SMT, lorsqu'il s'est agi de repérer à l'intérieur de chacune des catégories professionnelles d'éventuels rapports de pouvoir source de tensions intra-catégorielles, l'observation a dû se faire plus précise. Nous avons vu, plus haut, la nature des statuts formels des soignants et le poids qu'avait l'ancienneté de chacun. C'est sur la base de cette dernière que s'opèrent des distinctions assez nettes entre les personnels et elles ne sont pas que symboliques. Par exemple, la détermination des emplois du temps des uns et des autres, la distribution des gardes, relève largement de l'ancienneté. Ainsi, sur le panneau d'informations de la station des infirmiers, est affiché l'emploi du temps des personnels afin que tous puissent connaître quels sont les collègues affectés à la garde. Cette liste est organisée par ordre de statuts : d'abord les fonctionnaires,

ensuite les infirmiers avec un contrat d'État à durée déterminée (CEDD), puis ceux qui ont un CDD³⁸⁷ du CHU et pour finir, tout en bas de l'échelle, les stagiaires. À l'intérieur de ces catégories, c'est l'ancienneté qui fait remonter les infirmiers dans la liste. L'enjeu est ici de pouvoir établir son emploi du temps avant les autres, avec plus de flexibilité, pour avoir moins de gardes de nuit, voire aucune ou presque – une garde à épisodes irréguliers et lointains, suffisant à donner des gages au responsable du service paramédical adjoint au cadre de santé. Cette liste sert également de point d'appui pour distribuer les effectifs entre les différents secteurs du service : la salle principale, la salle d'opération, la salle de RCP et celle des soins intensifs. C'est l'infirmier responsable des gardes qui assure la distribution des effectifs entre les différents secteurs. De façon générale, la DRH de l'hôpital laisse s'installer ces pratiques, même si elles n'ont pas de bases formelles.

« Certains ne font vraiment pas correctement leur travail. Mais puisque c'est le relationnel qui règne ici, si le responsable de la garde préfère quelqu'un avec qui il s'entend mieux, il le positionne par exemple à la salle d'opération qui est plus importante que les autres, même si d'autres personnes ont plus d'expérience et de savoir-faire sur ce secteur. Et il le dit ouvertement qu'il préfère untel. Je pense que ce n'est pas juste. Il faut que le choix soit fait sur les compétences des personnes. Quand on en parle avec la cadre de santé, elle essaye de changer un peu les choses, mais vite les habitudes reprennent. ... il y a en ce moment beaucoup de problèmes relationnels dans ce service, mais je tiens encore quelques mois, juste pour finir mon stage. Quand il n'y a pas de management et que personne ne s'intéresse aux compétences du personnel, c'est bien normal. Ce n'est pas la charge de travail de l'urgence qui me fatigue, même en travaillant deux jours de suite. C'est le rapport entre les personnels qui fatigue vraiment. Surtout, quand c'est l'ancienneté qui prédomine. Le plus ancien a toujours raison ! Cela ne fait même pas deux mois qu'untelle a fini son stage, mais elle se croit déjà senior et donne

³⁸⁷ Contrat à durée déterminée

des ordres ! Alors que je sais que je suis plus compétente que celle qui prétend être la senior et me traite comme si elle avait 20 ans d'ancienneté ! »³⁸⁸

Pour cette étudiante, infirmière en stage obligatoire de fin d'études, il existe une hiérarchisation des tâches paramédicales selon la complexité des interventions. Et elle estime que les types d'interventions qu'on lui confie nécessiteraient les compétences d'un infirmier. Dans la suite de son entretien, elle s'étonne de la facilité du travail du responsable de l'équipe paramédicale de garde : « *il ne fait que parler* » et touche un salaire et des primes bien plus importantes que les autres. Selon elle, à part assumer la responsabilité, c'est-à-dire être pénalisé si un problème survient pour le patient – la prime est supposée motiver les candidats afin qu'ils acceptent d'occuper cette fonction à haut risque en cas d'accident pour motiver la personne à accepter ce risque – il n'a pas d'interventions cliniques à réaliser. Elle déplore que les compétences possédées réellement par les uns et les autres ne servent pas de base à la distribution des tâches et des positions, que l'organisation prescrite ne soit pas respectée et que les modes de coordination soient plus spontanés que planifiés. Selon elle, et depuis sa vision idéalisée de ce qu'est une organisation – « *the right man in the right place* » ! –, le service fonctionne mal en raison d'un management laxiste ne tenant pas compte de la nécessité d'une adéquation entre les postes de travail et les compétences possédées par les professionnels. Selon son point de vue, si l'on formait mieux les membres de l'équipe paramédicale et si on les motivait en leur donnant une fonction pour laquelle ils ont des compétences adaptées, ils travailleraient parfaitement. Ce mode de raisonnement qui affecte le bon fonctionnement de l'organisation aux propriétés individuelles des salariés, à leur niveau de compétence et de motivation, au respect des prescriptions, en gommant toute autre dimension, est un point de vue largement partagé parmi les enquêtés rencontrés.

« Ce qui ne va pas dans ce service, c'est le désordre. C'est peut-être à cause de l'espace. La hiérarchie n'est pas bien respectée. L'infirmière

³⁸⁸ Infirmière stagiaire, femme, 27 ans, Extrait d'entretien 19 - SMT, 2011.

reçoit les coups de tous les côtés, du haut et du bas. Le haut [ne fait que] donne[r] des ordres et puis il faut caresser le bas dans le sens du poil pour qu'il fasse son travail. Il y a un manque de discipline. Les relations personnelles règnent à la place de la réglementation et c'est plutôt parce que le personnel ignore sa tâche. Une personne formée ne vient pas [travailler] ici [au SMT]. La plupart [des membres du personnel] commencent à travailler dès le recrutement sans avoir la moindre formation. De toute façon, la charge de travail aux urgences est destructrice. Même quand je suis assise tranquillement, j'attends qu'il arrive quelque chose. »³⁸⁹

Si au SUT et au SUM nous avons rencontré une hiérarchisation des tâches, avec d'un côté celles qui valorisent et de l'autre celles qui renvoient au « sale boulot », au SMT, on trouve, en plus de cette dimension, une hiérarchisation des personnels au sein de la même catégorie professionnelle via la stratification des formes (lieu d'affectation, emploi du temps) et de la nature (tâches prises en charge) de l'activité. Ainsi on comprend que les jeunes infirmières parlent de « compétences » ou de « qualité », là où les plus anciennes et les cadres préfèrent renvoyer à la notion plus générale de fonctions accomplies et assumées.

Ces distinctions entre « anciens » et « nouveaux » dessinent des groupes de professionnels qui, pour homogènes qu'ils sont, n'interdisent pas pour autant la formation de sous-groupes. Pour le dire autrement, les affinités peuvent également se tisser par-delà les clivages précédemment évoqués. Le « règne des relations personnelles », évoqué par les uns et les autres, s'incarne dans des liens interindividuels qui transgressent la « frontière » des groupes. Ainsi, parmi les infirmiers, des « aînés » peuvent prendre sous leur protection des plus jeunes. Ce « bouclier protecteur » a une fonction pratique car il peut s'accompagner d'une distribution des tâches valorisantes des plus anciennes aux plus jeunes. Cette dimension où l'on voit les personnels les plus stabilisés protéger les nouveaux n'est pas l'apanage du seul groupe infirmier. On retrouve en effet ce même phénomène chez les aides-soignants ou chez les internes. Par-delà, la question de ce qui pourrait

³⁸⁹ Infirmière, femme, 38 ans, Extrait d'entretien 20 - SMT, 2011.

s'apparenter à du chaperonnage, on peut aussi voir dans ces rapprochements des stratégies d'alliance en rapport avec la question du « contrôle » du service.

Contrôler le service est une tâche qui se complique sérieusement lors des heures d'affluence ; durant ces moments où l'urgence, l'imprévu, l'aléatoire viennent bousculer le planifié, le prescrit, les stratégies d'action personnalisées deviennent essentielles. Les instructions formelles, les hiérarchies organisationnelles, les outils de coercition (sanctions disciplinaires, menaces de licenciements...) ne disparaissent pas, mais peuvent devenir largement contre-productifs. Dans ces moments d'affluence, la survenue d'un conflit (qui nécessiterait de la part de l'encadrement des investigations diverses pour trancher le dilemme) a toutes les chances d'être laissé de côté. Indépendamment du fait que les situations de tensions ou de conflits sont toujours singulières et méritent un traitement spécifique forcément délicat, le contexte global de ce qu'est l'emploi dans les services d'urgences et plus globalement au sein des hôpitaux iraniens, invite à la modération en termes de sanctions. En effet, non seulement recruter des personnels hospitaliers n'est pas facile, mais, qui plus est, les affecter dans des services d'urgences constitue une difficulté supplémentaire. Garder les soignants en place est donc une priorité.

Parmi les collectifs informels qui se forment au SMT, il n'est pas inintéressant de s'arrêter un instant sur le groupe des infirmiers hommes. Constitué de quatre personnes (sur les trente-six infirmiers), il occupe une place que l'on pourrait qualifier de « transgroupale », à la fois proche des infirmières et marquant toute de même une distinction. Sur le versant proximité, nous trouvons ces scènes évoquées, plus haut, où ils se sont implicitement donné le rôle de défenseurs de leurs collègues femmes, par exemple en cas d'agression verbale (nous n'avons pas été témoins d'agressions physiques) ou bien lorsqu'ils interviennent spontanément lorsque les infirmières « n'ont pas la force physique » pour accomplir un geste soignant. Nous avons également décrit une situation dans laquelle un infirmier prend la défense d'une collègue et entre sans hésitation en conflit avec un accompagnant. Sur le versant distinction, on rencontre une autre configuration également décrite précédemment : l'infirmière responsable de la salle de RCP ne parvenant pas à s'occuper d'une patiente (dans un état critique) à cause de l'odeur insupportable

qu'elle dégage, sollicite l'intervention du superviseur du CHU en accusant l'infirmier homme de ne pas être intervenu alors qu'elle ne parvenait pas à le faire elle-même. Alors que la personne concernée, comme tous les infirmiers hommes du service, s'investissent avec élan dans le rôle de « sauveurs » des situations où leurs collègues femmes sont en difficulté, ici c'est un refus qui a été opposé à la sollicitation. Rompant avec la norme qui veut que l'homme infirmier vienne en aide à la femme infirmière en cas de tâches insurmontables, cette anecdote donne sans doute à voir une forme de distinction dans la double acception du terme (certaines situations doivent être distinguées/différenciées, la force physique des hommes doit être rappelées comme « un plus », essentiel et indispensable).

Malgré les clivages et les tensions internes au groupe des infirmiers, celui-ci entend se démarquer des autres catégories professionnelles en se considérant comme la colonne vertébrale du service. C'est notamment dans le rapport aux médecins que ce groupe entend afficher sa centralité. Alors que ce sont les médecins qui ont la responsabilité d'organiser le travail médical et que les catégories paramédicales sont supposées suivre les directives qui leur sont données, les infirmiers essaient tout de même d'asseoir leur importance. Tous ceux que nous avons interrogés évoquent cette idée que « *les médecins ont besoin d'eux pour garder le malade [en vie]* ». Lorsque l'état d'un malade empire, qu'une complication survient ou pire un décès, la question de la responsabilité arrive au premier rang. Lors de l'enquête qui s'ensuit, sont explorées plusieurs pistes dont prioritairement l'erreur de diagnostic du médecin ou le défaut de mise en œuvre du soin (les infirmiers). Le cas suivant, évoqué par une infirmière en fin de stage obligatoire, est éloquent.

« Ici [au SMT] nous voyons peu de spécialistes et nous travaillons plutôt avec les internes en 1^{re} année, voire quelques-uns de 2^e ou 3^e année. D'habitude, on a une bonne relation avec les internes. Celui qui veut être embêtant, le peut. Par exemple, il ne descend pas [du service spécialisé au SMT pour visiter le patient] Il ne faudrait pas, mais ils le font quand même. Par exemple, les internes en neurochirurgie ne viennent pas visiter le patient, ils le traitent mal. Mais les collègues peuvent les soutenir ! Je ne sais pas, par exemple, telle infirmière a un goût pour tel

interne et le soutient. C'est une erreur ! L'infirmière est prête à entendre les protestations et les cris du patient, mais elle défend l'interne. Je l'ai fait moi-même une fois, mais j'ai compris que c'est vraiment une erreur. Je n'aime pas faire ça, mais un jour j'ai respecté l'ordre téléphonique d'un médecin (un interne). J'ai demandé s'il fallait faire un examen sanguin et il a dit que ce n'était pas nécessaire. Quand il est venu pour laisser partir le patient avec une attestation de « satisfaction personnelle », il m'a demandé de mettre le résultat d'examen dans son dossier. Alors que je lui avais demandé dès le début s'il fallait faire un examen. Il m'a traité très mal, plus précisément, il m'a insultée en me disant qu'il ne fallait pas dire devant le patient qu'il n'était pas venu pour autoriser son départ... Le patient attendait depuis 3 heures mais l'interne voulait dormir. Il a indiqué qu'il était au bloc opératoire et j'ai dû supporter les protestations du patient. C'est une vraie erreur de les couvrir. Les médecins, tu sais, tout va bien avec eux, tu rigoles et tout, mais dès qu'il y a un souci, ils se retirent et laissent toute la responsabilité te retomber dessus. Normalement, nous suivons une routine pour les examens de tous les patients avant même que l'interne le prescrive, ainsi on gagne du temps et dès l'arrivée de l'interne, tout est prêt. Mais s'il y a un souci, c'est l'infirmier qui sera fautif pour avoir agi sans ordonnance médicale. »³⁹⁰

Pour démêler la responsabilité de chacun en cas de problème avec un malade, le dispositif formel prévoit de se fier aux indications qui figurent sur le dossier papier du patient (à la couverture métallique), qui circule entre le lit et la station des infirmiers. Il y a une secrétaire dédiée à la saisie des informations du dossier sur le système informatique, mais avant que la clôture du dossier ne remette toutes les données saisies en ordre, il y a toujours un décalage (provisoire) entre le dossier papier et la base de données du CHU au moment des interventions. Ce décalage offre, selon ce qui nous a été indiqué par quelques interlocuteurs, des possibilités de modifications, *a posteriori*, des informations indiquées dans le dossier afin de

³⁹⁰ Infirmière stagiaire, femme, 27 ans, Infirmière stagiaire, 27 ans, SMT.

cachez une faute professionnelle. Le risque de l'accident et l'inquiétude que cela suscite chez les professionnels nourrit, potentiellement, des tensions entre le corps médical et les paramédicaux, notamment les infirmiers. C'est le cas au SUT comme au SUM où l'on retrouve le nœud relationnel potentiel qui se forme à la rencontre d'une prescription médicale délivrée par le médecin et de sa mise en application par les paramédicaux. Au SMT, la complexité se renforce en raison de la place et du rôle que jouent les internes. Ceux-ci remplacent les médecins seniors de 14 h 30 à 7 h 30 et assurent donc le service médical en liens avec les internes seniors. Ils ont ainsi une position essentielle. Entre les différents internes (ceux qui sont en début de formation et les seniors), l'ordre hiérarchique est quasi-militaire ; il en résulte parfois des tiraillements dont se servent les infirmiers qui ne reconnaissent de légitimité ni aux uns ni aux autres. A leurs yeux, les internes restent des étudiants ne possédant pas encore toutes les compétences requises, ils ne jouissent donc pas de la reconnaissance des médecins seniors et des spécialistes. Ainsi, il n'est pas rare de voir des infirmiers dénoncer des internes dès qu'ils sont absents pour n'importe quel motif (comme une pause), dès la moindre erreur, afin de leur attirer les éventuelles sanctions de leur supérieur. Ce qui pourrait être pensé comme de la malveillance doit être replacé au cœur d'un rapport de force où un point d'équilibre est recherché dans la perspective de se protéger (ou de se dénoncer) mutuellement en cas d'erreur :

« De toute façon dans un système, dès lors que la moindre erreur peut avoir des conséquences graves, comme avec les internes en chirurgie, chacun accuse l'autre pour se dédouaner. C'est comme le jeu des chaises musicales, quand la musique s'arrête il y a une personne qui reste debout. Une des premières scènes à laquelle j'ai assisté dans le service, me montrait les infirmiers appelant l'interne senior pour lui dire que l'interne junior n'était pas là. Ils peuvent aussi très facilement rapporter aux seniors les manquements des internes. Les seniors d'une façon très lâche et apathique prennent le parti de l'infirmier, ce qui ne me paraît pas très raisonnable. »³⁹¹

³⁹¹ Interne en neurochirurgie, femme, 30 ans, Extrait d'entretien 22 - SMT, 2011.

Complétons le témoignage de cette interne de neurochirurgie en première année d'internat, par celui d'un autre interne en deuxième année au SMT :

« L'interne senior peut anéantir ta carrière professionnelle et faire en sorte que tu abandonnes tes études ! ... en règle générale, l'infirmier a toujours une mauvaise relation avec le médecin. L'infirmier pense toujours qu'il a raté la faculté de médecine parce qu'il a donné la bonne réponse à 5 QCM³⁹² en moins au concours d'entrée à l'université. Il est donc toujours jaloux et il essaye toujours de ne pas effectuer ce que le médecin lui demande. Le médecin est obligé de maintenir une bonne relation avec eux parce qu'il opère un patient et que ça dure une heure alors qu'ensuite le patient reste entre les mains de l'infirmier jusqu'au lendemain. La vie de mon patient est entre les mains de l'infirmier. Alors il faut que je garde mon infirmier. »³⁹³

Evidemment, nous ne prenons pas les propos de cet interne – très chargés de préjugés – au pied de la lettre, néanmoins, ce qu'il évoque sur la nature des rapports sociaux dans le service reste significatif de ce que peuvent être les sources de tensions relationnelles. Cela étant, la trajectoire personnelle de cet interne (nous ne la livrons pas même si nous en possédons les données qu'il nous a révélées lors de notre entretien) est également à prendre en compte pour éviter de généraliser son propos. Sa lecture reste très personnelle et on peut faire l'hypothèse que les jeux stratégiques qui seront les siens (« *je garde mon infirmier* ») en seront empreints. Si les espaces transversaux offrant une superposition de cadres de références et de cadres institutionnels, comme nous l'avons exposé au Chapitre IV, sont le théâtre d'un élargissement des capacités stratégiques des acteurs, ceux-ci ne déploient pas leurs actions depuis une démarche stéréotypée, mais bien plutôt depuis une totale subjectivité. Pour le dire autrement, si la touche personnelle que chaque individu dépose sur sa relation aux autres doit être prise en compte et considérée, elle ne peut effacer les régularités relationnelles que donnent à voir les jeux d'acteurs

³⁹² Questionnaire à choix multiples, la méthode principale employée dans des concours pour entrer dans l'université et poursuivre les études supérieures.

³⁹³ Interne en neurochirurgie, homme, 29 ans, Extrait d'entretien 23 - SMT, 2011.

observés par catégorie (ici les internes et les infirmiers). Ainsi, malgré le témoignage que nous venons de livrer, nous n'avons pas observé d'incidents significatifs et majeurs entre les internes et les membres du personnel paramédical. En cas de tensions, c'est le cadre de santé ou son adjoint par intérim qui reste la référence hiérarchique pour les infirmiers.

Autre catégorie paramédicale, les aides-soignants voient l'essentiel de leurs jeux stratégiques s'organiser en direction des infirmiers. Au SMT, ils ne semblent pas contrôler les mêmes zones d'incertitudes que leurs homologues des deux services étudiés en France. Ils n'accompagnent pas les patients pour les transferts, car cette fonction est confiée aux brancardiers. Ils ne s'occupent pas non plus des tâches qui nécessiteraient une spécialité, à la façon de l'aide-soignant habilité à poser des plâtres au SUT en France. Ils ne sont pas non plus les « bras » du service qui assurent implicitement la sécurité au SUM ; au SMT ce rôle est donné aux agents de sécurité qui assurent une permanence dans le service. Selon nos observations, la proportion entre d'un côté des tâches « sociales » riches en communication verbale et « valorisantes » (accompagner et informer les patients) et de l'autre des tâches de soins et « d'hôtellerie » (faire la toilette des patients, changer la literie), penche largement vers l'activité moins « valorisante ». Malgré leur charge de travail importante, ils se montrent relativement partants pour effectuer des tâches qui correspondent à un « glissement » valorisant. Effectuer un électrocardiogramme (ECG), des changements de pansement, etc. peuvent être acceptés, mais ils sont souvent confrontés à d'autres genres de sollicitations, beaucoup moins valorisantes :

« Quand on nous demande [ce qui n'est pas de notre responsabilité], on³⁹⁴ dit non. Mais ça ne marche pas. Parfois ça remonte jusqu'à là-haut.

³⁹⁴ Dans les entretiens au SMT, les enquêtés utilisent fréquemment le pronom *mâ* en persan qui se traduit à la fois comme « Nous » et comme « On ». Certains enquêtés emploient le pronom « nous » comme le pluriel de modestie ce que nous trouvons différent par rapport à cette enquêtée pour qui nous employons le pronom singulier "On". Les autres enquêtés n'utilisent pas le pronom personnel avant le verbe conjugué à pluriel (ce qui distingue la façon de parler de cette AS des autres soignants dans la structure langagière persane) et ils parlent généralement d'eux même en se référant à une identité individuelle tout en généralisant leur analyse. Or, dans ce cas, l'aide-soignante parle comme une porte-parole de ces collègues et s'identifie pleinement à sa catégorie professionnelle et son statut au travail.

En haut ils le savent bien que certaines choses ne sont pas de notre responsabilité. Mais ici parce que c'est aux urgences, on nous force à le faire. Par exemple, faire un BS [bilan sanguin], ce n'est pas compliqué, mais ce n'est pas notre boulot. Mais ils nous forcent. Ils me disent : "tel aide-soignant le fait, pourquoi pas toi ?". Une fois une infirmière avait renversé un flacon de Bétadine sur le lit d'un patient lorsqu'elle voulait poser une sonde [vésical]. Elle m'a demandé d'aller aider le patient pour qu'il change de vêtements. Alors que quand j'y suis allée, il fallait tout nettoyer et refaire le lit. Cela m'a énervé qu'elle ne m'ait pas dit la vérité. Je me suis plainte auprès d'elle en lui demandant pourquoi elle ne me l'avait pas dit au départ. Elle m'a répondu : "Bon ! Fais le nécessaire !". Ensuite elle est allée voir le superviseur de garde qui est donc venue me dire devant tout le monde, il y avait beaucoup de monde dans le service, et en me tirant vers le haut par les épaules : "Ne te comporte pas comme ça avec mon infirmière hein !", sans réfléchir à l'humiliation qu'il m'a fait subir devant tout le monde. Sans penser que si l'infirmière est dans son équipe, nous aussi on travaille ici et on est aussi dans son équipe. Si ton infirmière est l'infirmière nous aussi on est des êtres humains et on travaille ici. On est allée dire ça là-haut et on m'a répondu : " OK ! Fais ton boulot d'accord ?" »³⁹⁵

Coincés entre les infirmiers d'un côté et la hiérarchie organisationnelle qui soutient la supériorité implicite des infirmiers de l'autre, les aides-soignants trouvent une petite marge de manœuvre en profitant des rapports de force entre les groupes informels des infirmiers ; ils s'assurent d'une protection en acceptant de traiter en priorité les demandes de certains « clans » infirmiers en cas de sollicitations simultanées.

Peu nombreux par rapport aux infirmiers et présents à chaque garde, ils sont deux aides-soignants pour assurer des interventions dans quatre salles de soins. Ils sont appelés par haut-parleurs. La charge de travail étant considérable, une partie de leur activité « glisse » vers les agents de service hospitalier (ASH) et les brancardiers qui,

³⁹⁵ Aide-soignante, femme, 24 ans, Extrait d'entretien 24 - SMT, 2011.

étant contractuels d'un sous-traitant du CHU, semblent avoir un statut d'une extrême fragilité. Selon les enquêtés, ils n'ont majoritairement presque pas suivi de formation scolaire et vivent dans des situations économiques très modestes. Leur rôle organisationnel change parfois (ainsi que leur uniforme) d'une garde à l'autre, et il arrive également qu'ils assurent – même sans changement d'uniforme – des rôles transversaux qui peuvent comprendre des tâches très diversifiées selon les occasions et les instructions des supérieurs hiérarchiques informels, visiblement nombreux. Cependant, aucun des quatre enquêtés parmi les ASH et les brancardiers du SMT ne parlent de problèmes avec les infirmiers ni avec la hiérarchie. Ils disent à l'unanimité qu'eux-mêmes ainsi que leurs homologues ont de bonnes relations avec les autres catégories professionnelles et qu'ils sont d'accord avec leurs collègues qui pensent que « tout ce qu'on nous dit, il faut le faire, on ne peut pas dire non. *« Même si ce n'est pas prévu, il faut le faire »*³⁹⁶.

Le sujet épineux abordé à la fois par les infirmiers et les brancardiers concerne le transfert des patients. Du point de vue des infirmiers, les brancardiers (ou les ASH quand ils les remplacent) profitent des sorties liées au transfert des patients pour se reposer et ne retournent pas dans service aussi rapidement qu'ils le devraient.

*« ... il voulait faire partir son patient en premier. Nous avons déjà installé un patient sur le brancard pour partir à l'imagerie, et il insistait pour envoyer son patient en premier. Alors que son patient était conscient, celui qu'on avait déjà installé avait une fracture de la colonne vertébrale. Après tout, notre boulot, c'est d'amener le patient. Mais parfois on le ramène, après avoir passé beaucoup de temps à l'imagerie, à le réinstaller dans l'ambulance, à le ramener dans son lit et d'un coup l'infirmier rajoute un scan qu'elle avait oublié ! Il faut vraiment y mettre du sien pour le faire »*³⁹⁷.

Si nous avons observé des tensions similaires dans les deux autres services français, au SMT les motifs ainsi que l'organisation des transferts sont légèrement différents. Au service des urgences traumatologiques (SUT), ce sont les aides-soignants du

³⁹⁶ ASH, homme, 54 ans, Extrait d'entretien 25 - SMT, 2011.

³⁹⁷ Brancardier, homme, 31 ans, Extrait d'entretien 26 - SMT, 2011.

service d'imagerie qui viennent chercher le patient et le ramènent dans une salle d'attente de liaison aménagée dans ce but. La majorité des autres déplacements des aides-soignants ou des brancardiers au service des urgences médicales (SUM) concernent le transfert des patients vers un autre service pour la suite des soins. Les aides-soignants reviennent donc après avoir déposé le patient sur un brancard ou un fauteuil roulant dans un autre service. Au SMT, les brancardiers doivent accompagner le patient à l'aller et au retour de l'imagerie ; ils doivent alors patienter jusqu'à ce que ce soit leur tour et aider également à l'installation du patient à l'imagerie médicale.

« ... par exemple, le patient est intubé³⁹⁸ et doit aller au scanner, ils appellent l'interne qui est chargé de pomper l'air,³⁹⁹ mais il faut attendre une demi-heure pour qu'il arrive. Nous le faisons nous-mêmes en pompant l'air et en installant le patient pour l'imagerie. J'ai été exposé aux radiations plusieurs fois pour ça, car le patient n'avait pas d'accompagnant. Quand il y a l'accompagnant, je n'y vais pas. Si le patient est vraiment jeune et accidenté et qu'il a besoin de respiration manuelle, je reste et je le fais »⁴⁰⁰.

Les critères qui permettent à ce brancardier d'évaluer la situation semblent être assez personnels et la situation est pour le moins surprenante. Alors que la procédure de mise sous respiration artificielle d'un patient inconscient est très strictement médicalisée, qu'elle doit être effectuée par des professionnels formés et expérimentés, que le moindre détail non pris en compte peut entraîner des séquelles, voire le décès du patient qui se trouve dans un état critique et fragile, nous constatons que c'est un brancardier, scolarisé jusqu'à la fin du collège, avec 10 ans d'ancienneté au SMT qui assure le geste technique. Dans un autre cas on peut voir également un brancardier s'opposer à l'interne ou à l'infirmière pour décider de ce qu'est la priorité du transport à effectuer.

³⁹⁸ Intubation trachéale

³⁹⁹ Il s'agit de pomper l'air de façon manuelle dans les poumons du patient en utilisant un ballon de réanimation et de ventilation.

⁴⁰⁰ Brancardier, homme, 31 ans, Extrait d'entretien 26 - SMT.

Le rôle non négligeable des accompagnants dans ce service a été abordé dans la section précédente. Nous avons vu qu'ils essaient de négocier avec le personnel soignant en mobilisant toutes les ressources dont ils disposent : rappeler le personnel à l'ordre, à la justice ou à la moralité, les menacer de poursuites juridiques ou administratives, mettre en avant la position sociale et le réseau de connaissances « bien placées » du patient dans la hiérarchie du pouvoir politique, ou encore proposer en contrepartie une faveur à l'extérieur de l'établissement dans le domaine professionnel de l'accompagnant. Il faut rappeler que les accompagnants ne se contentent pas de négocier simplement pour un traitement plus rapide. Ils contrôlent aussi la plupart des gestes et des soins, voire le parcours de traitement, en s'appuyant sur leur culture générale ou, s'ils en ont la possibilité, via un contact téléphonique avec un médecin de leur connaissance à l'extérieur de l'établissement. Ainsi, on peut considérer que le parcours de soins d'un patient est à la fois contrôlé par les soignants, mais aussi par les accompagnants. La salle principale du SMT qui est sous le contrôle formel des soignants, est aussi surveillée par les accompagnants. Là encore, nous sommes en présence d'un espace transversal qui élargit le champ des possibilités stratégiques en ce que les accompagnants, mobilisant leurs ressources extra-organisationnelles, peuvent trouver le moyen d'entrer dans un rapport de force avec les soignants.

Dans la partie précédente, nous avons essayé d'analyser la formation des espaces et des temps transversaux qui permettent un élargissement du champ des possibilités stratégiques dans le contexte d'une pluralité institutionnelle. Nous avons vu que les acteurs utilisent des ressources extra-organisationnelles dans l'établissement des rapports de force intra-organisationnels. Si au SUT comme au SUM et au SMT on assiste à des jeux relativement similaires, mettant en présence des acteurs cherchant à faire valoir leurs enjeux, le service iranien nous semble présenter des singularités de taille. Le nombre et le niveau d'interférences des interprétations personnelles sont parfois si élevées que nous nous interrogeons sur les éléments régulateurs principaux du système. Au cours des observations, nous avons régulièrement entendu proférer par les patients, les accompagnants et aussi des membres du personnel, la menace de recourir à un supérieur hiérarchique. Nous

allons donc essayer de comprendre ce que représente l'intervention des responsables hiérarchiques du SMT.

7. « Je les aime, mais... »

La cadre de santé du SMT a été citée dans la quasi-totalité des entretiens comme une personne à la fois très honorable et effrayante. La majorité des enquêtés la trouvent charismatique et son nom est prononcé en dernier recours par le personnel paramédical pour menacer un collègue de sanction ou pour qu'un soignant rappelle le pouvoir qui lui est délégué. Ce genre de menace est quasi absent dans les conversations observées dans les deux autres services en France. Le charisme de ce cadre de santé est sans doute à l'origine de ces comportements ; ce « phénomène relationnel de type personnel »⁴⁰¹, vient renforcer l'une des dimensions que nous soulignons tout au long de ce travail : les équations personnelles ne sont pas sans effet sur la vie organisationnelle. Si nous avons entendu son nom régulièrement au sein du SMT, nous n'avons eu l'occasion de la croiser que lors du relais matinal entre l'équipe de nuit et celle du matin. Le reste du temps, elle reste dans son bureau situé à côté du bureau du chef de service.

Selon l'organisation formelle, elle est responsable de l'organisation du service, de l'encadrement du personnel paramédical, de la coordination entre son équipe et l'équipe médicale ainsi qu'entre son service et d'autres services du CHU, pour ne citer que quelques-unes de ses principales responsabilités. Elle a commencé sa carrière au SMT il y a vingt ans et elle occupe le poste de cadre de santé depuis sept ans. Au début de sa responsabilité de cadre, elle avait effectué des démarches insistantes auprès du ministère de la Santé et du CHU pour obtenir un arrêté autorisant le partage d'une partie du « revenu » du service entre les membres du personnel sous forme de prime – pourcentage qui a été diminué par la direction du CHU après la hausse significative du revenu du SMT. Elle pensait que cette prime pouvait motiver le personnel à « mieux travailler » et à supporter les conditions

⁴⁰¹ Jean-Martin Ouedraogo, « La Réception de la sociologie du charisme de Max Weber / The Acceptance of Max Weber 's Sociology of Charism », *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 1993, 142.

difficiles du service, jugeant que leur rémunération de l'époque n'était pas significative, et ce, malgré les 55% de bonification du salaire dont les agents bénéficiaient au titre de la pénibilité du travail au sein du SMT. Son engagement au côté des équipes est reconnu de tous ; si elle ne distribue pas les tâches en fonction des caractéristiques des uns et des autres, elle dispose tout de même de la possibilité de moduler le montant de la prime donnée à chacun :

« Cela dépend de l'état du patient et de la situation du soignant. En même temps que des fois, je deviens très sérieuse et que je ne laisse pas tomber les droits des patients, je montre certaines souplesses à d'autres occasions. Par exemple, s'il [le soignant] veut modifier son créneau de garde, ou tout simplement déposer un congé pour un loisir, je le laisse faire. Par exemple, j'organisais des activités de loisir pour qu'on aille ensemble à la montagne, à la piscine, etc. D'un côté, je les soutiens, de l'autre côté, il y a une discipline. Qu'ils sachent que je les aime, mais il faut qu'ils fassent leur boulot. Les enfants [le personnel] le savent très bien. Par exemple, quand H. [la cadre de santé] vient faire un tour dans le service, tout doit être bien rangé. »⁴⁰²

Ce n'est pas un hasard si la cadre de santé ne se manifeste que rarement au sein du service et seulement à l'occasion d'une visite matinale. Plutôt que d'intervenir sur toutes les situations qui pourraient lui sembler chaotiques, elle installe une distance avec le quotidien et les détails de l'activité. Cela lui permet de conserver cette image d'ultime recours. Dans un SMT où les hiérarchies s'établissent en nombre, sa stratégie consistant à garder un éloignement relatif avec le quotidien qui lui permet d'avoir une place toute particulière. Le contrôle de l'activité ordinaire et journalière est assuré par ses subordonnés ; ainsi elle observe par leur truchement sans être observée elle-même. Lorsqu'un conflit interpersonnel éclate, elle reçoit les protagonistes dans son bureau, les écoute, les encadre et selon le jugement qu'elle se fait de la situation, elle finit par les rappeler aux règles, aux normes et à la moralité ; elle est une sorte de « juge correctionnel ». D'après les enquêtés, ces

⁴⁰² Cadre de santé, femme, 51 ans, Extrait d'entretien 18 - SMT.

séances sont souvent accompagnées, chez les personnels concernés, de manifestations émotionnelles (notamment des pleurs) fortes.

Bien qu'elle n'ait pas formulé son propos en ces termes, nous pourrions tout de même tenter de caractériser sa posture (en frôlant la caricature) avec ce genre de phrase : « Il faut que mes enfants sachent que je les aime, tout en m'assurant qu'ils accomplissent leur tâche et respectent les règles » ! Nous avons déjà rencontré l'utilisation du concept de « famille » au SUM ; son usage renvoyait à la nécessité que les membres du groupe soignant face preuve de solidarité face à la menace extérieure et régulaient en partie les conflits internes. Rappelons qu'au SUM, la cadre de santé renvoie le personnel, en cas de conflit, principalement à une gestion interpersonnelle, même si quelques procédures organisationnelles aident pour « manager » les effectifs. Au SMT l'assemblage est différent, car il mêle maternage charismatique et hiérarchie. La cadre est une « boussole morale du groupe »⁴⁰³ en même temps qu'elle entretient une organisation très stratifiée. Elle délègue une partie de son pouvoir organisationnel aux infirmiers fonctionnaires les plus anciens et garde pour elle-même l'ultime pouvoir de décision et de sanction. Ce dispositif prolonge ce que nous avons souligné plus haut, à savoir le caractère déjà très hiérarchique et stratifié qui existe entre les salariés (la division du travail, l'ancienneté, le type du contrat d'emploi ou le genre) et que ceux-ci acceptent sans réelle contestation. Ainsi, lorsqu'elle délègue son pouvoir aux fonctionnaires aînés, cela ne suscite aucune mise en question.

A ce stade, nous nous interrogeons : pourquoi la cadre de santé du SMT occupe-t-elle une pareille position, dispose-t-elle d'un pareil pouvoir et de telles marges de manœuvre que l'on ne rencontre chez son homologue du SUM ? Là encore, c'est du côté de ce que nous nommons « l'élargissement du champ des possibilités stratégiques » offert par la superposition des cadres servant de référence à l'action qu'il nous faut regarder. Le cadre ne se contente pas de puiser dans l'univers organisationnel formel pour gérer ses relations aux autres ; elle mobilise son

⁴⁰³ Danièle Léger, « Charisma, Utopia and Communal Life: The Case of Neorural apocalyptic communes in France », *Social Compass* 29, n° 1 (1 février 1982) : 41-58, <https://doi.org/10.1177/003776868202900103>.

charisme, lui-même appuyé sur son autorité morale, sur ses engagements passés (la conquête de la prime) ce qui lui permet à la fois de mater les effectifs et de jouer un rôle de « juge correctionnel ». Les situations sont cadrées, contrôlées et régulées via les rapports personnels et émotionnels qu'elle établit avec ses collègues de travail.

Cette articulation entre ce qui relève du contrôle organisationnel formel, la mobilisation des ressources organisationnelles informelles et des registres institutionnels multiples via une personnalisation des relations se retrouve au niveau de la chefferie de service, l'actuelle comme la précédente. C'est le responsable administratif du SMT, un homme trentenaire avec huit ans d'ancienneté dans le service qui nous donne les éléments de compréhension de la situation :

« Au CHU, en général, les relations entre les gens sont plutôt sèches. Mais aux urgences, c'est vraiment différent. C'est très amical. Je rigole avec le chef de service et lui-même rigole avec les ASH. Le Dr B. [chef du service] donne une impulsion à la direction du service. Il a toujours des relations de face à face avec tout le monde... Avec son comportement aimable, il oblige chacun à se comporter bien. À l'époque du Dr V. [l'ancien chef du service], ici, c'était comme dans une caserne militaire. Il était réellement absurde. Une fois je me suis disputé avec lui en lui disant "Ici ce n'est pas la caserne, ce n'est pas non plus toi qui nourris les autres !". Le Dr B., partout où il va dans le service d'urgences, on le salue. Dr V. était différent... un type sec, qui prend la loi au pied de la lettre et seulement à son propre avantage, jamais pour autrui.

Je vous donne un exemple des relations sociales du Dr B. Tous les jours, quand il arrive le matin, il vient avec dix mille tomans⁴⁰⁴ de pain à ses frais. Tout le monde, l'infirmière, le médecin de veille, l'ASH, etc. prennent le petit déjeuner côte à côte avant de commencer le travail. Cela veut dire quoi ? C'est être ensemble, c'est avoir de la solidarité. C'est rigoler ensemble. Il dit toujours, même devant les médecins, qu'il classe les blouses bleues [les ASH] plus haut que les médecins. Il leur donne une

⁴⁰⁴ Équivalent de 10€ avec le taux de change de juillet 2011

identité. Dr V. [l'ancien chef du service] les commandait : "passe le balai !". Il les détruisait. Dr B. au contraire dit que s'ils [les ASH] n'y sont pas, l'urgence est foutue... Il les monte en grade. Ceux qui sont déjà plus haut s'en fichent, car ils ont déjà leur place. Ils sont éduqués, ils comprennent mieux. Avec ce comportement, ils [le personnel] travaillent mieux, avec plus de motivation. Dr B., à mon avis, méritait vraiment d'être le vice-président chargé des soins. Il est maintenant en train de changer même l'ambiance de là-haut à la présidence. »

Ce témoignage est intéressant car il vient en contre-point apparent d'un univers que nous avons décrit jusque-là comme très hiérarchique, très stratifié. La bonne ambiance que cherche à installer le chef de service, peut-elle transformer la distance hiérarchique en proximité amicale ? Que peut produire son attention quasi patriarcale envers les « plus démunis » ? Revenons sur les propos que le chef de service a tenus lors de notre entretien. Sa méthode est fondée sur ce qu'il dit avoir appris au cours de sa formation en management. Il est sans doute sincère, mais sa posture très personnelle ne fait pas disparaître, au sein du service, les caméras de contrôle, les directives téléphoniques avec l'obligation d'exécution rapide sous menace de licenciement. La méthode de son prédécesseur était bien moins « amicale » mais toute personnelle également. Dans un même contexte, les deux chefs de service s'emploient à des jeux stratégiques différents, mais qui visent à obtenir le même résultat : obtenir que le service continue d'avoir « un revenu » en hausse et faire en sorte que les personnels aient des jeux stratégiques qui concourent à cet objectif. Certes, les effets de leurs comportements respectifs sont très différents. L'ancien chef de service, en exigeant brutalement le respect à la lettre des réglementations, s'est heurté à au moins aux trois obstacles énoncés plus haut : 1) il n'existait pas de support documenté sur la définition détaillée des tâches, 2) les zones d'incertitudes dynamiques et le niveau important du glissement des tâches modifiaient considérablement le périmètre de chaque métier présent notamment pendant les heures d'affluence, 3) l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs via l'introduction de ressources extra-organisationnelles non contrôlées par les encadrants. Les dimensions aléatoires introduites par ces dimensions alimentaient la stratégie autoritaire/militaire de

l'ancien chef de service –qui pouvait aussi plaire à ceux qui voulaient de la mise en ordre du « chaos ambiant ». Dans un tel contexte, les interactions entre les acteurs se transformaient en conflits, d'après les enquêtés témoins de cette époque, de la même manière que nous avons pu les observer au cours de nos observations. La différence serait qu'il était plus facile pour le personnel de désigner un coupable, voire un « méchant », en la personne de l'ancien chef avec son style « militaire », mais qu'il était paradoxalement apprécié pour sa tentative de mise en ordre de ce chaos. Le nouveau directeur du SMT procède tout autrement, mais il porte une politique qui est définie en lien avec les orientations gouvernementales dites de « gouvernance clinique » (vues au Chapitre I), à savoir : mettre en place la sous-traitance de plusieurs services centraux au sein des hôpitaux publics, accroître le « revenu » du SMT. Ce dernier point est pour le chef de service l'indicateur principal de sa réussite en tant que « manager ». A-t-il réalisé le souhait de l'ancien chef de service qui, lors de notre entretien, a rendu hommage au système de santé américain, en tenant des propos qui nous sont apparus surprenants si l'on considère non seulement les critiques mises en avant dans les médias iraniens, mais aussi dans des recherches⁴⁰⁵ ?

« La meilleure sécurité sociale se trouve aux États-Unis où on peut acheter ce qu'on veut. Mais il faut respecter un minimum de standard. [Ainsi,] tu ne meurs pas dans la rue ; tu te couches au moins dans un hôpital de 6e catégorie pour mourir content.

J'aime bien la politique menée par le ministre de l'Éducation nationale. Il a dit qu'on n'a pas assez d'argent pour éduquer tout le monde. Donc les enseignants doivent donner une partie de cours à l'école et le reste à la maison [en privé]. Ce qui est devenu une source de revenu pour les enseignants [pour combler leur salaire insuffisant]. »⁴⁰⁶

La convergence entre une telle conception et le but principal assigné au SMT de soigner les urgences vitales peut surprendre.

⁴⁰⁵ F. Galvis-Narinos et A. Montélimard, « Le système de santé des États-Unis », *Pratiques et Organisation des Soins* 40, n° 4 (2009) : 309-15, <https://doi.org/10.3917/pos.404.0309>.

⁴⁰⁶ Ancien Chef de service, homme, 65 ans, Extrait d'entretien 28 - SMT, 2011.

La comparaison entre les styles de « management » ainsi que le point de vue des deux chefs de service nous permet de faire l'hypothèse suivante : derrière les différences, tous deux entendent contraindre les acteurs en définissant le cadre et le champ de leurs possibilités stratégiques. Ils poursuivent des finalités qui n'ont pas nécessairement grand rapport avec l'exercice quotidien de l'activité des personnels. Dans les deux cas, ceux-ci conservent la maîtrise de zones d'incertitudes dynamiques comme statiques et ne sont pas rendus entièrement contrôlables ni prévisibles.

Conclusion

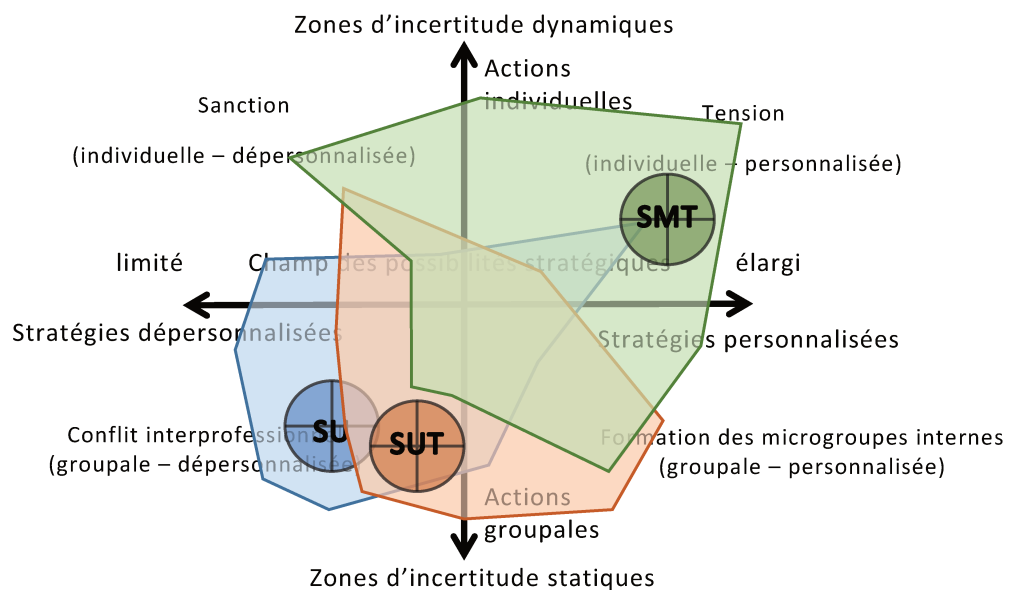
Dans les deux chapitres concernant les services étudiés en France, nous avons essayé de montrer ce que pouvait être les répercussions d'un décalage entre le but symbolique de l'organisation (entendu, rappelons-le, comme un condensé des dimensions instituées que portent les individus qui infléchissent leurs rapports aux autres et au soin) et sa structure formelle sur la formation des zones d'incertitudes statiques et dynamiques. Au SMT, ce décalage existe également, mais il est plus important encore. Les orientations du ministère visant à une meilleure « efficacité » du système de santé et le relai que trouve cette politique au niveau de tous les responsables (notamment du chef de service, et du cadre de santé) ne sont pas sans effet sur la gestion du flux des patients. L'externalisation des services « auxiliaires » comme l'imagerie médicale, le laboratoire et la pharmacie du CHU, ainsi que le recours à des prestataires externes pour une partie des brancardiers et des agents de service hospitalier (ASH), en vue d'augmenter l'efficacité et d'attirer les financements privés, influe à la fois sur l'organisation du travail, sur la hiérarchie organisationnelle, jusqu'à l'institution du temps et de l'espace du SMT et débouche également, pensons-nous, sur l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs de ce service.

Au regard des deux services étudiés en France, et alors même que la similitude de la structure organisationnelle des trois unités est très proche, le SMT nous semble être le théâtre d'un plus large champ de possibilités stratégiques pour les acteurs. La dynamique des zones nous paraît plus grande. Il n'y a dans ce constat aucune appréciation positive ou négative ; nous soulignons simplement que, au sein du

service iranien, ce que nous avons appelé la pluralité institutionnelle (le poids du patriarcat, de la hiérarchie, du religieux, etc.) débouche sur des jeux stratégiques où les acteurs puisent largement dans des ressources extra-organisationnelles, entrent dans des interactions très personnalisées et individualisées.

Pour mieux illustrer notre analyse, nous proposons un schéma typant les interactions observées, en fonction de leur intensité. Pour ceci, nous avons repris le graphique à deux axes correspondant à notre analyse de l'espace d'interaction sociale présentée au Chapitre I, sur lequel nous avons ajouté un nuage représentant notre analyse du SMT. La distribution du nuage et son étendue permettent de caractériser le type des interactions au sein du SMT, d'en repérer le centre de gravité et son intensité. Cela donne également un aperçu de ce qui distingue les trois services :

Figure 8 : Comparatif des trois services étudiés



Malgré la structure organisationnelle formelle similaire des trois services, le nuage approximatif représentant les stratégies observées au SMT se distingue des deux autres nuages homothétiques des services français. Sur l'axe vertical, les zones d'incertitudes statiques sont considérablement dynamisées et cela correspond aux nombreuses et indispensables interventions des accompagnants. Ils ne font pas partie du personnel soignant, sont extérieures à l'institution hospitalière, n'en

connaissent pas les règles formelles, mais ils font partie intégrante du processus de soins et entrent donc dans les jeux du système. De même, la présence/durée relativement courte des internes, des externes, des infirmiers stagiaires et des étudiants en soins infirmiers au SMT, accentue ce dynamisme, notamment quand ils se trouvent être plus nombreux que le personnel stable avec plus d'ancienneté. Si on ajoute à cela, la rotation importante du personnel contractuel et des intervenants en sous-traitance (comme les ASH et les brancardiers), le fait que les actions groupales formalisées (sous forme de mouvements coordonnés) sont fortement réprimandées, en l'absence de syndicats au sein de l'établissement, on comprend que notre nuage se répande plutôt sur la droite du schéma. Lorsque l'on constate la formation de microgroupes internes, celle-ci est principalement occasionnée par des rapprochements liés à des critères extra-organisationnels et rarement autour d'enjeux organisationnels.

L'émergence des espaces et des temps transversaux liés à la structure organisationnelle, la multiplication des temporalités sociales parfois contradictoires, viennent encore amplifier l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs et le caractère très personnalisé des interactions. Lorsque sont engagées par une quelconque autorité des tentatives de limitation du champ stratégique des acteurs, en recourant à des sanctions individuelles et personnalisées, cela a pour effet de provoquer des départs qui viennent accentuer la rotation du personnel et une certaine volatilité des jeux.

La direction du SMT n'a pas beaucoup de marges de manœuvre pour tenter de contrôler les zones d'incertitudes statiques et dynamiques. L'application de règles impersonnelles, comme les tentatives de mise en place de formations ou la production de fiches de procédures n'est guère concluante. La stratégie consistant, pour le cadre de santé du SMT, à conserver une forme de distance dans les relations interindividuelles pour ne pas affaiblir sa dimension charismatique, repose sur des délégations successives qui stratifient plus encore l'organisation et individualisent/singularisent les questions qui surgissent. Un cercle s'installe qui, s'il n'est pas « vicieux » n'en n'est pas pour autant vertueux : le cadre de santé, pour résoudre ses questions individuelles, adopte alors une attitude maternante,

personnalise les interactions, tisse des liens singuliers avec chaque membre du personnel, fait des rappels à la moralité individuelle, et participe ainsi de l'installation d'un champ saturé d'interactions personnalisées, individualisées, espace stratégique où s'enchevêtrent les recours à des repères largement extra-organisationnels.

Conclusion générale

Aussi bien en Iran qu'en France, les services d'urgences, malgré leur émergence récente, ont pris une place importante au sein du système hospitalier avec un nombre de patients qui ne cesse de croître depuis les années 1990. Les médias, les autorités publiques, les travaux des sciences humaines et sociales... , soulèvent nombre de questions relatives aux évolutions du système de santé, aux hôpitaux, aux services d'urgences. Ce sont ces derniers qui nous ont ici intéressés ; ils jouent un rôle crucial dans l'interface entre la médecine de ville et l'hôpital⁴⁰⁷ et deviennent le maillon central de la chaîne du processus d'étatisation du système de santé public en même temps qu'ils jouent un rôle dans sa rentabilisation économique. Les services d'urgences se trouvent au croisement d'enjeux économiques, sociaux et politiques importants⁴⁰⁸. Exerçant une fonction de portail d'entrée à l'hôpital, ces services s'apparentent à un réservoir médicalisé, censé améliorer la gestion du flux des patients et susceptibles de faire baisser l'inadéquation des hospitalisations⁴⁰⁹. Fortement dépendants de leurs organisations d'accueil (les établissements hospitaliers publics à 76 % en France⁴¹⁰ et à 80 % en Iran⁴¹¹), le rapport de ces services avec leur environnement, leurs objectifs, ainsi que leur organisation interne

⁴⁰⁷ Vassy, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire ».

⁴⁰⁸ Mas et al., *L'hôpital en réanimation*; Baszanger, « Peneff Jean, L'hôpital en urgence. Etude par observation participante. »; Vassy, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire »; Dodier et Camus, « L'admission des malades: histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital ».

⁴⁰⁹ « Le panorama des établissements de santé - Edition 2011 ».

⁴¹⁰ En 2011, les 750 structures d'accueil et de traitement des urgences de France métropolitaine et de ses départements d'outre-mer ont accueilli 18,5 millions de passages. Ces structures d'urgences sont implantées dans 655 établissements de santé (certains sites disposant de plusieurs structures), publics pour 76 %, privés à but non lucratif pour 6 %, et privés à but lucratif pour 18 %. « DREES bases de données enquête nationale ».

⁴¹¹ « Statistical Center of Iran ».

sont impactés, voire brusquement modifiés par les changements contextuels et les problématiques de la santé publique en général.

Le service d'urgences hospitalier doit prendre en charge les urgences vitales de toutes les disciplines médicales tout en jouant de plus en plus le rôle de « service-tampon public » pour répondre aux « exigences politiques, intensité de la vie nocturne, élargissement du travail posté, augmentation de la circulation »⁴¹², remplaçant le médecin de ville pour répondre aux patients qui cherchent une consultation rapide, jouant également le rôle de « réceptacle des problèmes sociaux »⁴¹³ pour les personnes qui ne trouvent pas de place dans d'autres services publics. En France, selon les rapports de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), ces services sont à l'origine d'environ 15 % des signalements de toutes formes de violence depuis 2011, à la deuxième place après les services psychiatriques, qui comptent de 20 à 25 % des signalements entre 2011 et 2016. Les alertes sur la souffrance du personnel des services d'urgences se multiplient dans les médias et rapports officiels, et attirent aussi l'attention de chercheurs de différents domaines, que ce soit en Iran ou en France⁴¹⁴.

Pourquoi trouve-t-on une telle fréquence et une telle intensité des tensions dans les rapports sociaux au sein des services d'urgences hospitaliers ? C'est avec cette question en arrière-plan que nous avons mené cette recherche comparative entre la France et l'Iran, le premier ayant largement influencé la mise en place du système de santé moderne du second au milieu du XIX^e siècle. Cette comparaison nous a permis de suivre l'évolution de ce système dans deux contextes socio-historiques et deux univers symboliques différents, en même temps qu'elle nous invitait à déconstruire un certain nombre « d'allant-de-soi ».

⁴¹² Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, 6.

⁴¹³ *Ibid.*, 13.

⁴¹⁴ Delieutraz, « Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé »; Safy-Godineau, « La souffrance au travail des soignants »; Ferrari, « La violence aux urgences : une triste réalité ? »

Partant du constat que les urgences étaient des lieux de soins, mais aussi de tensions, de conflits, de violences, nous nous sommes focalisés, dans les trois services visités, sur ce qu'étaient, en leur sein, les rapports sociaux et les interactions. En d'autres termes, nous avons essayé d'analyser la forme et la dynamique de « l'action organisée »⁴¹⁵ de ces trois lieux, tenté de dégager des schémas de leur « système d'action concret »⁴¹⁶, esquissé les modes de régulation des « actions collectives »⁴¹⁷ qui s'y reproduisent.

A cette approche résolument organisationnelle, nous avons ajouté le souci consistant à accorder un intérêt particulier pour la question des institutions publiques qui voit le pouvoir politique prendre en charge, lui-même, la mise en forme des rapports sociaux « ... à travers la structuration et la régulation d'une grande fonction collective telle que la sécurité, l'éducation, la santé... »⁴¹⁸. Cette prise en charge par le pouvoir politique joue alors un rôle d'« instance sociale historique »⁴¹⁹ qui fournit au personnel du service public une idéologie rassemblant les individus à l'intérieur d'une fonction collective, les convainquant de « la sacralité de leur mission » et de « l'importance du rattachement de leur activité au secteur de l'intervention publique »⁴²⁰.

1. L'urgence des enjeux économiques et politiques

Alors que nous sommes entrés dans la partie conclusive de notre propos, rappelons quelques-uns des moments de notre démarche et de nos raisonnements. Les trois services d'urgences que nous avons analysés ont été choisis au sein de CHU (aussi bien en France qu'en Iran) en raison de leur accessibilité (autorisation obtenue via des connaissances) mais également de leurs caractéristiques (taille de

⁴¹⁵ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

⁴¹⁶ Ibid.

⁴¹⁷ Ibid.

⁴¹⁸ Collectif, *L'institution plurielle*, 11.

⁴¹⁹ Enriquez, *L'organisation en analyse*.

⁴²⁰ Milly, *Le travail dans le secteur public. Entre institutions, organisations et professions*, 55.

l'organisation, nombre de passages journaliers des patients et des pathologies traitées) qui rendaient pertinente leur comparaison.

Afin d'analyser les rapports sociaux qui se construisent au sein de ces trois services, nous avons d'abord étudié leur place au sein de leurs systèmes de santé publique respectifs, en Iran comme en France, puis approché des éléments historiques sur l'évolution desdits systèmes – avec des incursions nous conduisant jusqu'au Ve siècle avant Jésus-Christ. Sans prétendre faire œuvre d'historien, nous avons essayé de montrer comment la logique de l'hôpital public a évolué en France à partir notamment du XIXe siècle. De même, nous avons évoqué comment après des décennies de disparition dans les territoires de l'ancien Empire perse – qui correspond en partie à l'Iran actuel – le système de soins public géré par le gouvernement iranien a émergé à la fin du XIX^e siècle, sous l'ordre du monarque, et comment il fut initié par des médecins francophones. C'est donc l'hôpital français du XIXe siècle qui a servi de référence en Iran alors que la médecine occidentale « moderne » s'introduisait dans la région, particulièrement avec des campagnes de vaccinations.

Cette introduction de la médecine « moderne » occidentale en Iran symbolise, pour nous, le moment qui déclenche le processus où l'on passe du mythe de la charité et de la guérison à une « idéologie » médicale, institutionnelle et organisationnelle dans une société « historique »⁴²¹ – c'est-à-dire historiquement campée. C'est durant ce processus que le système de santé publique, en tant qu'institution, acquiert son autonomie à l'égard de la société⁴²².

En Iran, l'institution médicale, traditionnelle, financée et contrôlée par le gouvernement avait disparu entre le Ve et le Xe siècle, laissant le soin et la médecine, jusqu'au XIXe siècle, aux cabinets médicaux dont l'organisation ressemblait à de petites cliniques privées gérées par un médecin senior et ses apprentis, sans différenciation entre les catégories socioprofessionnelles. Au XIXe siècle, l'institution médicale moderne telle qu'elle se développe en occident s'est

⁴²¹ Enriquez, *L'organisation en analyse*, 58.

⁴²² Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, 160.

installée en Iran avec son institution pédagogique, son organisation, sa division du travail et ses politiques de santé publique.

S'il y a donc eu, au XIXe siècle, ce que l'on pourrait appeler un changement de paradigme, l'hôpital iranien, malgré cette « renaissance à l'occidentale », a gardé sa dénomination initiale : *bimâristan*, composée du mot persan *bimâr*, signifiant : « une personne privée de l'état de santé normal », et du suffixe *-stan*⁴²³, qui signifie le lieu. Cette dénomination maintient la symbolique du lieu de soins accueillant des malades en contraste avec le mot hôpital, venant du latin *hospes* (« hôte »), qui est aussi la racine de « hospitalité », un signifiant qui met en avant l'hospitalité plutôt que l'état de santé de la personne accueillie. Pour autant, la structure organisationnelle et la division de travail dans un *bimâristan* ne semblent guère avoir évolué depuis cette transformation. Cette institution garde en revanche le modèle de la clinique privée traditionnelle réservée au soin médical, n'ayant qu'une infime capacité d'accueil pour les personnes ne pouvant assurer le coût des soins. Cette image entre en résonance avec la répartition des dépenses de santé en Iran : en 2011, 2,8 % du PIB⁴²⁴ pour le service public contre 4,1 % pour le secteur privé⁴²⁵ pour un total de dépenses de 18,3 % du PIB pour l'ensemble du service public iranien. En ce qui concerne la Sécurité sociale, seulement 46 % de la population bénéficie d'une couverture⁴²⁶, tous organismes d'assurance maladie compris.

En Iran, les statistiques montrent une croissance du recours aux hôpitaux publics, malgré un budget de plus en plus restreint qui ne suit pas le taux d'inflation (de 26,3 % en 2011⁴²⁷), ainsi qu'une dette importante des organismes d'assurance maladie envers les hôpitaux⁴²⁸ – ce qui entraîne parfois un retard de versement des salaires du personnel. Les frais de soins et d'hospitalisation y restent contrôlés par l'État et ils demeurent plus accessibles pour les classes défavorisées que ceux du

⁴²³ « Islamic Culture and the Medical Arts ».

⁴²⁴ Produit intérieur brut

⁴²⁵ « Global Health Expenditure Database ».

⁴²⁶ « Statistical Center of Iran ».

⁴²⁷ « Inflation, prix à la consommation (% annuel) - Iran, Islamic Rep. | Data ».

⁴²⁸ Khabar Online, « Le non-paiement des dettes d'assurance est le problème le plus important de l'Université des sciences médicales de la région (Article en persan : Adamé pardâkhté bîmeh-hâ djeddi tarine mochkêlé dânehgâhé olumé pézéchkié ôstân aste) ».

secteur privé, bien que le nombre de médecins par habitant soit significativement bas (0,69 médecin pour 1000 habitants contre 3,5 en France). En « concurrence » avec le secteur privé et dans le contexte des plans de croissance quinquennaux du pays, les hôpitaux publics s'orientent de plus en plus vers une augmentation de leur capacité d'accueil avec une réduction des budgets d'investissement et délèguent de plus en plus d'activités au secteur privé (en tous les cas autant que l'interprétation de la loi constitutionnelle le permet) et en particulier à des structures monopolistiques⁴²⁹ comme des fondations de l'État contrôlant jusqu'à 40 % du PIB⁴³⁰. Cette « évolution » des hôpitaux publics est présentée par les acteurs politiques comme l'objectif du programme de « gouvernance clinique », mis en place par un plan économique de croissance du revenu des services de soins et des objectifs d'amélioration de la « satisfaction des clients ». Dans ce contexte, le service d'urgences se retrouve à jouer un rôle important comme portail d'entrée et d'orientation des patients s'adressant à l'hôpital public.

En France, cette institution gagne son autonomie à la fin du XVIII^e siècle. C'est ainsi qu'elle peut bâtir son institution médicale et son « idéologie »⁴³¹ selon les principes de la médecine moderne, passant d'une considération caritative à un discours de santé publique venant s'incarner dans une institution étatique.

Alors que l'hôpital public iranien est resté jusqu'à nos jours entièrement sous le contrôle de l'État, les hôpitaux ont été pris en France dans « une dynamique d'étatisation et de centralisation de la gestion »⁴³². Les deux pays voient l'adoption dans le système de soins public, à quelques années d'intervalle, des programmes de tarification à l'activité⁴³³ ainsi que du développement du « *New Public Management* »⁴³⁴ – dont les principes reposent sur les trois E : « Économie,

⁴²⁹ Kian-Thiébaud, « Iran ».

⁴³⁰ Escobar, « It's the Economy, Ayatollah ».

⁴³¹ Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, 160.

⁴³² Mas et al., *L'hôpital en réanimation*, 89.

⁴³³ Pierru, « Un instrument de gestion controversé ».

⁴³⁴ B. Guy Peters, « Nouveau management public (new public management) », in *Dictionnaire des politiques publiques*, vol. 4e éd., Références (Paris : Presses de Sciences Po, 2014), 398-404, <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2014.01.0398>.

« Efficacité, Efficience », afin de répondre aux attentes des citoyens devenus des clients à moindre coût⁴³⁵. En Iran, ce fut après l'adoption de la loi 2000⁴³⁶ sur l'activité des organisations publiques iraniennes, et en France ce fut suite au nouveau cadre budgétaire de la LOLF votée en 2001 et mise en œuvre depuis 2006⁴³⁷.

En France, les dépenses globales de santé s'élèvent en 2011 à 56 % du PIB⁴³⁸ dont 7,8 % en santé publique⁴³⁹ contre 3,5 % dans le secteur privé⁴⁴⁰. La totalité des dépenses de santé publique de cette année-là est 19,6 fois plus élevée en France qu'en Iran⁴⁴¹. Malgré son PIB 5,5 fois plus élevé que celui de l'Iran, les dépenses publiques de santé de la France restent significativement plus élevées que celles de l'Iran, notamment par rapport au secteur privé, ce qui montre que la santé est considérée comme une « affaire publique » dans les décisions politiques. Ceci s'explique particulièrement par l'héritage des hôtels-Dieu et des œuvres de charité étroitement liés à l'institution religieuse, contrairement à l'Iran où le secteur privé occupe une place dominante.

Malgré l'évolution constante du système de soins en Iran depuis le début de sa modernisation en 1872, ce n'est que dans les années 1980 qu'émergent les services d'urgences hospitaliers, comme services ayant une identité distincte et reconnue au sein de l'hôpital, soit environ trois décennies plus tard qu'en France⁴⁴² où cela s'opère dans les années 1940. N'étant pas développé en fonction d'une spécialité médicale, ce service ne suit pas les mêmes objectifs que les services spécialisés de l'hôpital, mais il est conçu, au moins symboliquement, pour répondre à des besoins

⁴³⁵ Anne Amar-Sabbah et Ludovic Berthier, « Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites », *Gestion & Management Public, Recemap*, 1 janvier 2007.

⁴³⁶ Majlis, « Majlis ».

⁴³⁷ Bezes, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties ».

⁴³⁸ « Global Health Expenditure Database ».

⁴³⁹ « Domestic general government health expenditure per capita (current US\$) | Data ».

⁴⁴⁰ « Domestic private health expenditure (% of current health expenditure) | Data ».

⁴⁴¹ « Current health expenditure per capita (current US\$) | Data ».

⁴⁴² Loi du 21 décembre 1941 REORGANISATION DES HOPITAUX ET DES HOSPICES CIVILS - Légifrance.

médicaux urgents et peut couvrir une très large gamme de pathologies relevant de spécialités médicales différentes.

Au moment de mener cette recherche, les catégories professionnelles présentes dans les trois services d'urgences hospitaliers étudiés, sont les mêmes avec une division du travail prescrit similaire – services qui ne sont qu'une petite partie d'un système complexe en constante évolution – et une structure organisationnelle formelle assez proche, si l'on excepte que le parcours des patients en Iran exige de ceux-ci qu'ils s'acquittent des frais de soins avant leur sortie.

Conçus pour se charger des urgences vitales, nous avons déjà remarqué que ces services jouent aussi un rôle de régulateur du flux des patients, répondant ainsi aux enjeux économiques. Ils deviennent de véritables réservoirs médicalisés, où un décalage significatif se crée entre le but formellement défini pour cette organisation et les missions concrètement assurées. Cette organisation conçue au sein de l'institution hospitalière, « comme une modalité spécifique et transitoire de structuration et d'incarnation de l'institution »⁴⁴³, incarne également dans les CHU l'institution universitaire, et de façon remarquable en Iran, l'institution religieuse et l'institution policière.

Dans ce contexte, afin d'analyser les rapports sociaux au sein des services d'urgences en tant qu'organisations, nous avons fait l'hypothèse que ces organisations sont les fruits des « actions organisées »⁴⁴⁴ des individus, que nous avons considérés comme les « acteurs »⁴⁴⁵. Ces acteurs ont des marges de manœuvre et des possibilités d'action limitées et structurées par l'organisation qui, néanmoins, ne les contraint jamais totalement. Ainsi, l'organisation émerge et se maintient comme un « construit social », où les acteurs doivent trouver des solutions « contingentes, largement indéterminées, et donc arbitraires »⁴⁴⁶. De cette hypothèse centrale, empruntée au raisonnement de l'analyse stratégique, nous avons retenu le principe d'une observation attentive des interactions, pour dégager

⁴⁴³ Enriquez, *L'organisation en analyse*, 89.

⁴⁴⁴ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

⁴⁴⁵ Ibid.

⁴⁴⁶ Ibid., 16.

les enjeux qui s'y trouvent, les stratégies qui en découlent et tenter ainsi de reconstituer les systèmes de rapports sociaux qui s'installent.

Notre deuxième hypothèse réside dans l'idée que les acteurs des organisations étudiées ne mettent pas en place leur action organisée à partir d'une page blanche, sans socle, sans a priori. Ils ont déjà intériorisé des attitudes, ont des typifications partagées, pratiquent déjà des formes d'action, possèdent des « univers symboliques » multiples en lien avec leur histoire et les milieux dans lesquels ils évoluent. Par « univers symbolique » nous entendons, comme nous l'avons déjà indiqué, une « matrice de toutes les significations socialement objectivées et subjectivement réelles »⁴⁴⁷. Ainsi, dans l'action, dans les choix de solutions, dans les orientations stratégiques, par-delà mais également avec les dimensions strictement organisationnelles, les acteurs mobilisent des symboles, des normes, des coutumes, des croyances, des règles... , qui constituent des ensembles que nous avons considérés et analysés comme une forme d'institution.

Nous nous sommes appuyés sur la définition donnée par Max Weber de l'institution pour qui elle est « un groupement dont les règlements statutaires sont octroyés avec un succès (relatif) à l'intérieur d'une zone d'action délimitable à tous ceux qui agissent d'une façon indéfinissable selon des critères déterminés », ou encore comme « des groupements comportant des règlements établis rationnellement (méthodiquement) »⁴⁴⁸. Dans les organisations étudiées, nous avons remarqué la présence d'une multiplicité d'« institutions spécialisées »⁴⁴⁹ avec « les lois écrites et les normes explicites ou implicites des conduites »⁴⁵⁰ agissant comme des « systèmes symboliques sanctionnés »⁴⁵¹, telles l'institution hospitalière et l'institution universitaire communes aux deux CHU et aux deux pays. En Iran nous avons souligné la présence implicite et explicite des institutions religieuse et policière. Ces institutions exercent au sein des organisations une pression forte ;

⁴⁴⁷ Laberge, « De l'hypothèse à la théorisation ».

⁴⁴⁸ Weber, *Economie et société*, 94.

⁴⁴⁹ Ibid., 149.

⁴⁵⁰ Enriquez, *L'organisation en analyse*, 77.

⁴⁵¹ Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, 162.

elles sont présentes symboliquement comme structurellement et participent pleinement des dispositifs de contrôle et de sanction.

Suivant la terminologie d'instituant-institué⁴⁵², qui désigne l'institution comme relevant de ce qui est institué, nous avons retenu l'idée que l'institution résulte de l'accord intersubjectif et de la reconnaissance des acteurs (typifications partagées, croyances partagées, etc.)⁴⁵³. En ce sens, l'institution n'existe que par et dans les relations interpersonnelles et se construit à travers « les objectivations des processus subjectifs (et des significations) »⁴⁵⁴. En appui sur cette définition de Berger et Luckmann, les interactions sociales de la vie quotidienne sont pétries de typifications partagées par les individus ; elles ne sont donc pas le résultat de l'« ici et maintenant » et, tout en s'anonymisant, s'invisibilisant, elles deviennent une forme de langage symbolique. Les rôles sont ainsi le résultat de la formation d'un stock commun de connaissances contenant des typifications réciproques de conduite dont le processus de génération serait « endémique à l'interaction sociale et antérieur à l'institutionnalisation »⁴⁵⁵. Selon cette définition, ce sont les institutions qui établissent le lien entre les typifications et les actions⁴⁵⁶. Et pour revenir à la définition de Castoriadis des institutions, elles consistent « à rattacher à des symboles (à des signifiants) des signifiés (des représentations des ordres, des injonctions ou des incitations à faire ou à ne pas faire, des conséquences...) »⁴⁵⁷.

En partant de cette définition de l'institution, nous avons fait l'hypothèse que les acteurs des organisations étudiées interagissent dans un champ de pluralité institutionnelle avec des typifications et des modes de régulations sociales différentes, c'est-à-dire des signifiants, des ordres et des injonctions multiples, voire contradictoires. Ce concept de pluralité institutionnelle a été abordé dans les théories de l'action par Boltanski et Thévenot à propos des justifications des acteurs

⁴⁵² Lapassade et Hess, *Groupes, organisations, institutions*.

⁴⁵³ Berger et Luckmann, *La Construction sociale de la réalité - 3e éd.*, 66.

⁴⁵⁴ *Ibid.*, 81.

⁴⁵⁵ Berger et Luckmann, « II. La société comme réalité objective ».

⁴⁵⁶ Berger et Luckmann, *La Construction sociale de la réalité - 3e éd.*, 83.

⁴⁵⁷ Cornélius Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, 162.

opérant dans les « mondes communs »⁴⁵⁸, mais également par Dubet à propos des logiques de l'action structurant « l'expérience des acteurs »⁴⁵⁹ et également par Bernoux et Herreros à propos des accords implicites qui fondent les différents mondes présents dans les organisations⁴⁶⁰. Partant de ces travaux, nous avons analysé les interactions des acteurs en nous interrogeant sur les modalités qu'ils mettent en œuvre pour « concilier » la pluralité et l'hétérogénéité des normes en présence et, ce faisant, comment pouvait se former un système d'action concret au sein d'une organisation.

Nous avons aussi souligné la caractéristique de ces services d'urgences qui sont à la fois composés de professionnels, lesquels sont les acteurs permanents de l'organisation et d'usagers, qui bien que ne faisant que passer dans l'organisation, n'en interagissent pas moins avec le système, occupant même de véritables rôles fonctionnels dans certains cas. Les membres du personnel sont légitimés et qualifiés institutionnellement (par une institution universitaire) pour tenir leur rôle organisationnel, accomplir des tâches précisément définies par leur fiche de poste ; leurs interactions sont donc contrôlées et sanctionnées par des normes et des règles explicites organisationnelles et institutionnelles. Par contre, les usagers ne partagent pas nécessairement ce système de références. Les valeurs instituées et plus généralement le programme institutionnel à l'œuvre au sein des services d'urgences ne relèvent pas forcément de leurs repères ; pour le dire avec Max Weber, ils ne sont pas apparentés aux mêmes « associations »⁴⁶¹.

Si le service des urgences délivre une prestation médicale aux usagers, il joue également, pendant le temps de leur passage, le rôle d'une institution de contrôle. Le comportement des usagers (patients comme accompagnants) doit être conforme à ce qu'attend l'institution ; jusque dans des détails très personnels, souvent considérés comme « intimes », le service de soins se transforme en une institution

⁴⁵⁸ Boltanski et Thévenot, *De la justification*.

⁴⁵⁹ Dubet, *Sociologie de l'expérience*.

⁴⁶⁰ Amblard et al., *Les Nouvelles Approches sociologiques des organisations*.

⁴⁶¹ Weber, *Economie et société*, 93.

qui exige, ordonne, réprimande, sur le modèle (serait-il lointain dans ses formes explicites) de l'institution scolaire ou pénitentiaire. Même si le passage des usagers dans les services d'urgences reste en général très bref, les interactions qui s'y tissent sont d'une extrême intensité pour tous les « acteurs »⁴⁶² des lieux.

Dans un contexte de pluralité institutionnelle, sur fond de souffrance physique ou psychique des patients et de leurs accompagnants, dans un environnement où les moyens en matériels ou en personnels peuvent ne pas être toujours très performants ou suffisants, les jeux stratégiques des uns et des autres débouchent fréquemment sur de très vives tensions. Elles résultent également de l'important décalage entre, d'un côté, les buts symboliques de l'organisation (qui justifient sa définition formelle) et, de l'autre, l'activité réelle réalisée quotidiennement pour répondre aux besoins et aux finalités qui se présentent concrètement à l'organisation.

2. La méthodologie

Compte tenu des intentions exploratoires de la recherche, d'un faible nombre de recherches sociologiques sur les hôpitaux iraniens ainsi que de la rareté des travaux sociologiques comparatifs entre l'Iran et la France, nous avons choisi d'adopter des méthodes qualitatives avec des observations (le plus souvent) non-participantes, suivies de descriptions ethnographiques et d'entretiens semi-directifs menés avec le personnel des trois services étudiés. Lors de l'enquête, le chercheur apprenti que je suis (le « je », pronom personnel, va prendre ici le pas sur le « nous » académique) s'est trouvé dans la position d'étudiant étranger à la fois dans son pays d'origine et dans le pays d'accueil, ce qui a joué un rôle non négligeable dans le rapport au terrain. Les interactions avec les enquêtés ont été régulièrement traversées par des questions relatives aux « différences de classes, (les) différences culturelles ou religieuses induisant (induisent) des transpositions dans les catégories habituelles de l'observateur »⁴⁶³. Ma position a été, selon les moments, celle de la familiarité

⁴⁶² Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

⁴⁶³ Peretz, « IV. La rédaction des notes d'observation ».

ou celle de la surprise. Dans mon pays d'origine, l'Iran, j'ai été conduit à déconstruire des notions qui me semblaient aller de soi, puisque partageant largement l'univers symbolique iranien, et qui en s'invisibilisant risquaient de m'égarer. En France où je suis arrivé à l'âge de 27 ans, et dont je n'avais appris la langue que quelques années avant le début de la recherche, je n'avais qu'une maîtrise imparfaite des énoncés que je recevais, je n'étais pas toujours en mesure de saisir les niveaux symboliques mobilisés. Si l'on ajoute à ces éléments le fait que je n'avais aucune connaissance des urgences hospitalières, je me suis retrouvé dans la posture de l'« étranger » en bien des occasions.

2-1. L'observation non participante

L'immersion dans les services m'a permis, principalement en tant qu'observateur et parfois comme participant (en réalisant parfois des massages cardiaques ou en poussant des brancards), d'éprouver pleinement la dimension réelle de l'urgence et de côtoyer la marge parfois infime qui sépare le monde des vivants et celui des morts, tout en observant les rituels des uns et des autres. Dans un premier temps, afin de rendre compte à la fois de mon expérience vécue – subjective – et de l'expérimentation objectivante du travail d'analyse des données de terrain, je me suis plongé dans la vie des services sans contrainte particulière ni de temps ni de lieu spécifique d'observation. J'ai pu faire le tour des différents espaces dans les trois services selon des modalités totalement arbitraires, me laissant saisir par les lieux et leur architecture, bousculer par les détails de l'activité, surprendre par la nature des interactions, happer par les événements et les situations toujours marquantes dans un service d'urgences.

Lors d'une seconde phase, l'observation a été conduite selon une grille croisant les différentes catégories de personnels telles que définies formellement par l'organisation (Grille d'observation des individus 1, Cf. Introduction & 6.3). En suivant les individus de chaque catégorie du début à la fin de chacune de leurs interventions et de leurs éventuelles interactions avec les autres, j'ai pu recueillir nombre de détails sur la nature de leurs interactions.

Entre chaque « cas » observé, je notais rapidement sur un cahier les informations recueillies et mémorisées avec un maximum de détails possible, en soulignant les mots ou les actions incompréhensibles sur-le-champ ou en les finissant avec les points d'interrogation pour y revenir plus tard en tentant de me renseigner. Cette prise de notes me conduisait à me « réfugier » dans un espace relativement calme, ou un simple recoin qui attire moins l'attention du personnel ou des patients. Un nom ou un surnom a été attribué aux personnes jouant un rôle dans la situation observée, afin de les repérer et de pouvoir faire le lien, plus tard et avec d'autres scènes. J'ai pris garde de conserver les caractéristiques principales de chaque protagoniste sans pour autant les rendre reconnaissables. Pour ne pas prendre le risque d'être lu à mon insu, j'ai fait le choix de rédiger mes notes en langue française en Iran et en persan (avec l'alphabet arabo-persan) en France. Que ce soit dans des situations connues ou inconnues, tous les détails observés, les dialogues, les expressions non verbales comme les regards et les gestes, les postures corporelles, étaient consignés. Je notais également mes interprétations spontanées, sans savoir si elles seraient utilisables. Les outils d'enregistrement comme l'appareil photographique ou la caméra vidéo n'ont pas été utilisés, à la fois parce qu'ils étaient interdits dans le service iranien, mais également par respect de la confidentialité du vécu des patients et du personnel.

2-2. Les entretiens individuels

Les observations ont été complétées par des entretiens semi-directifs afin d'analyser les définitions et redéfinitions constantes produites par les individus de leur entourage⁴⁶⁴ et du sens donné à leur action. Ces entretiens semi-directifs ont été conduits avec les membres du personnel intéressés par la recherche qui ont accepté d'y contribuer en s'exprimant sur les thèmes suivants : un retour sur leur vie personnelle, leurs formations et leur parcours professionnel, la perception de leur vécu au travail (leurs attitudes, leurs sentiments, etc.). Avant chaque entretien et à l'occasion d'une conversation libre avec les intéressés, les buts et les périmètres de l'entretien leur étaient expliqués ; cette étape fut fondamentale pour gagner la

⁴⁶⁴ Arborio, « Histoires de vie, archives et observation du travail au service d'une étude sur les carrières professionnelles ».

confiance de certains membres du personnel, plus méfiants que les autres, et dont la première question était de savoir si les réponses allaient être mises à disposition de leurs supérieurs hiérarchique.

Les questions portaient d'abord sur leurs trajectoires sociale et professionnelle. Il s'agissait de restituer leurs histoires de vie et de rendre compte de la manière dont les individus avaient croisé l'institution hospitalière. Cela se poursuivait autour du travail au quotidien, des relations tissées avec autrui, et de la façon dont étaient gérées les situations, qu'elles soient faites de tensions ou non.

Souvent, le déroulement de l'entretien, sa durée, l'exhaustivité des informations transmises, étaient conditionnés par la dissymétrie inhérente à la situation d'entretien entre un chercheur et son informateur. Par exemple, des sentiments sur ce que pourraient être des différences de classes entre chercheur et interviewé⁴⁶⁵, provoquent des phénomènes de censure⁴⁶⁶, orientent les propos⁴⁶⁷ tenus, les rendent systématiquement plus brefs. Si j'ai parfois perçu une attitude méfiante de la part du personnel de service d'hygiène, cela était moins vrai lorsque mes interlocuteurs disposaient de diplômes ou possédaient un statut plus reconnu ; leurs propos étaient fréquemment plus exhaustifs et ils osaient se risquer à des analyses. Dans toutes les situations, je me suis efforcé de ne pas modifier son apparence et de garder la même blouse blanche, ce qui me différenciait franchement des autres uniformes de service.

Dans les trois unités étudiées, ma présence pendant la nuit a suscité des réactions favorables et a facilité le contact. Mon « intégration » augmentait quand je participais aux petits évènements nocturnes autour d'un repas dans la salle du personnel. Cela m'a sans doute permis d'être accepté dans certains espaces où l'observation n'était pas forcément acquise d'avance et encouragé certains

⁴⁶⁵ Fournier, « Le sexe et l'âge de l'ethnographe », 4.

⁴⁶⁶ Mauger, « Enquêter en milieu populaire ».

⁴⁶⁷ Pinçon et Pinçon-Charlot, *Voyage en grande bourgeoisie*; Chamboredon et al., « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien ».

membres du personnel à participer aux entretiens. Ces moments d'échanges informels, de conversations ordinaires ont largement enrichi mon matériau.

Au total, j'ai passé environ six mois sur le terrain, répartis entre les trois services. A chaque fois, je m'efforçais de rester vingt-quatre heures durant dans les unités pour suivre le travail des différentes équipes et appréhender les différents flux d'arrivées des patients selon que ce soit le matin, l'après-midi ou la nuit. Si je n'ai pas eu d'entretiens formels avec les patients (ce qui aurait compliqué les démarches pour obtenir une autorisation officielle), j'ai souvent pu bénéficier de leurs remarques, leurs réflexions, leurs sentiments lors de mes observations ; toutes ont également été retranscrites.

3. L'organisation prescrite et l'institution plurielle

Même si nous avons tout du long de nos développements proposé des comparaisons entre les trois unités et caractérisé leurs différences et ressemblances, nous souhaiterions revenir sur quelques-uns des aspects principaux permettant de cerner leurs régulations respectives. Selon que les relations concernent les soignants entre eux ou qu'elles renvoient aux interactions entre professionnels et usagers et selon que l'on se trouve dans l'une ou l'autre des trois entités analysées, les régulations varient et les variables qui les infléchissent relèvent aussi bien des types de divisions du travail, de l'articulation entre les catégories professionnelles, du niveau d'hétérogénéité des pathologies accueillies, de la gestion de l'espace et du temps.

Au Service des Urgences Traumatologiques (SUT), cinq catégories professionnelles principales sont présentes en permanence : les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, les externes et les agents de service hospitaliers (ASH). Les médecins ne possèdent pas de fiche de poste détaillant leurs missions et leurs activités ; ils se trouvent en amont de la chaîne du diagnostic. Ils trient et donnent les instructions médicales au personnel paramédical. Ils incarnent l'autorité institutionnelle, seuls habilités à prescrire les soins nécessaires aux patients et par la même occasion à définir le travail du personnel paramédical. Ils bénéficient d'une légitimité symbolique forte, ancrée dans l'image historique et sociale de leur métier. Les

infirmiers et les aides-soignants, qui constituent le personnel paramédical, sont encadrés par un cadre de santé de catégorie infirmière qui est officiellement leur responsable hiérarchique, mais, de fait, ils travaillent sous l'autorité des médecins seniors. Les aides-soignants, quant à eux, ont, en théorie, une activité qui doit s'effectuer en binôme avec les infirmiers. En accompagnant, au plus près, les malades dans leur parcours de soins, en essayant de « créer et développer une relation de confiance et d'aide avec le patient et/ou la personne accueillie et/ou son entourage »⁴⁶⁸ ils ont formellement une position essentielle. En pratique, s'ils sont indispensables, la définition de leurs tâches quotidiennes est peu claire, ils se retrouvent dans une position subordonnée par rapport aux infirmiers et doivent réaliser, selon le répertoire des métiers de la santé⁴⁶⁹, les « tâches les plus basses d'assistance au malade »⁴⁷⁰.

L'organisation du Service des Urgences Médicales (SUM), situé dans le même CHU que le SUT, se distingue surtout de ce dernier par la présence de médecins spécialistes, notamment des psychiatres. Cela correspondent aux types de pathologies prises en charge, à savoir : les urgences psychiatriques et l'ensemble des troubles qui ne sont pas provoqués par un traumatisme et ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale d'urgence. Cependant, malgré quelques différences comme la présence des internes et des brancardiers, ou comme la division du service en trois secteurs correspondants aux différentes pathologies accueillies, la structure organisationnelle et la division professionnelle restent assez semblables au SUT. Une autre particularité de ce service est qu'il dispose d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Une partie du personnel paramédical y est affectée spécifiquement.

Au SMT, le Service des Martyrs de Téhéran, la structure organisationnelle est assez similaire aux deux autres unités étudiées. On y accueille en urgence les pathologies traumatologiques, chirurgicales et médicales, mais pas celles relevant de la psychiatrie. Le nombre de patients reçus est équivalent à celui de l'ensemble des

⁴⁶⁸ Arborio, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital.*

⁴⁶⁹ « Métier : Aide-soignant(e) ».

⁴⁷⁰ Arborio, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital.*

deux autres services étudiés en France. Une différence significative de ce service réside au niveau du parcours du patient en ce que celui-ci est initié par un médecin de triage à la place de l'IAO des services français. Celui-ci peut laisser le patient quitter le service sans qu'il y ait eu d'admission avec une simple ordonnance à l'identique de ce que peut être une visite médicale chez le médecin de ville. Autre différence notable avec le SUT et le SUM l'espace y est géré très différemment et l'on y croise continuellement la présence explicite de symboliques institutionnelles extérieures à celles de l'institution médicale, notamment l'institution religieuse et policière.

Dans le Chapitre I, nous avons décrit le fonctionnement « normal » des services d'urgences traumatologique et médicale (SUT et SUM) ainsi que le service iranien SMT en indiquant que les taux d'admission des patients sont proches du taux nominal pour lequel ces trois organisations semblent être théoriquement conçues. Dans les trois cas, le flux des arrivées est difficilement planifiable ; toutes sortes d'évènements imprévisibles peuvent créer des affluences ou des creux dans les espaces d'attente et de soins. Ces variations quotidiennes changent donc le rythme de travail, les modes d'usages des espaces, mais ils transforment aussi l'organisation prescrite, bouleversent parfois les interactions habituelles, attendues et décalent donc le fonctionnement du système d'action concret. Dans ces situations, chacun des trois services a ses propres agencements.

Les pathologies liées à la médecine interne et psychiatrique distinguent le SUM du SUT. L'accueil des patients suppose des procédures de soins aux durées différentes, à une surveillance médicale particulière. En outre, l'architecture pavillonnaire, bien plus ancienne que celle du SUT (rénovée et restructurée récemment) impose des contraintes spécifiques. Comme le SUT, et plus largement l'ensemble des services d'urgences, le SUM joue un rôle d'entrée et d'orientation des patients à l'hôpital, mais ses patients étant moins catégorisables que ceux du SUT, ils stagnent dans les

services d'urgences, que les urgentistes dénomment 'bed blockers' »⁴⁷¹ ; le service d'urgences devient un « réceptacle des problèmes sociaux »⁴⁷².

Comme évoqué ci-dessus, dans les trois services, nous avons constaté un changement de rythme et de charge de travail pour le personnel au quotidien, auquel s'ajoute la survenue de cas singuliers, qui, soit ne rentrent pas dans les « cases » prévues avec des procédures de soins prédéfinies et précises, soit se compliquent en occasionnant des tensions entre professionnels et usagers. Ces situations, fréquentes, ont de fortes répercussions sur l'organisation spontanée du travail et sur les interactions entre les membres du personnel.

Le SUT ayant moins d'hétérogénéité dans les pathologies traitées, les patients semblent s'adapter plus aisément aux instructions qui leur sont données lors leur parcours de soins. Au SUM et au SMT le personnel rencontre des patients avec des pathologies plus hétérogènes ; leur adaptation aux normes et aux instructions qui leur sont données est plus difficile. Ce sont donc les personnels qui doivent s'adapter, ce qui entraîne une érosion de leur tolérance et la survenue d'altercations. De ce point de vue, le SMT est souvent dans une situation comparable à celle du SUM.

On l'aperçoit, plus les interactions (professionnels/usagers, professionnels /professionnels) sont mises en tension, plus le recours aux stratégies individuelles ou groupales se multiplient pour réguler la situation. Se confrontent alors les séparations symboliques entre le personnel et les patients, l'institution et la société, les rapports de force « légitimes » et « intériorisés » disparaissent ou se fragilisent et laissent émerger des jeux de pouvoir pouvant s'inscrire dans des cadres de jeu plus large que ceux prévus par les organisations-institutions. Nous avons tenté de catégoriser les interactions observées sur la base de la concordance des critères d'évaluation des situations par les acteurs, avec les critères prescrits par l'organisation ou par l'institution hospitalière. Plus ces critères sont établis sur la sémiologie médicale ou toute autre catégorisation incarnée dans la symbolique

⁴⁷¹ Mas et al., *L'hôpital en réanimation*, 32.

⁴⁷² Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, 6.

institutionnelle de l'organisation médicale, plus nous observons des relations dépersonnalisées. En d'autres termes, les critères institutionnels prédéfinis permettent un classement des individus et des situations sans lien avec leur personnalité ou la singularité du moment. À l'opposé, plus des éléments du caractère personnel ou des attributions de la singularité d'une interaction sont pris en considération en dehors des critères institutionnels, plus les interactions deviennent « personnalisées » et vont occasionner le recours à une multiplicité de registres pour tenter de réguler la relation. Depuis cette perspective, nous observons un nombre significativement plus élevé d'interactions « personnalisées » au sein du SMT. Quant aux deux autres services, les acteurs recourent à des stratégies « dépersonnalisées » et prédéfinies par l'organisation ou par l'institution hospitalière en général.

Enfin, nous pouvons également revenir sur la configuration architecturale (l'espace) de chacun des trois lieux avec ce qu'elle peut induire dans l'organisation du parcours du patient. Le SUT présente un schéma (Figure 4 - page 96) assez simple où la procédure que les patients suivent, théoriquement, de l'entrée à la sortie du service rythme les déplacements, et organise l'espace. Pour rappel, les étapes sont les suivantes : une évaluation brève de leur situation à l'entrée, un séjour en salle d'attente avant la prise en charge médicale, des examens de diagnostic et de soins réalisés dans un espace fermé et individuel appelé « box », lequel contient le matériel nécessaire pour ne pas avoir besoin de faire sortir ni le patient ni le soignant et, en fin de procédure et de parcours, le patient sort du service par la même porte qu'il a empruntée à l'entrée.

Sur le plan général, l'architecture du SUM ressemble au SUT avec une entrée, la salle d'attente et de surveillance, les « box » de soins, mais son caractère pavillonnaire a conduit à la définition de trois zones avec une organisation du travail fondée sur des pathologies et leur degré d'urgence. Ce relatif éclatement en trois espaces est peut-être à l'origine de certaines tentatives d'« optimisation » de l'organisation du travail qui ont existé au SUM à la différence du SUT.

Malgré une organisation des métiers et des parcours de soins semblables aux deux autres services, le SMT se distingue assez significativement du point de vue de son

architecture, avec une grande salle disposant d'une station d'infirmiers au centre avec 21 lits placés tout autour. Ce service est également plutôt semblable à un petit hôpital, avec une salle d'opération, une salle de RCP, une salle de soins intensives et une salle d'isolement propre au SMT. Cela lui donne une autonomie plus importante par rapport aux autres services spécialisés, du moins théoriquement.

Nous l'avons vu dans le Chapitre I, ces distributions de l'espace ne sont pas sans importance. Les déplacements, les concentrations des professionnels comme des patients peuvent jouer un rôle sur la montée des tensions dans les relations. Ainsi au SUT et au SUM les interactions conflictuelles surgissent plutôt dans des lieux similaires : les couloirs, l'accueil et les espaces de surveillance. Au SMT les altercations, les moments tendus se concentrent plutôt dans la salle principale de soins.

4. L'espace-temps transversal

Nous avons déjà souligné le décalage entre le service d'urgences mythique destiné à sauver les vies et la réalité de son organisation rationnelle qui consiste à trier et à orienter le flux des patients. Ce décalage se manifeste entre autres par la transformation de l'utilisation des espaces dédiés à une tâche spécifique en espaces transversaux et multifonctionnels.

Nous avons constaté que dans ces espaces transversaux qui apparaissent, soit comme éléments logiques de l'organisation (les couloirs qui lient les espaces institués comme des espaces spécialisés), soit comme espaces dont l'utilisation s'est transformée en pratique (la salle du personnel), un champ de négociations s'ouvre qui n'est pas structuré au préalable par l'organisation. Ces négociations « peuvent être conduites de manière tout à fait explicite, alors que d'autres peuvent être conclues presque sans échange de parole »⁴⁷³.

⁴⁷³ Anselm Leonard Strauss, « L'hôpital et son ordre négocié », in *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme* (Paris : Editions L'Harmattan, 1991), 106.

Nous avons également défini la notion des « temps transversaux » qui se caractérisent par la superposition de temporalités multiples, qui sont à leur tour un ensemble de moments non définis par une structure organisationnelle, mais qui sont institués par une pluralité de cadres instituants comme nous l'avons décrit au Chapitre I. Ni temps de travail, ni temps personnel, ces temps transversaux s'offrent comme des zones d'incertitudes contrôlées par chaque acteur selon la pertinence et la légitimité des ressources qu'il peut mobiliser dans son rapport de force avec les autres.

Ces « espaces transversaux » comme « les temps transversaux » ouvrent potentiellement de nouvelles opportunités de jeux stratégiques, font émerger des zones d'incertitudes, offrent des théâtres supplémentaires de confrontations, de négociations. A structure formelle similaire (les deux services en France) on retrouve des variantes fortes liées ; elles peuvent s'expliquer en partie par la singularité des parcours des malades (lesquels dépendent aussi largement du type de pathologies traitées), mais elles sont aussi liées aux éléments extra-organisationnels qui viennent s'adjoindre aux données organisationnelles. Dans ces espaces, les rapports sociaux se personnalisent et transgressent les délimitations organisationnelles et institutionnelles tout en restant fidèles à la trame professionnelle, c'est-à-dire en menant des actions considérées en apparence comme « normales » dans le métier et difficilement condamnables selon les critères formels de l'organisation. Dans ces espaces ou temps transversaux, la superposition de plusieurs conjonctures organisationnelles intensifie encore la complexité des situations et par conséquent affaiblit les possibilités de leur contrôle. Nous avons proposé de regrouper en deux catégories les configurations que nous rencontrons : les zones d'incertitudes statiques qui sont le résultat de l'organisation du travail et de l'articulation entre différentes catégories professionnelles, et les zones d'incertitudes dynamiques qui émergent en fonction des circonstances et qui dépendent de l'affluence des patients ainsi que de leur perception de la situation qui teinte leurs interactions avec le personnel.

De ces espaces et temps « transversaux » émergent, au sein des trois services étudiés, ce que nous avons nommé l'élargissement du champ des possibilités

stratégiques des acteurs. Dès lors, les contextes de travail, les formes de l'activité... deviennent très complexes et se laissent difficilement enfermer par des procédures organisationnelles.

5. L'analyse stratégique et la dynamique des zones d'incertitudes

Sous la forme d'une synthèse, il nous faut revenir sur les dynamiques caractéristiques de chacun des services.

Nous avons montré au Chapitre III que le système d'action concret du SUT donnait à voir d'une part, un équilibre des pouvoirs entre les différents corps de métiers présents dans le service et d'autre part, un aplatissement de la hiérarchie organisationnelle en comparaison des services « classiques ». Dans ce schéma, l'organisation du travail, la définition du périmètre des métiers ainsi que leur articulation, semblent assez largement pris en main par le personnel paramédical. La gestion du temps devient une zone d'incertitudes que les paramédicaux maîtrisent en tous les cas plus que les médecins ou la direction du service. Les médecins, bien que très impliqués dans l'organisation du service, se trouvent face à des soignants doter de fortes ressources ; la traditionnelle position de domination qu'occupent les médecins se trouve donc affaiblie.

Parmi les paramédicaux, la division des soins entre l'infirmier et l'aide-soignant, et la délégation du « sale boulot » aux aides-soignants, génèrent un conflit entre ces deux catégories. Avec l'augmentation de la fréquence d'intervention de type hôtellerie dans le service d'urgences, les aides-soignants se montrent « nostalgiques » du passé glorieux du service et espèrent revivre des scènes de « vraies » urgences où l'on se dissout dans l'équipe et où chacun abandonne les tâches quotidiennes afin de faire tout ce qui est possible pour sauver une vie – ce qui donne plus de sens à leur métier. Ils revendiquent par conséquent et étonnamment plus de charge de travail. Dans ce conflit, les aides-soignants peuvent davantage tirer parti de la zone d'incertitudes constituée par la complexité de l'enchaînement des tâches effectuées par les différents corps de métier, dans une temporalité non simultanée et dans des espaces changeants. Le mécontentement

généralisé des infirmiers vis-à-vis des aides-soignants peut certes se traduire par des demandes d'intervention de l'autorité hiérarchique, mais cette dernière ne peut réellement intervenir qu'en cas de faute professionnelle et de non-respect flagrant des réglementations sans effet sur le processus de soins.

Dans ces conditions, les acteurs s'appuient beaucoup sur leur groupe professionnel et cherchent à le renforcer. Les conflits se cristallisent autour des enjeux de la définition du périmètre des métiers et les actions se réfèrent systématiquement aux rôles principaux définis dans l'organisation. Les différents corps professionnels se trouvent donc dans un équilibre de pouvoir, dans des rapports de force relativement dépersonnalisés qui se fragilisent aux moments de fortes affluences, où le service subit une charge de travail plus importante.

Si l'analyse des personnels soignants, qui essaient eux-mêmes d'expliquer les raisons de la montée des tensions et de l'éclatement des conflits, se porte souvent sur la personnalité des protagonistes, il est possible de montrer que ces conflits « personnels » s'enracinent en réalité dans des contextes conflictuels organisationnels. Cela étant, nous avons vu plus haut que la fréquence de ces tensions reste relativement faible, par rapport aux deux autres services d'urgences étudiés, tant pour ce qui concerne les relations entre les membres du personnel entre eux et qu'entre soignants et patients. Les externes ne sont pas pour rien dans cet équilibre ; bien qu'ils ne soient que de passage dans le service et en formation, ils tiennent le rôle d'amortisseurs des frictions. Se situant entre les médecins, les infirmiers et les aides-soignants, ils ont un rôle important dans la transmission des messages ; cette fonction d'interface permet de raréfier le-face-à-face entre collègues susceptibles d'être pris dans des rivalités professionnelles enkystées de longues dates dans l'histoire du service. Leur travail de transmission des informations, de messagers provisoires, de transmetteurs passagers, se trouve débarrassé de la charge affective qui existe plus facilement lorsque l'interaction s'opère entre membres du personnel qui se connaissent et se pratiquent depuis longtemps. Au SUT, les externes absorbent nombre de tensions et illustrent un des paradoxes organisationnels classiques : ce ne sont pas les acteurs formellement les plus en vue qui ont nécessairement une fonction hautement régulatrice.

Au SUM (Chapitre I), nous avons analysé l'insistance du personnel à convoquer l'image d'une « famille soudée » alors que nos observations ne nous conduisaient pas forcément à ce constat. Comme pour exprimer la nostalgie d'une communauté, « masse indistincte et compacte qui n'est capable que de mouvements d'ensemble »⁴⁷⁴, qui se serait construite sur un « consensus »⁴⁷⁵, la notion de famille a été croisée dans nombre de nos entretiens ou de nos discussions. En dehors de certains moments éphémères, lors d'interventions de « vraies urgences », comme une réanimation ou une mise en contention, nous n'avons guère aperçu de communauté protectrice. L'image d'un collectif uni autour d'un but mythique, « rendre un service d'urgences », est brouillée par les rapports de force tendus entre soignant-soigné, par les controverses prenant source dans un contexte de pluralité institutionnelle où la division des tâches, la charge de travail deviennent des enjeux de conflits intragroupal. Le délitement du sentiment d'appartenance à une communauté laisse la place à la nostalgie de l'existence de cette communauté, qui, à défaut d'avoir existée, se met en scène lors du rituel de la mise en contention. Au SUM, bien plus qu'au SUT, le personnel est exposé de façon quasi quotidienne à différentes formes de violences, à une diversité sociale importante parmi les patients, à une pluralité élevée des pathologies prises en charge, à la croissance de la charge et à la dégradation des conditions de travail... autant d'éléments qui poussent les membres de l'équipe à invoquer la nécessité de faire groupe pour se défendre contre les menaces qui pèsent sur chacun. A défaut de constater l'existence d'une unité soudée parmi les professionnels, le discours collectif tenu sur cette famille fonctionne comme un rappel à soi-même de chaque membre de l'équipe. Faire famille, qui serait « la forme la plus parfaite de la Gemeinschaft »⁴⁷⁶, « malgré les conflits » et sans tenir compte du « caractère personnel » des autres collègues, est posé comme le modèle normatif de référence. Eviter une mise à l'écart de sa pseudo communauté, continuer à profiter de son soutien, c'est potentiellement bénéficier d'une protection. Elle est plus mythique que réelle.

⁴⁷⁴ Durkheim, « Communauté et société selon Tönnies ».

⁴⁷⁵ Ibid.

⁴⁷⁶ Ibid.

En effet, comme au SUT, le schéma conflictuel émerge au SUM. Il se cristallise autour de la division du travail entre les infirmiers et les aides-soignants, même si le contexte organisationnel diffère légèrement. Ce conflit est allé jusqu'au déclenchement d'une crise qui s'est soldée par une grève du personnel pour revendiquer principalement le recrutement des brancardiers. Les déplacements fréquents des aides-soignants pour transférer les patients vers d'autres services et la complexité de gestion de ce temps d'absence – qui apparaît comme une zone d'incertitudes – auraient accentué le glissement des tâches peu valorisantes en défaveur des infirmiers. Le conflit structuré autour de cet enjeu, s'est propagé et a entraîné un clivage entre deux types d'aides-soignants : ceux qui maintiennent la sécurité du service et ceux qui ne le font pas. Une partie des aides-soignants du SUM se distinguent, en effet, par leur force physique et leur expérience de la gestion de situations qui nécessitent une intervention « musclée », comme dans le cas de patients « agités », pour des raisons d'ordre psychiatriques ou autres. Cette partie des aides-soignants du SUM assure implicitement la sécurité des collègues contre d'éventuelles violences physiques exercées par les patients. Cette place différenciée d'une partie des aides-soignants, comparable à la place des aides-soignants habilités à réaliser des plâtres au SUT, leur offre des conditions plus favorables dans la négociation de marges de liberté pour les pauses et pour la gestion du « sale boulot ». On mesure ici l'impact que peuvent avoir sur l'organisation le type de patients accueillis et les pratiques de soins mises en œuvre en fonction des pathologies. S'il n'y a pas là une relation déterministe mécanique, il n'en reste pas moins que ces caractéristiques engendrent des formes (qui peuvent être variées) d'adaptation. De ce point de vue, la durée moyenne du parcours de soins est tout à fait importante. Elle est plus longue pour les patients du SUM que celle du SUT, ce qui entraîne plus d'interventions paramédicales et une présence plus importante des infirmiers et des aides-soignantes. Dès lors, on comprend que les soignants détenteurs de la force physique permettant de gérer les violences occupent une place prépondérante.

Parmi les membres du personnel médical, les internes du SUM présents à chaque garde se trouvent à une place intermédiaire entre les étudiants en médecine et les

médecins. Ils ont plus de légitimité que les externes et moins de responsabilités que les médecins seniors. S'ils ne font que passer dans le service, la durée de leur présence est bien plus longue que celle des externes. Ils sont sous l'autorité hiérarchique formelle des médecins seniors, lesquels peuvent réguler leur charge de travail grâce à leur concours, ce qui peut tempérer la verticalité de leurs relations.

Quant à elle, la direction du SUM, en quête d'un management efficace des ressources du service, consacre une proportion considérable de son temps à la mise en place de procédures administratives. Coincée par la charge de travail et le soutien limité du CHU, elle se tourne vers des « solutions » procédurales dans l'espoir d'améliorer les conditions de l'activité.

Globalement, les membres du personnel se trouvent face à un rapport de force aussi tendu que paradoxal entre, d'un côté, les patients et, de l'autre, l'institution hospitalière. Tout en étant loués pour leur métier de soignant, ceux-ci travaillent dans un climat relativement agressif et tentent, pour faire face, de développer des stratégies groupales. Le décalage entre ce que la plupart d'entre eux imaginent comme solution, et l'orientation de la direction, creuse un fossé avec cette dernière. Ces rapports sociaux tendus et compliqués, à la fois avec les patients et la direction, invitent à mobiliser, comme nous l'avons vu, le sentiment d'appartenance à une famille, symbole de solidarité groupale et, selon Castoriadis, « regroupements de production et de lutte »⁴⁷⁷. Cette évocation d'une solidarité renvoie aussi à un réseau de communication intragroupal qui, selon certains propos recueillis dans les entretiens, divise le personnel entre les « amis » et les « intrus ». La cadre de santé est ici perçue comme un agent de la direction, missionnée pour casser la solidarité de l'équipe (qui s'est manifestée lors d'une grève dans le service) et faire en sorte de bloquer ce type d'action collective.

Les membres du personnel du SUM, nous l'avons précédemment montré, sont fréquemment confrontés à des cas singuliers, dans un contexte de pluralité pathologiques et de diversité sociale importante, autant d'éléments de contexte qui débouchent sur des jeux dans lesquels s'expriment des marges significatives de

⁴⁷⁷ Cornélius Castoriadis, « Socialisme ou barbarie ».

négociation, impensables dans des situations « régulières ». En ces occasions, nombreuses, les personnels mobilisent toutes les ressources organisationnelles et extra-organisationnelles dont ils disposent. D'une certaine façon, on peut considérer que dans un contexte de charge de travail important et de mise en œuvre de procédures organisationnelles par la direction, le personnel adopte une stratégie de standardisation des interactions qui permet une économie de temps et limite la personnalisation de leurs rapports sociaux.

Quelles que soient les tensions générées au SUT et au SUM par la répartition du « sale boulot » entre les infirmiers et les aides-soignants, malgré les conflits qui se dessinent entre ces deux catégories professionnelles, nous n'avons pas repéré au sein de ces deux services des exemples de discriminations entre les membres d'une même catégorie professionnelle. Il en va différemment à l'intérieur du SMT. Ainsi, au sein de ce service iranien, existe une hiérarchisation explicite entre les infirmiers ; respectée par la direction des ressources humaines du CHU, cette disposition engendre des rapports de force structurels entre les infirmiers d'une même unité. Nous l'avons pointé, c'est le statut du contrat et l'ancienneté de l'agent qui priment pour établir les emplois du temps. Ainsi, ceux qui disposent de ces deux avantages pourront établir leur emploi du temps avec plus de flexibilité, avoir moins ou pas du tout de gardes de nuit. Le service étant divisé entre la salle principale, la salle d'opération, la salle de RCP⁴⁷⁸ et la salle des soins intensifs, c'est l'infirmier responsable des gardes qui détermine la répartition des salles entre les infirmiers présents et suivant les « compétences » ou la « qualité » du travail des infirmières, il affectera les postes. Avec les infirmiers fonctionnaires qui ont plus d'ancienneté d'un côté et les plus jeunes qui ont un statut moins stable de l'autre, une distribution des tâches et des gardes de nuit liée à ces facteurs, s'installe au cœur d'une même catégorie une différenciation, une stratification qui va engendrer des jeux organisationnels plus individualisés. Dans un contexte que nous avons qualifié « d'élargissement du champ des possibilités stratégiques » les acteurs puisent largement dans des ressources extra-organisationnelles et personnalisées. Ils tissent des liens affinitaires entre collègues qui « s'entendent mieux ». Des groupes se

⁴⁷⁸ Réanimation cardio-pulmonaire

forment sous le « règne des relations personnelles ». Entre infirmiers « aînés » et certains jeunes infirmiers, mais aussi avec les aides-soignants et les internes se tissent des ententes tacites sur le mode des « aînés » à la position stable protégeant des jeunes en position moins avantageuse. Selon la nature de ces collaborations se tissent des rapports de force qui vont conduire certains groupes à s'octroyer les tâches valorisantes et faire glisser les moins intéressantes vers les acteurs les moins dotés de ressources.

Bien que ces groupes informels renforcent les clivages entre les infirmiers, les infirmiers hommes, eux, minoritaires au SMT avec quatre hommes pour trente-six infirmiers, ont une place qui se distingue des autres et que l'on pourrait qualifier de « transgroupe » avec un statut paradoxal par rapport aux infirmières. Nous avons observé plusieurs situations où ils se sont implicitement donné le rôle de défenseurs des infirmières en cas d'agression verbale tout en laissant souvent entrevoir qu'il est tout à fait banal de les solliciter pour des interventions nécessitant la force physique ou dans des situations « insoutenables ».

Malgré tous les conflits internes, le groupe des infirmiers se distingue d'autres catégories professionnelles et se considère comme étant la colonne vertébrale du service, notamment dans leur rapport de force avec les médecins qui donnent des ordres médicaux devant être réalisés par l'équipe paramédicale, c'est-à-dire sous la responsabilité des infirmiers. Cette délégation de pouvoir alimente un conflit entre les infirmiers et les médecins sur l'enjeu de porter la responsabilité de la complication de l'état du patient ou de son décès, et nécessite souvent une enquête minutieuse sur une potentielle erreur de diagnostic ou de suivi des ordonnances.

La genèse du rapport de force entre les internes et les infirmiers reste comparable à celle des deux autres services étudiés en France, autrement dit entre le médecin qui ordonne sans avoir la supériorité hiérarchique et le personnel paramédical qui applique. La particularité du SMT est que les internes remplacent les médecins seniors pendant la garde de nuit et assurent le service médical en contact avec les internes seniors. La hiérarchie des internes entre eux, semblable à un ordre militaire notamment en chirurgie, est plus importante et utile pour les infirmiers, qui en profitent dans leur rapport de force par rapport à leur place symbolique, alors que

les internes, étudiants en début de formation pour devenir spécialistes, n'ont pas la légitimité des médecins seniors et spécialistes aux yeux des infirmiers. Cette hiérarchisation des internes en fonction de l'année d'internat – et le rapport de force similaire aux institutions militaires avec des instructions minutieuses à respecter dont le manquement est fortement sanctionné – donne la possibilité aux infirmiers de dénoncer des internes dès qu'ils sont absents pour n'importe quel motif comme une pause ou dès la moindre erreur, et de leur attirer les sanctions de leur supérieur.

Plus généralement au SMT, les internes semblent principalement être impliqués dans des rapports de force avec leur hiérarchie d'un côté et avec les infirmiers de l'autre. Nous n'observons pas d'incidents significatifs entre eux et les autres membres du personnel paramédical. Ce sont plutôt les infirmiers qui relaient les instructions et qui encadrent les aides-soignants tout en gardant la cadre de santé ou son adjoint par intérim en tant que référence hiérarchique en cas de tension.

Sans accompagner les patients pour les transferts, qui sont confiés aux brancardiers, et sans s'occuper des tâches qui nécessiteraient une spécialité (comme l'aide-soignant habilité à poser des plâtres au SUT), les aides-soignants du SMT paraissent ne pas contrôler les mêmes zones d'incertitudes que leurs homologues des deux services étudiés en France. Ils ne sont pas non plus les « bras » du service qui assurent implicitement la sécurité comme au SUM, car au SMT, ce rôle est donné aux agents de sécurité qui font une permanence dans le service.

Les aides-soignants s'occupent moins des tâches « sociales » plus riches en communication verbale et plus « valorisantes », comme accompagner et informer les patients, mais plutôt des tâches moins « valorisantes » de soins et « d'hôtellerie », comme faire la toilette des patients et changer les draps. Malgré la charge importante de travail qu'ils ont au SMT, les aides-soignants se montrent relativement partants pour effectuer des tâches qui sont officiellement attribuées aux infirmiers et qui « glissent » vers eux. Coincés entre les infirmiers d'un côté et la hiérarchie organisationnelle qui soutient la supériorité implicite des infirmiers de l'autre, les aides-soignants trouvent une petite marge de manœuvre en profitant des rapports de force entre les groupes informels des infirmiers, et s'assurent une

protection en contrepartie de laisser la liberté aux infirmiers des différents « clans » de prioriser les demandes qui leur sont faites.

Alors que les aides-soignants du SMT sont relativement peu nombreux, une partie de leur travail « glisse » vers les agents de service hospitalier (ASH) et les brancardiers. Ces derniers sont majoritairement peu diplômés et sont contractuels d'un sous-traitant du CHU. Ils ont une situation de travail précaire et vivent dans des conditions économiques très modestes. Leur rôle organisationnel change parfois (ainsi que leur uniforme) d'une garde à l'autre. Il arrive aussi qu'ils assurent – même sans changement d'uniforme – des rôles transversaux qui peuvent comprendre des tâches très diversifiées et variables selon les occasions et les instructions des supérieurs hiérarchiques informels. Tous affirment : « tout ce qu'on nous dit, il faut le faire, on ne peut pas dire non. Même si ce n'est pas notre devoir, il faut le faire »⁴⁷⁹. De la même manière que pour les zones d'incertitudes remarquées au SUT et au SUM qui étaient sous contrôle des aides-soignants dans l'un et des brancardiers dans l'autre, au SMT c'est le transfert des patients qui est un enjeu autant pour les infirmiers que les brancardiers, qui selon les dires des infirmiers, profitent des sorties de transfert des patients pour se reposer et ne reviennent pas au service aussi rapidement qu'ils le devraient.

Le rôle des accompagnants n'est pas négligeable dans cette analyse, même si au SUT et surtout au SUM, ils ne jouent pas un rôle aussi significatif. Au SMT, ils essaient de négocier avec le personnel soignant en mobilisant toutes les ressources dont ils disposent : rappeler le personnel à l'ordre, à la justice ou à la moralité, les menacer de poursuites juridiques ou administrative, mettre en avant la position sociale et le réseau de connaissances « bien placées » du patient dans la hiérarchie du pouvoir politique, ou encore proposer en contrepartie une faveur à l'extérieur de l'établissement dans le domaine professionnel de l'accompagnant. Rappelons que les accompagnants ne se contentent pas de négocier simplement pour un traitement plus rapide. Ils contrôlent aussi la plupart des gestes et des soins, voire le parcours de traitement, en s'appuyant sur leur culture générale ou s'ils ont la possibilité de

⁴⁷⁹ ASH, homme, 54 ans, ASH homme, 54 ans, SMT.

contacter par téléphone un médecin qu'ils connaissent à l'extérieur de l'établissement, en demandant un autre avis médical en parallèle.

Nous avons déjà remarqué que le parcours de soins d'un patient fait partie des zones d'incertitudes contrôlées par les soignants. Cependant, la salle principale du SMT qui est censée être sous le contrôle des soignants, est de plus surveillée par les accompagnants. Cet espace transversal élargit le champ des possibilités stratégiques des accompagnants et leur permet de mobiliser leurs ressources extra-organisationnelles afin de trouver plus de poids dans leur rapport de force avec les soignants.

Concernant la cadre de santé, ce n'est pas surprenant qu'elle ne se manifeste que rarement au sein du service, à l'occasion d'une visite matinale. Sa distance avec le quotidien et les détails de ce qu'il se passe dans le service lui permet de garder la fonction d'ultime recours hiérarchique, profitant d'une hiérarchisation des responsabilités. Tout en échappant à l'observation par le personnel, elle observe le service par l'intermédiaire des récits de ses subordonnés. Dans les conflits entre membres du personnel, elle reçoit les protagonistes dans son bureau pour les écouter et, selon le jugement qu'elle porte sur la situation, finit par les rappeler aux règles, aux normes et à la moralité. Pour caricaturer les propos de la cadre de santé – en déplaçant intentionnellement des mots qu'elle utilise dans son entretien – nous pouvons construire la phrase suivante : « Il faut que mes enfants sachent que je les aime, tout en m'assurant qu'ils accomplissent leur tâche et respectent les règles ».

Nous avons déjà observé l'utilisation du concept de « famille » au SUM, un concept moral qui appelait les membres du groupe soignant à la solidarité face à la menace extérieure et permettait de tolérer les conflits internes. Nous rappelons qu'au SUM, la cadre de santé renvoie le personnel à une gestion interpersonnelle des conflits en essayant de développer des procédures et des instructions organisationnelles pour « manager » le personnel. Au SMT, nous rencontrons une cadre de santé maternante qui entretient une méthode charismatique d'encadrement et se retrouve être « la

boussole morale du groupe »⁴⁸⁰. Elle soutient la mise en place d'une organisation stratifiée en déléguant une partie de son pouvoir organisationnel à des infirmières fonctionnaires aînées, en gardant pour elle-même l'ultime pouvoir de jugement ainsi que le pouvoir institutionnel de sanction. Et cela, dans une organisation déjà stratifiée notamment par la division du travail, l'ancienneté, le type du contrat d'emploi ou le genre. Le fait de déléguer le pouvoir aux fonctionnaires aînées facilite pour elle la nécessité de légitimer son choix auprès des autres, s'appuyant sur une hiérarchisation largement acceptée par le personnel, déjà ancrée dans l'organisation de ce service.

6. L'encadrement « maternaliste » et le management bureaucratique

L'analyse stratégique⁴⁸¹ des trois services d'urgences hospitaliers étudiés dans la seconde partie de cette thèse nous a montré comment un décalage entre le but symbolique de l'organisation et sa structure formelle peut créer un champ conflictuel permanent autour duquel la plupart des conflits se jouent. Afin d'approfondir notre analyse, nous nous sommes penchés sur la division du travail au sein de ces services. Elle se structure autour de l'étendue du système de santé hospitalier dont les services d'urgences font partie d'un côté, et d'un autre côté autour d'un héritage des valeurs de l'institution pédagogique qui forme le personnel de santé en général et celui qui vient ensuite y travailler.

Cette division du travail économiquement avantageuse s'étend à la fois verticalement avec une hiérarchisation du travail sur une échelle des tâches allant du noble au « sale boulot », et horizontalement entre différentes spécialités médicales. En théorie, la division du travail au sein de ces services nécessite une définition claire des tâches et des rôles sous forme de fonctions. Ainsi se dessine un périmètre, un système d'autorité et de communication et des modalités d'articulation avec d'autres fonctions, avec qui l'ensemble de la structure

⁴⁸⁰ Léger, « Charisma, Utopia and Communal Life: The Case of Neorural apocalyptic communes in France ».

⁴⁸¹ Bernoux, *La sociologie des organisations*, 135.

organisationnelle⁴⁸² est en relation. Or, nous avons vu que dans les faits, la superposition d'éléments contextuels comme la division du travail et l'aménagement de l'espace et du temps avec, qui plus est, des éléments ponctuels comme les heures d'affluence ou le parcours de soins propre à chaque patient, produit un nombre important de cas singuliers qui ne peuvent être gérés qu'avec des micro-ajustements de l'organisation formelle. Ces derniers impliquent non seulement un glissement important des tâches entre différentes catégories professionnelles, ce qui trouble le périmètre des métiers concernés, mais aplatit aussi la structure organisationnelle dessinée sur le modèle des services spécialisés de l'hôpital.

Nous observons donc, à l'endroit des périmètres enchevêtrés des métiers, un élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs, qui limite la capacité d'intervention de la hiérarchie formelle. Et cela, d'autant plus que la structure organisationnelle de ces services est déjà aplatie. Cet élargissement permet aux acteurs de mobiliser des ressources intra-organisationnelles, dans leurs rapports de force pour contrôler les zones d'incertitudes. Ces ressources sont légitimées et formalisées par la structure symbolique de l'organisation et se composent de normes et de valeurs internes à la structure formelle de l'organisation. Mais certaines autres peuvent aussi y être extérieures. Autrement dit, certaines normes et valeurs qui ne sont pas forcément officiellement promues par l'organisation étudiée, mais qui sont instituées dans une partie de la société, peuvent être mises en avant par des acteurs comme des ressources extra-organisationnelles. Ces ressources de l'extérieur peuvent émerger grâce à l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs.

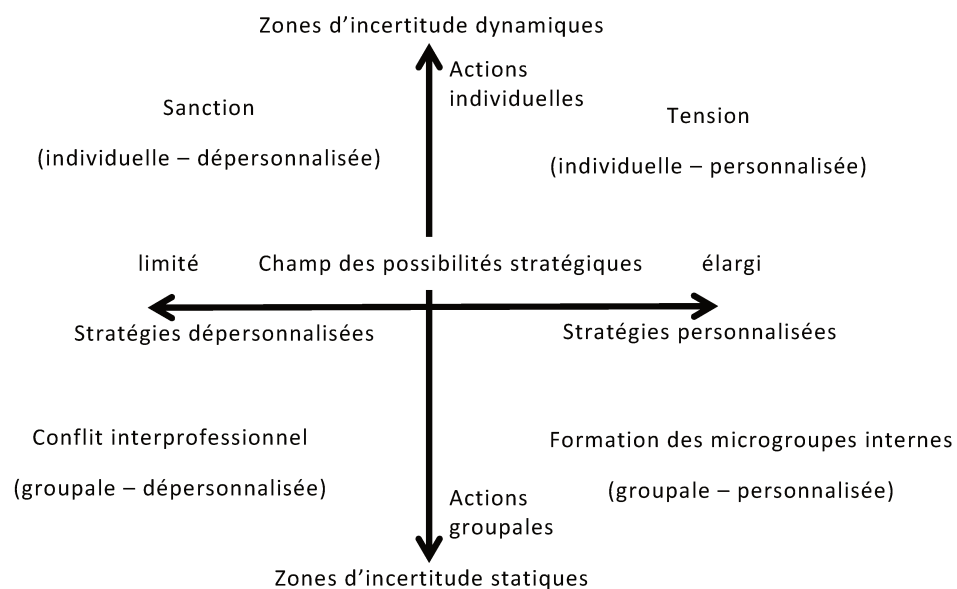
Nous avons vu, dans l'analyse stratégique des trois services étudiés, comment le décalage entre le but et la réalité de l'organisation fait émerger les espaces transversaux et comment les temporalités plurielles permettent l'émergence des temps transversaux. Ces deux notions nous ont permis d'expliquer l'élargissement des possibilités stratégiques des acteurs dans leur jeu de pouvoir, dans un contexte

⁴⁸² Ibid., 118.

de formation de zones d'incertitudes liées à des éléments relativement constants d'un côté et de l'autre côté à des variables temporelles, comme les heures d'affluence. Ces espaces et ces temps transversaux donnent l'occasion aux éléments extra-organisationnels de s'introduire et de rentrer dans le jeu de pouvoir existant entre les acteurs dans le but de mieux contrôler les zones d'incertitudes. Dans ces espaces, les rapports sociaux se personnalisent et transgressent les délimitations organisationnelles et institutionnelles, gardant une apparence de conformité avec les règles formelles, pour échapper aux sanctions potentielles. La portée stratégique des ressources extra-organisationnelles mobilisées dépend ainsi de la pluralité institutionnelle promue au sein de l'organisation et de la légitimité des institutions non hospitalières auprès des acteurs. Le choix des ressources que les acteurs mobilisent dépend également de la zone d'incertitudes qu'ils contrôlent.

Afin d'illustrer de manière simple notre analyse sur les rapports sociaux observés dans les trois services, nous avons dessiné deux axes qui figurent le champ de possibilité stratégique des acteurs et la dynamique des zones d'incertitudes du système d'action concret de l'organisation.

Rappel Figure 6 : Espace d'interaction sociale



Ce schéma nous permet de typifier les interactions observées au sein des services étudiés et de les comparer en fonction de leur intensité. L'axe horizontal montre

l'élargissement du champ des possibilités stratégiques et l'axe vertical présente un spectre polarisé entre les zones d'incertitudes statiques et dynamiques. A droite, le champ des possibilités stratégiques est limité, ce qui conduit les acteurs à mettre en œuvre les stratégies standardisées par l'organisation et dépersonnalisées – relevant du cadre institutionnel, prévues dans l'organisation formelle et indépendantes des caractères personnels des acteurs. Plus nous allons vers la droite, plus le champ des possibilités stratégiques s'élargit, ce qui permet aux acteurs de développer des stratégies personnalisées et de profiter de la pluralité institutionnelle de l'organisation pour mobiliser des ressources extra-organisationnelles.

En bas de l'axe vertical, nous voyons les zones d'incertitudes statiques de l'organisation que nous repérons en temps « normal », lorsque la charge de travail est proche du rythme de travail nominal conçu pour le service et que l'on observe des interactions prévisibles par rapport à la structure organisationnelle intemporelle. Nous avons vu précédemment comment ces zones d'incertitudes statiques sont propices à l'émergence des actions groupales. Plus nous nous déplaçons vers le haut, plus nous observons des situations complexes et singulières – notamment lors des heures d'affluence – qui font émerger des zones d'incertitudes dynamiques et qui appellent des réactions individuelles.

Dans ce graphique, nous retrouvons quatre combinaisons de types de situations entre stratégies personnalisées et dépersonnalisées d'un côté et entre actions individuelles et groupales de l'autre. Dans la partie basse à gauche, nous observons l'apparition des conflits interprofessionnels observés dans les trois services que nous classons du côté des actions groupales dépersonnalisées, qui se forment particulièrement entre les infirmiers et les médecins, et entre les aides-soignants et les infirmiers, dont la fréquence et l'intensité varie d'un service à l'autre. À droite et avec l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs, nous observons des actions transgroupales qui forment des microgroupes internes parmi les membres du personnel qui se retrouvent autour d'une proximité de « goût », de « personnalité », de « position sociale », de « croyances » ou d'autres aspects qui se fondent sur des critères personnels, extérieurs à l'organisation.

En haut à gauche du graphique, nous voyons les actions standardisées au niveau de l'individu, comme les sanctions appliquées par la hiérarchie suite à une faute professionnelle. Dans une telle situation, la hiérarchie ne peut recourir qu'à des stratégies standardisées et institutionnelles et l'individu ne peut pas les éviter en mobilisant des ressources extra-organisationnelles. Or, dans la partie en haut à droite, les conflits peuvent se transformer en tensions interindividuelles où chaque protagoniste puise dans des ressources extra-organisationnelles, profitant de la pluralité institutionnelle pour contrôler la situation en sa faveur.

Sur la base de cette comparaison, nous avons dessiné à la fin du Chapitre I⁴⁸³ un nuage approximatif que nous avons complété à la conclusion du Chapitre I⁴⁸⁴, dont l'étendue montre le type des interactions observées et dont le centre de gravité indique l'intensité afin d'illustrer la comparaison des situations observées dans les trois services étudiés.

D'abord, pour les deux services du même CHU en France qui couvrent chacun un domaine théoriquement distinct de pathologies médicales, nous avons dessiné deux nuages homothétiques, dont le centre de gravité se situe en bas à gauche, dans la partie des stratégies dépersonnalisées et des actions groupales, ce que nous observons sur le terrain sous forme de conflits interprofessionnels. Cet emplacement du centre de gravité correspond au constat du poids de l'institution hospitalière, à la clarté toute relative de la délimitation des domaines professionnels, à l'aménagement du temps et de l'espace ainsi qu'à la prégnance des procédures à suivre selon la situation.

L'étendue du nuage représente les situations non prévues par l'organisation formelle, qui nécessitent des micro-ajustements organisationnels, de même que la contingence des interactions dans des zones où nous constatons un élargissement du champ des possibilités stratégiques, comme dans des espaces et des temps transversaux.

⁴⁸³ Figure 7 : Comparatif des deux services étudiés : page 214

⁴⁸⁴ Figure 8 : Comparatif des trois services étudiés : page 286

Au SUT, l'emplacement du centre de gravité concorde avec la stratégie de la direction des deux services qui laisse la place aux règles et aux procédures dépersonnalisées, faute d'avoir l'intérêt ou les leviers d'action appropriés pour y intervenir directement. Il est également cohérent avec l'ancienneté élevée du personnel soignant par rapport aux autres services étudiés, ce qui leur permet de mieux connaître les rouages organisationnels et les « incidents » à éviter, et explique la rareté des sanctions disciplinaires et l'application des procédures, même au cours des situations de tension les plus vives. La fréquence et l'intensité plus faible des zones d'incertitudes dynamiques du SUT, d'après nous principalement liée aux types de pathologies accueillies, se traduit par une stabilisation des stratégies vers des situations de « routine ». Cela explique aussi l'effet de « surprise » qui peut découler de cas singuliers et complexes. Surgi dans des espaces transversaux où nous présumons l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs, cet effet de surprise éclate sous forme de tensions aiguës entre les individus. Comme abordé plus haut dans les analyses, la présence des externes amortit une bonne partie des tensions qui pourraient avoir lieu dans cette zone, transformant les stratégies personnalisées en transmission de messages dépersonnalisés. Toujours en comparaison avec les autres services étudiés, l'émergence moins conséquente d'espaces et de temps transversaux laisse moins de place aux stratégies personnalisées. Dans ces conditions, les acteurs qui peuvent mettre en œuvre des stratégies personnalisées en mobilisant des ressources extra-organisationnelles, forment des microgroupes au sein de l'organisation, dont les membres déclarent « mieux travailler ensemble, car ils ont l'habitude ». Cela est possible lorsque la charge de travail s'approche de la charge nominale du service ou pour la gestion des cas pour lesquels les procédures sont explicitement définies. Avec un ancrage dans la zone des interactions groupales et dépersonnalisées, l'enjeu de maintenir ces groupes ou de les dissoudre, ne joue apparemment pas un rôle conséquent dans la formation du système d'action concret⁴⁸⁵ du service.

Du côté du SUM, nous observons une hausse significative des espaces et des temps transversaux et par conséquent un élargissement du champ des possibilités

⁴⁸⁵ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*.

stratégiques permettant un développement de la personnalisation des stratégies d'action. Ce contexte décale le centre de gravité vers la droite, mais ne l'éloigne pas beaucoup de celui du SUT, ce qui s'explique par la similarité des organisations formelles respectives des deux services ainsi que par la relation de chaque service avec son organisation mère, à savoir le même CHU. Pendant les grandes affluences et pour la gestion des situations imprévues, il y a plus de chance de voir apparaître des zones d'incertitudes dynamiques que dans le SUT. Cependant, l'environnement particulièrement agressif du SUM accroît le coût d'engagement dans des tensions individuelles et personnalisées en même temps avec les collègues soignants et avec les patients, et aplatit la courbe dessinée en haut à droite en diminuant le nombre de ce type de tensions. Dans ce contexte, les individus s'investissent dans leur appartenance groupale et notamment au sein de groupes informels qui sont supposés les protéger comme une « famille soudée ». Pour ceux qui ne profitent pas de cette protection, les « incidents » survenus dans les interactions entre individus se limitent aux zones standardisées par les procédures formelles, ce qui expose l'individu à une poursuite disciplinaire et hiérarchique.

Nous avons montré au Chapitre I comment au SMT, le décalage entre le but symbolique de l'organisation et sa réalité observée s'intensifie avec la politique menée par ses encadrants au niveau local et promue par le gouvernement à l'échelle globale du système de santé publique. Ceci transforme le service en une entité économiquement rentable qui se doit de gérer efficacement le flux de patients. Cette politique suscite, entre autres, l'externalisation des services « auxiliaires » comme l'imagerie médicale, le laboratoire et la pharmacie du CHU, ainsi qu'une partie du personnel comme les brancardiers et les agents de service hospitalier (ASH) en les confiant à des sous-traitants du secteur privé, sous prétexte d'augmenter l'efficacité et d'attirer les financements privés. Ce décalage qui influe en même temps sur l'organisation du travail, la hiérarchie organisationnelle et sur l'institution du temps et de l'espace du SMT, contribue, là encore, à l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs de ce service.

La similitude de la structure organisationnelle formelle des trois services étudiés nous permet de mieux identifier d'un côté cet élargissement du champ des

possibilités stratégiques des acteurs du SMT, plus conséquent que dans les deux services français, et d'un autre côté la dynamique considérable des zones d'incertitudes du SMT, toujours par rapport aux deux autres services. La comparaison entre le service iranien et les services français souligne le rôle de la pluralité institutionnelle dans l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs, qui permet la mobilisation des ressources extra-organisationnelles et la multiplication des interactions personnalisées et individualisées.

Au SMT, malgré la structure organisationnelle formelle similaire des trois services, le nuage approximatif représentant les stratégies observées se distingue des deux autres nuages homothétiques. Sur l'axe vertical, les zones d'incertitudes statiques sont considérablement dynamisées, en plus des heures d'affluence et de façon constante, par les interventions indispensables des accompagnants qui ne font pas partie du personnel soignant, et sont donc extérieures à l'institution hospitalière. La présence relativement courte des internes, des externes, des infirmiers stagiaires et des étudiants en soins infirmiers, accentue à son tour ce dynamisme, quand ils sont plus nombreux que le personnel stable et plus ancien. À cela s'ajoute la rotation importante des contractuels et des personnels qui sont recrutés par les sous-traitants, comme les ASH et les brancardiers. Les actions groupales formalisées sous forme de mouvements coordonnés étant fortement réprimées et affaiblies en l'absence de syndicats au sein de l'établissement, la formation des microgroupes internes est occasionnée par les rapprochements liés à des critères extra-organisationnels et rarement autour d'enjeux organisationnels.

En parallèle, l'émergence des espaces et des temps transversaux liés à une gestion de l'espace et du temps qui correspond à la structure organisationnelle ainsi que la multiplication des temporalités sociales parfois contradictoires, amplifie l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs, ce qui suscite des stratégies de jeu encore plus personnalisées dans les interactions. Les tentatives pour limiter ce champ stratégique dans le service ne donnent lieu qu'à des actions individuelles et des sanctions personnalisées, ce qui accentue de nouveau la rotation du personnel.

Dans les circonstances décrites ici, le centre de gravité du nuage approximatif des interactions observées, c'est-à-dire l'intensité de leur apparition, se déplace radicalement par rapport aux deux autres services à droite du graphique et en haut de l'axe horizontal. Sans avoir beaucoup de marge de manœuvre sur les zones d'incertitudes statiques et dynamiques qui dépassent son périmètre d'intervention, la stratégie de la direction du SMT n'est pas – ou plutôt, ne peut pas être – l'application de règles impersonnelles à tous ceux qui interviennent dans le service ; et cela même si des tentatives existent tout de même (à la marge) de mettre en place des formations ou des fiches de procédures. Pour encadrer le personnel, les membres de la direction multiplient les strates organisationnelles pour déléguer une partie de leur responsabilité, n'arrivant pas à gérer le nombre important de cas singuliers, ce qui leur permet également de garder leur distance charismatique avec le quotidien du terrain.

L'attention maternante de la cadre de santé du SUM s'inscrit dans ce champ de stratégies répondant aux interactions personnalisées, tissant des liens singuliers avec chaque membre du personnel, tout en gardant sa supériorité hiérarchique et la domination symbolique qu'elle entretient. Les entretiens individuels fréquents avec le personnel et les rappels à une forme de moralité individuelle sont une forme de régulation sociale dans un champ saturé d'interactions personnalisées et individuelles au sujet de cas singuliers. Dans cette situation, pourquoi la cadre de santé du SMT ne se limite-t-elle pas à son pouvoir institutionnel et semble-t-elle posséder des marges de manœuvre plus importantes que son homologue du SUM ? Pour répondre à cette question, nous faisons l'hypothèse que cette marge de pouvoir donnée par son rôle de « juge correctionnel » lui est ouverte par le mécanisme de personnalisation que nous avons analysé plus haut. Le contexte décrit ci-dessus, qui permet l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs de ce service ainsi que la multiplication des cas singuliers, se régule par une réaction personnalisée de l'encadrante qui s'adapte d'un côté aux singularités des situations en mettant en avant un rapport personnel et maternant avec un aspect émotionnel et qui pose d'un autre côté des limites qui cadrent et contrôlent la situation.

Ce point de vue rejoint l'analyse stratégique développée dans la seconde partie de cette thèse sur le décalage organisationnel qui contribue à l'élargissement du champ des possibilités stratégiques des acteurs et à la formation de zones d'incertitudes statiques et dynamiques. C'est la comparaison entre le style de « management » ainsi que la vision des deux chefs de service qui nous permet de faire l'hypothèse suivante : la stratégie adoptée par le chef de service actuel s'inscrit dans le système d'action concret du SMT : élargissement des possibilités stratégiques des acteurs, multiplication des stratégies très personnalisées, contexte s'ouvrant sur des zones d'incertitudes dynamiques. Autrement dit, les stratégies entretenues par les deux chefs de service convergent et alimentent le système d'action concret en place. Ils cherchent tous deux la dépersonnalisation des interactions dans le but de limiter le champ des possibilités stratégiques des acteurs, mais sans y parvenir ; Ils échouent dans leur quête de contrôler le champ des jeux stratégiques élargis. La distinction est nette avec les directions des deux services français ; elles sont dépourvues d'une vraie portée d'action face au contexte organisationnel et institutionnel et se replient sur une gestion bureaucratique, standardisée, dépersonnalisée, appuyée sur des procédures prédéfinies, relayant les orientations de « l'organisation mère » en tentant de gérer au mieux les ressources qui leur sont accordées.

Les schémas caractérisant et synthétisant les jeux stratégiques des différents services nous invitent à typer les modes de management retenus par les directions de ces unités. Dans le service iranien, l'inflexion donnée par la direction tend vers un encadrement « maternelle »⁴⁸⁶, en même temps qu'il est une réponse à l'individualisation des rapports sociaux qui y prédominent et en alimente la dynamique. Dans les deux services français, c'est plutôt un management « bureaucratique »⁴⁸⁷ qui répond à la dépersonnalisation des interactions en même temps qu'il la renforce.

⁴⁸⁶ Mot inventé, inspiré du terme « paternaliste », pour signifier le côté autoritaire et condescendant du rapport social tout en y ajoutant la dimension maternante de l'attitude de la cadre de santé du SUT.

⁴⁸⁷ Michel Crozier, *Le phénomène bureaucratique* (Paris : Seuil, 1971), 220.

Ces trois services d'urgences hospitaliers ont les mêmes objectifs pratiques et symboliques : soigner. Pourtant, les contextes dans lesquels ils sont plongés, marqués par ce que nous avons nommé la pluralité institutionnelle, conduisent les acteurs à développer des jeux stratégiques débouchant sur des systèmes d'action aux équilibres très différents. Le rapport aux temporalités, aux espaces (et leurs architectures), eux-mêmes produits de régulations sociales institutionnalisés, dans des univers symboliques organisés depuis des langues différentes et des histoires distinctes, sont autant d'éléments qui finissent par dessiner ce qui sépare le service iranien des deux services français mais dans les deux cas, les jeux stratégiques restent omniprésents. Les pressions formelles, les contraintes officielles, ne parviennent pas à normaliser les pratiques. Pour le dire autrement : dans des cultures et des contextes différents, les acteurs restent rétifs à se laisser traiter en simples variables déterminées.

Alors que nos références ont été tout du long de cette thèse puisées dans un corpus théorique relevant de la sociologie des organisations, nous voudrions, pour finir, manier le paradoxe en évoquant Pierre Bourdieu. En observant ce phénomène de personnalisation des rapports sociaux dans un amalgame d'institutions plurielles en dehors du périmètre de cette recherche et dans d'autres expériences personnelles que nous avons eu en Iran, je me demande, avec P. Bourdieu (parlant de l'Algérie), si nous ne sommes pas dans la continuité d'un passage de l'« évidence claire » à l'« évidence aveugle »⁴⁸⁸.

Ainsi je finis mon propos sur une interrogation :

La société iranienne s'est vue imposer des institutions modernes (le système de santé publique, l'hôpital) qui ont dû cohabiter avec d'autres institutions sociales « archaïques », elles-mêmes nées dans d'autres univers symboliques et ayant évolué au sein d'une histoire sociale très singulière. Ces institutions modernes ont eu bien du mal à devenir totalement légitimes ; leur difficile acceptation n'est-elle pas à

⁴⁸⁸ Pierre Bourdieu, *Algérie 60 : Structures économiques et structures temporelles* (Paris : Editions de Minuit, 1977), 26.

l'origine d'un mouvement qui a poussé davantage les individus à cultiver leur individualité ?

Bibliographie

- Aḥmad ibn al-Qāsim Muwaffaq al-Dīn Abu al-‘Abbās Ibn Abī Uṣaybi‘a. *Sources d’informations sur les classes des médecins (Livre traduit en persan par Jafar Ghazban et Mahmood Najm Abadi : Uyūn al-anbā’ fī ṭabaqāt al-aṭibbā)*. Vol. II. Téhéran : Université de Téhéran, 1970.
- Al-Jahiz. *Le livre des avars*. Paris : Maisonneuve & Larose, 1997.
- Althabe, Gérard. « L’ethnologie urbaine : ses tendances actuelles ». *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, n° 3 (1 octobre 1984) : 3-4. <https://doi.org/10.4000/terrain.2806>.
- Amar-Sabbah, Anne, et Ludovic Berthier. « Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites ». *Gestion & Management Public, Recemap*, 1 janvier 2007.
- Amblard, Henri, Philippe Bernoux, Gilles Herreros, et Yves-Frédéric Livian. *Les Nouvelles Approches sociologiques des organisations*. Paris : Seuil, 1996.
- Arborio, Anne-Marie. « Histoires de vie, archives et observation du travail au service d’une étude sur les carrières professionnelles ». *Les mondes pluriels de Howard S. Becker. ...*, 31 mai 2013, 129-45.
- — —. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l’hôpital*. 2 Ed. Paris : Economica, 2012.
- Association du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du Ministère de l’intérieur et Administration. *Histoire du Ministère de l’Intérieur : de 1790 à nos jours*. Paris : la Documentation française, 1993.
- Aynaud, Oliver, et Dominique Picard. « Le statut de médecin par rapport aux autres professions libérales ». *Revue française des affaires sociales*, n° 2 (16 décembre 2011) : 311-21.
- Baszanger, Isabelle. « Peneff Jean, L’hôpital en urgence. Etude par observation participante. » *Revue française de sociologie* 34, n° 1 (1993) : 162-64.
- Bentham, Jeremy. *Le Panoptique : Précédé de l’Oeil du Pouvoir, entretien avec Michel Foucault*. Paris : P. Belfond, 1977.
- Berger, Peter, et Thomas Luckmann. « II. La société comme réalité objective ». In *La Construction sociale de la réalité*, 101-211. Individu et Société. Paris : Armand Colin, 2018. <https://www.cairn.info/la-construction-sociale-de-la-realite--9782200621902-p-101.htm>.
- — —. *La Construction sociale de la réalité - 3e éd.* Armand Colin, 2018.
- Bernoux, Philippe. *La sociologie des organisations : Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. Édition : 5e édition revue et Corrigée. Paris : Points, 2014.

- Bezes, Philippe. « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management ». *Informations sociales* 126, n° 6 (2005) : 26-37. <https://doi.org/10.3917/inso.126.0026>.
- Boltanski, Luc, et Laurent Thévenot. *De la justification : les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard, 1991.
- Bourdieu, Pierre. *Algérie 60 : Structures économiques et structures temporelles*. Paris : Editions de Minuit, 1977.
- Bousquet, G.-H. « La pureté rituelle en Islam (Étude de fiqh et de sociologie religieuse) ». *Revue de l'histoire des religions*, 1950, 53-71.
- Breuil-Genier, Sicard. « L'origine sociale des professionnels de santé », 2006, 8.
- Buchet-Molfessis, Christine. « Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés ». *Recherche en soins infirmiers* N° 92, n° 1 (2008) : 68-94.
- Carré, Raphaël, Anne-Hélène Moncany, Laurent Schmitt, et Radoine Haoui. « Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients ». *L'information psychiatrique* 93, n° 5 (2017) : 393-97. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1644>.
- Chamboredon, Hélène, Fabienne Pavis, Muriel Surdez, et Laurent Willemez. « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien ». *Genèses. Sciences sociales et histoire* 16, n° 1 (1994) : 114-32. <https://doi.org/10.3406/genes.1994.1251>.
- Chugh, SN, Dushyant, S Ram, B Arora, et KC Malhotra. « Incidence & Outcome of Aluminium Phosphide Poisoning in a Hospital Study ». *The Indian Journal of Medical Research* 94 (juin 1991) : 232-35.
- Collectif. *L'institution plurielle*. Presses Universitaires du Septentrion, 2016.
- Conrad, Lawrence I. *The Western Medical Tradition: 800 BC to AD 1800*. Cambridge : Cambridge University Press, 1995.
- Cornélius Castoriadis. « La lutte des ouvriers contre l'organisation de l'entreprise capitaliste ». *Socialisme ou barbarie : Organe de Critique et d'Orientation Révolutionnaire* IV, n° 23 (1958).
- — —. *L'institution imaginaire de la société*. Seuil, 1975.
- Crozier, Michel. *Le phénomène bureaucratique*. Paris : Seuil, 1971.
- Crozier, Michel, et Erhard Friedberg. *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. 11^e éd. Paris : Points, 1992.
- Danet, François. *La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical*. Clinique du travail. Toulouse : ERES, 2008.
- — —. « Une petite histoire de l'hôpital : de la logique compassionnelle à la logique économique ». In *L'hôpital en réanimation : Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, par Bertrand Mas, Frédéric Pierru, Nicole Smolski, et Richard Torrielli, 19-30. Bellecombe-en-Bauges : Editions du Croquant, 2011.

- Delieutraz, Séverine. « Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé ». *Cliniques* 4, n° 2 (2012) : 146-62.
<https://doi.org/10.3917/clini.004.0146>.
- Dodier, Nicolas, et Agnès Camus. « L'admission des malades: histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 52, n° 4 (1997) : 733-63.
- Douglas, Mary, Luc Heusch, et Anne Guérin. *De la souillure*. Paris : LA DECOUVERTE, 2005.
- Dubet, François. *Le Déclin de l'institution*. Édition : Seuil. Paris : Seuil, 2002.
 ———. *Sociologie de l'expérience*. Paris : SEUIL, 1994.
- Durkheim, Emile. « Communauté et société selon Tönnies ». *Sociologie*, n° N°2, vol. 4 (1889).
- Ebrahimnejad, Hormoz. « Introduction de la médecine européenne en Iran au XIXe siècle ». *Sciences Sociales et Santé*, 1998, 69-96.
 ———. *Medicine, Public Health And The Qajar State: Patterns Of Medical Modernization In Nineteenth-century Iran*. Leiden ; Boston : Brill, 2004.
- Elgood, Cyril. *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate: From the Earliest Times Until the Year A.D. 1932*. Cambridge University Press, 1951.
 ———. *Safavid Medical Practice*. London : Luzac, 1971.
 ———. *Safavid Surgery*. Symposium Publications Division, Pergamon Press, 1966.
- Enriquez, Eugène. *L'organisation en analyse*. Presses Universitaires de France, 2003.
- Eqbal Ashtiani, Abbas. *Mirza Taqi Khan Amir Kabir (Livre en Persan : Mīrzā Taqī Kān Amīr-e Kabīr)*. Afšār. Tehran, 1961.
- Estryn-Béhar, Madeleine. « 3. La situation des aides-soignants et des agents des services hospitaliers ». In *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, 95-118. Hors collection. Rennes : Presses de l'EHESP, 2008. <https://doi.org/10.3917/ehesp.etry.2008.01.0095>.
- Fereydun Adamiyat. *Livre en Persan : Amir Kabir et l'Iran (Amīr Kabīr va Irān)*. Téhéran : Kharazmi, 1955.
- Foucault, Michel. *Surveiller et punir*. Gallimard, 1975.
- Fournier, Pierre. « Le sexe et l'âge de l'ethnographe : éclairants pour l'enquêté, contraignants pour l'enquêteur ». *ethnographiques.org*, n° Numéro 11- octobre 2006 (2006). <http://www.ethnographiques.org/2006/Fournier>.
- Freidson Eliot. *La profession médicale*. Traduit par Andrée Lyotard-May et Catherine Malamoud. Médecine et sociétés. Payot, 1984.
- Galvis-Narinos, F., et A Montélimard. « Le système de santé des États-Unis ». *Pratiques et Organisation des Soins* 40, n° 4 (2009) : 309-15.
<https://doi.org/10.3917/pos.404.0309>.
- Glaser, Barney G., et Anselm L. Strauss. *Awareness of Dying*. Aldine Publishing Company, 1965.
- Goffman, E., L. Laine, C. Lainé, et R. Castel. *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Les Editions de Minuit, 1968.

- Gourevitch, Raphaël, Hélène K'Ourio, Corinne Launay, Vanessa Meignan-Sabri, Véronique Noël-Lamotte, et Saâdia Yakoub. « Chapitre 6. Prévenir la confrontation à la violence dans les établissements de santé. Focus en psychiatrie ». In *La souffrance des soignants*, 141-72. Guides Santé Social. Paris : Dunod, 2018.
- Grimaldi, André. *L'hôpital, malade de la rentabilité*. Paris : Fayard, 2009.
- Grossin, William. « 7. Les temps de travail ». In *Traité de sociologie du travail*, 2e éd.:139-56. Ouvertures sociologiques. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 1998. <https://doi.org/10.3917/dbu.coste.1998.01.0139>.
- Hamid Kaviyanipuya. « Iranian first hospitals before Islam (Article en persan : Nokhostine bimârestan hâ vâ marâkez-e darmânî dar Iran pich az eslâm) ». *Medical-Ethics-and-History-of-Medicine-Research-Center* 3, n° 3 (1 mai 2010) : 13-23.
- Hashemi, Behrooz, Alireza Baratloo, Mohammad Forouzafar, Maryam Motamedi, et Mohammadreza Tarkhorani. « Patient Satisfaction Before and After Executing Health Sector Evolution Plan ». *Iranian Journal of Emergency Medicine* 2 (2015).
- Hashemi, Behrooz, Alireza Baratloo, Farhad Rahmati, Mohammad mehdi Forouzanfar, Maryam Motamedi, Safari Saeed, et Niloofar Rahimirad. « Emergency Department Performance Indexes Before and After Establishment of Emergency Medicine ». *Emergency* 1 (2013) : 20-23.
- Hofstede, Geert H. *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*. SAGE Publications, 2001.
- Hughes, E. C., et J. M. Chapoulie. *Le regard sociologique : essais choisis*. Ecole des hautes études en sciences sociales, 1996.
- Imbot-Huard, Marie-José. « Une brève histoire des urgences », *Médecine de l'homme*, n° 216 (s. d.) : 5-12.
- Iribarne, Philippe d'. *La logique de l'honneur - Gestion des entreprises et traditions nationales*. Paris : Seuil, 1993.
- Jean-Marie, Galmiche. *Hygiène et Médecine. Histoire et actualité des maladies nosocomiales*. Paris, Editions Louis Pariente. Louis Pariente, 1999.
- Jerome Thomas. « Dire(s) d'urgence — La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital. », 2010. http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2010/thomas_j/info#metadata.
- Karami Matin, Behzad, Mohammad Hajizadeh, Farid Najafi, Enayatollah Homaie Rad, Bakhtiar Piroozi, et Satar Rezaei. « The Impact of Health Sector Evolution Plan on Hospitalization and Cesarean Section Rates in Iran: An Interrupted Time Series Analysis ». *International Journal for Quality in Health Care* 30 (2018) : 75-79. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx169>.
- Kian-Thiébaud, Azadeh. « Iran : l'État islamique entre structures monopolistiques et modèle de l'État social ». *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, n° 105-106 (15 janvier 2005) : 175-98. <https://doi.org/10.4000/remmm.2722>.

- Kuty, Olgierd. « Le paradigme de négociation ». *Sociologie du travail* 19, n° 2 (1977) : 157-75. <https://doi.org/10.3406/sotra.1977.1538>.
- — —. « Orientation culturelle et profession médicale. La relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel et son environnement ». *Revue française de sociologie*, 1975, 189-214.
- Laberge, Yves. « De l'hypothèse à la théorisation : comment utiliser les théories sociales (construction sociale, théorie ancrée, théorie de l'identité, microsociologie) ». *Recherches sociologiques et anthropologiques*, n° 43-2 (1 décembre 2012) : 151-56.
- Laget, Pierre-Louis. « Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés ». *Livraisons d'histoire de l'architecture* 7, n° 1 (2004) : 51-70.
- Lapassade, Georges, et Remi Hess. *Groupes, organisations, institutions*. 5e édition. Paris : Coédition Economica/Anthropos, 2006.
- Lavallée, Mélanie. « Chapitre 22. Le patient agité ». In *Psychiatrie de liaison*, 201-10. Psychiatrie. Cachan : Lavoisier, 2018. <https://www.cairn.info/psychiatrie-de-liaison--9782257206923-p-201.htm>.
- Le Lay, Stéphane, et Barbara Pentimalli. « Enjeux sociologiques d'une analyse de l'humour au travail : le cas des agents d'accueil et des éboueurs ». *Travailler* 29, n° 1 (2013) : 141-81. <https://doi.org/10.3917/trav.029.0141>.
- Léger, Danièle. « Charisma, Utopia and Communal Life: The Case of Neorural apocalyptic communes in France ». *Social Compass* 29, n° 1 (1 février 1982) : 41-58. <https://doi.org/10.1177/003776868202900103>.
- Lévine, Jacques. « Deux études sur l'état de santé de l'institution scolaire ». *L'Homme & la Société* 139, n° 1 (2001) : 63-81. <https://doi.org/10.3917/lhs.139.0063>.
- Leyens, Jacques-Philippe. « Discriminations et préjugés ». In *Sommes-nous tous racistes ?*, 105-27. PSY-Individus, groupes, culture. Wavre : Mardaga, 2012.
- Lhuillier, Dominique. « Le « sale boulot » ». *Travailler* 14, n° 2 (2005) : 73-98. <https://doi.org/10.3917/trav.014.0073>.
- Lourau, René. *L'analyse institutionnelle*. Paris : Editions de Minuit, 1971.
- Mas, Bertrand, Frédéric Pierru, Nicole Smolski, et Richard Torrielli. *L'hôpital en réanimation : Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*. Bellecombe-en-Bauges : Editions du Croquant, 2011.
- Mauger, Gérard. « Enquêter en milieu populaire ». *Genèses. Sciences sociales et histoire* 6, n° 1 (1991) : 125-43. <https://doi.org/10.3406/genes.1991.1096>.
- Memmi, Dominique, Gilles Raveneau, et Emmanuel Taïeb, éd. *Le social à l'épreuve du dégoût. Le social à l'épreuve du dégoût. Le sens social*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2019.
- Mercure, Daniel. « L'étude des temporalités sociales. Quelques orientations ». *Cahiers Internationaux de Sociologie* 67 (1979) : 263-76.
- Milly, Bruno. *Le travail dans le secteur public. Entre institutions, organisations et professions*. Rennes : PU RENNES, 2012.
- Mintzberg, Henry. *Le management : Voyage au centre des organisations*. Paris : Editions d'Organisation, 2004.

- — —. *Le pouvoir dans les organisations : Les références*. Nouvelle édition. Paris : Editions d'Organisation, 2003.
- — —. *Structure et dynamique des organisations (Traduction de The structuring of organizations)*. 1e édition. Editions d'Organisation, 1998.
- Monnerot-Dumaine, Marcel. *L'ortographe du XXIe siècle - Réforme simple de l'ortographe française inspirée des travaux des meilleurs auteurs avec vocabulaire orthographique réformé*. Éditions du Scorpion, 1963.
- Mornex, René. *Souvenir de quelques décennies de vie hospitalière. 1923-1983*. Stéphane Bachès, 2002.
- Nabiloo, Bahram. « Santé, soin et modèles de l'excellence organisationnelle ». *Mensuel Tadbir*, n° 145 (2004) : 58.
- Nafisi Nazem-al-Ateba, Ali-Akbar. *Le livre de la médecine (Livre en persan : Pezechkī Nâmêh)*. Téhéran: Chap Sangui, 1938.
- Najm-abadi, Mahmood. *Histoire de la médecine en Iran (Livre en persan : Târikh-e Pêzêchkī dâr Iran)*. Vol. I et II. 2 vol. Téhéran : Honarbakhsh, 1962.
- Nina Pigulewska. *Villes iraniennes pendant les Parthes et les Sassanides (Traduit en persan par Enayat-ollah Reza : Châhr hâye-h Iran dâr rouzegareh Partiane vâ Sâsâniâne)*. Téhéran : Entesharât Elmi Farhangui, 1989.
- Ouedraogo, Jean-Martin. « La Réception de la sociologie du charisme de Max Weber / The Acceptance of Max Weber 's Sociology of Charism ». *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 1993, 141-57.
- Parsons, T., et B. S. Turner. *The Social System*. Routledge, 1991.
- Peneff, Jean. *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*. Sciences Humaines. Paris : Editions Métailié, 2000.
- Peretz, Henri. « IV. La rédaction des notes d'observation ». In *Les Méthodes en sociologie : L'Observation*, Édition : 2e. Paris : La Découverte, 2004.
- Peters, B. Guy. « Nouveau management public (new public management) ». In *Dictionnaire des politiques publiques*, 4e éd.:398-404. Références. Paris : Presses de Sciences Po, 2014.
<https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2014.01.0398>.
- Pierru, Frédéric. « Un instrument de gestion controversé : la tarification à l'activité à l'hôpital (dossier : la réforme de l'hôpital) ». *Regards sur l'actualité* 352 (1 juin 2009) : 32-46.
- Pinçon, Michel, et Monique Pinçon-Charlot. *Voyage en grande bourgeoisie : Journal d'enquête*. Paris : Presses Universitaires de France - PUF, 1997.
- Rahmati, Farhad, Hossien Gholamalipoor, Behrooz Hashemi, Mohammad mehdi Forouzanfar, et Fatemeh Hosseini. « The Reasons of Emergency Department Patients' Dissatisfaction ». *Iranian Journal of Emergency Medicine* 2 (2015) : 59-63.
- Roche, Louis. « L'urgence aux hospices civils ». In *La Médecine à Lyon de l'origine à nos jours*, 379-82. Paris : Editions Hervas, 1987.
- Rohmer, Odile, Anne Bonnefond, A. Muzet, et P. Tassi. « Étude du rythme veille/sommeil, de l'activité motrice générale et du comportement alimentaire de travailleurs postés obèses : l'exemple des infirmières ». *Le*

- travail humain* 67, n° 4 (2004) : 359-76.
<https://doi.org/10.3917/th.674.0359>.
- Roustai, Mohsen. *Histoire de la Médecine en Iran de la dynastie Qajar à la fin de dynastie Pahlavi (Livre en persan : Târikh-e Pêzechkî dâr Iran az Qâjâr tâ Pâhlâvi)*. Vol. I. Téhéran: Archive de la Bibliothèque Nationale de la République Islamique d'Iran, 2003.
- Safy-Godineau, Fatéma. « La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion ». *La nouvelle revue du travail*, n° 3 (26 octobre 2013). <https://doi.org/10.4000/nrt.1042>.
- Sainsaulieu, Renaud. *L'identité au travail*. Édition : 3ème éd. Paris : Les Presses de Sciences Po, 1988.
- Sarabi, Hossein-bin-Abdollah. *Les récits de voyage de Farokh Khan Amin-ol-Doleh (Livre en persan : Safar nâméh-y-e Farokh Khan Amin od-dowleh)*. II. Téhéran: Asatir, 1994.
- Scoutetten, Henri. *Histoire chronologique, topographique et étymologique du choléra, depuis la haute antiquité jusqu'à son invasion en France en 1832*. Paris : V. Masson et fils, 1869.
- Seyed-Hossein Razavi. « Un article sur l'histoire de l'hôpital, à l'époque de Qajar ». *La lettre des historiens chercheurs*, automn 2006.
- Strauss, Anselm Leonard. *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : Editions L'Harmattan, 1991.
- . « L'hôpital et son ordre négocié ». In *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : Editions L'Harmattan, 1991.
- Tenon, Jacques. *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*. Paris : Doin Editions, 1998.
- Vallery-Radot, René. *La vie de Pasteur*. Flammarion, 1946.
- Vassy, Carine. « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire ». *Mouvements* 32, n° 2 (2004) : 67-74.
<https://doi.org/10.3917/mouv.032.0067>.
- Weber, M. *Economie et société*. Agora (Paris, France).: Classiques, vol. 1. Pocket, 1995.
- Zoghi, Iran. *L'Histoire des relations politiques de l'Iran et des grandes puissances*. Téhéran: Pajang, 1989.

Table des matières

Remerciements.....	3
Introduction	5
1. Au croisement d'enjeux complexes	5
2. Les services d'urgences ou le portail d'accueil et d'orientation	7
3. Les acteurs et le problème de l'action collective.....	9
4. L'institution et le symbolique	11
5. Les rapports socio-organisationnels et les institutions multiples	13
6. Eléments de méthodologie	16
6-1. Le choix et l'accès au terrain.....	17
6-2. Le chercheur et la posture d'étranger	18
6-3. L'observation quasi participante	20
6-4. Les entretiens individuels	22
7. La présentation des chapitres	26
Partie I. Contextualisation	29
Chapitre I. Eléments d'histoire des services d'urgences hospitaliers en Iran et en France : un croisement et deux trajectoires	31
1. Entre les enjeux de santé publique et la charité religieuse : une esquisse historique de l'évolution du système de soins en Iran et en France.....	32
1-1. L'importation de l'hôpital moderne en Iran : les enjeux historiques.....	32
▪ Les défis de la médecine traditionnelle en Iran.....	33
▪ L'organisation de la santé et du soin en Iran : du système de soins public aux cabinets de médecins/guérisseurs privés	35
▪ La construction de l'hôpital sur un modèle européen en Iran : une histoire marquée par des individus influent dans un contexte historique et géopolitique régional	39
▪ Le contexte des modernisations menées par Amirkabir et ses effets sur la modernisation des hôpitaux en Iran.....	42
▪ La Révolution constitutionnelle : la modernisation de l'État.....	45
1-2. L'organisation de la santé et du soin en France : de l'Hôtel-Dieu aux hôpitaux modernes.....	45
▪ De la charité aux soins médicaux	46
▪ La nationalisation des hôpitaux	47
2. L'organisation prescrite du service d'urgences au sein du système de santé publique	48
2-1. L'Iran : un organigramme du service d'urgences au sein de l'organisation mère	49
▪ Du ministère au CHU	49
▪ L'organisation du Service des Martyres de Téhéran (SMT).....	59
2-2. La France : de l'État aux services d'urgences hospitaliers	67
▪ Du ministère au CHU	67
▪ L'organisation du SUM et du SUT au sein du même CHU	70
Conclusion.....	75
Chapitre II. Les services d'urgences étudiés : trois monographies.....	81
1. Le service des urgences traumatologiques (SUT).....	82

1-1.	L'espace-temps accordéon	83
1-2.	La division du travail et son organisation	94
1-3.	Les externes internés	99
1-4.	Les disjoncteurs	104
2.	Le service des urgences médicales (SUM)	110
2-1.	« L'urgence de la rencontre » ; la lenteur de la célérité : un temps paradoxal	111
2-2.	Le refuge intragroupal	115
2-3.	Une institution d'urgence	118
3.	Le service des martyrs de Téhéran (SMT)	123
3-1.	Les (dys)fonctionnements systémiques	124
3-2.	Les régulateurs	133
3-3.	Les symptomatiques	139
	Conclusion	146
Partie II. Analyse stratégique		151
Chapitre III. Le Système d'Unification Transcendantal (SUT)		153
1.	Une nostalgie du sens perdu du métier ?	155
2.	L'autorité et la légitimité	166
3.	Les « amortisseurs » organisationnels	185
	Conclusion	196
Chapitre IV. Soyons Unis Malgré... (SUM)		199
1.	Le service des urgences ou la Cour des Miracles	200
2.	La nostalgie d'une famille soudée	203
3.	L'architecture et l'espace du jeu	211
4.	Le fossé entre la famille et les managers diplomates	219
	Conclusion	224
Chapitre V. La pluralité institutionnelle : analyse stratégique du service d'urgences en Iran ..		231
1.	Qui est le responsable ?	231
2.	La zone de certitude	240
3.	Le négociable	247
4.	L'institution médicalisée aux plurielles et l'espace-temps transversal	256
5.	Le contrôle des temporalités	263
6.	Tous responsables et contrôleurs : qui est le chef ?	272
7.	« Je les aime, mais... »	286
	Conclusion	292
Conclusion générale		297
1.	L'urgence des enjeux économiques et politiques	299
2.	La méthodologie	308
2-1.	L'observation non participante	309
2-2.	Les entretiens individuels	310
3.	L'organisation prescrite et l'institution plurielle	312
4.	L'espace-temps transversal	317
5.	L'analyse stratégique et la dynamique des zones d'incertitudes	319
6.	L'encadrement « maternaliste » et le management bureaucratique	329
Bibliographie		341
Table des matières		349

Annexes.....	352
Liste des entretiens	352
Index des extraits de journal de terrain	353
Articles des journaux, d'encyclopédies et pages WEB	353
Références législatives.....	356
Table des illustrations.....	357

Annexes

Liste des entretiens

Fonction	Genre	Âge	Référence d'Entretien	Service	Année d'entretien
Agent de service hospitalier (ASH)	homme	54 ans	Extrait d'entretien 25	SMT	2011
Agent de service hospitalier (ASH)	homme	43 ans	Extrait d'entretien 45	SMT	2011
Aide-soignant	homme	22 ans	Extrait d'entretien 41	SMT	2011
Aide-soignant	homme	23 ans	Extrait d'entretien 35	SMT	2011
Aide-soignant	homme	28 ans	Extrait d'entretien 11	SUM	2013
Aide-soignant	homme	45 ans	Extrait d'entretien 7	SUT	2013
Aide-soignant	homme	65 ans	Extrait d'entretien 8	SUT	2013
Aide-soignante	femme	24 ans	Extrait d'entretien 24	SMT	2011
Aide-soignante	femme	32 ans	Extrait d'entretien 10	SUM	2013
Aide-soignante	femme	53 ans	Extrait d'entretien 12	SUM	2013
Aide-soignante	femme	49 ans	Extrait d'entretien 17	SUM	2013
Aide-soignante	femme	37 ans	Extrait d'entretien 50	SUM	2013
Brancardier	homme	25 ans	Extrait d'entretien 37	SMT	2011
Brancardier	homme	31 ans	Extrait d'entretien 26	SMT	2011
Cadre de santé	femme	51 ans	Extrait d'entretien 18	SMT	2011
Cadre de santé	femme	50 ans	Extrait d'entretien 15	SUM	2014
Cadre de santé Adjoint	femme	48 ans	Extrait d'entretien 6	SUT	2013
Chargé de projet "Gouvernance clinique"	homme	32 ans	Extrait d'entretien 32	SMT	2011
Chef de service	homme	45 ans	Extrait d'entretien 16	SMT	2011
Chef de service	homme	38 ans	Extrait d'entretien 14	SUM	2013
Chef de service	homme	49 ans	Extrait d'entretien 1	SUT	2012
Chef de service (ancien)	homme	65 ans	Extrait d'entretien 28	SMT	2011
Cheffe de pavillon	femme	42 ans	Extrait d'entretien 9	SUM	2013
Infirmier	homme	27 ans	Extrait d'entretien 38	SMT	2011
Infirmière	femme	38 ans	Extrait d'entretien 20	SMT	2011
Infirmière	femme	27 ans	Extrait d'entretien 27	SMT	2011
Infirmière	femme	25 ans	Extrait d'entretien 40	SMT	2011
Infirmière	femme	27 ans	Extrait d'entretien 44	SMT	2011
Infirmière	femme	26 ans	Extrait d'entretien 47	SMT	2011
Infirmière	femme	25 ans	Extrait d'entretien 48	SMT	2011
Infirmière Diplômé d'État (IDE)	femme	31 ans	Extrait d'entretien 39	SUM	2013
Infirmière Diplômé d'État (IDE)	femme	65 ans	Extrait d'entretien 2	SUT	2012
Infirmière Diplômé d'État (IDE)	femme	40 ans	Extrait d'entretien 3	SUT	2012
Infirmière Diplômé d'État (IDE)	femme	60 ans	Extrait d'entretien 4	SUT	2012

Infirmière Diplômé d'État (IDE)	femme	58 ans	Extrait d'entretien 5	SUT	2012
Infirmière stagiaire	femme	27 ans	Extrait d'entretien 19	SMT	2011
Infirmière stagiaire	femme	24 ans	Extrait d'entretien 21	SMT	2011
Infirmière stagiaire	femme	24 ans	Extrait d'entretien 36	SMT	2011
Infirmière stagiaire	femme	23 ans	Extrait d'entretien 49	SMT	2011
Interne en neurochirurgie	femme	30 ans	Extrait d'entretien 22	SMT	2011
Interne en neurochirurgie	homme	29 ans	Extrait d'entretien 23	SMT	2011
Médecin	homme	51 ans	Extrait d'entretien 29	SMT	2011
Médecin	femme	58 ans	Extrait d'entretien 30	SMT	2011
Médecin	homme	43 ans	Extrait d'entretien 34	SMT	2011
Médecin	femme	55 ans	Extrait d'entretien 13	SUM	2013
Médecin	femme	59 ans	Extrait d'entretien 43	SUM	2013
Médecin de triage	homme	51 ans	Extrait d'entretien 46	SMT	2011
Président du CHU	homme	31 ans	Extrait d'entretien 33	SMT	2011
Responsable administratif et financier	homme	29 ans	Extrait d'entretien 42	SMT	2011
Vice-président de recherche du CHU	homme	52 ans	Extrait d'entretien 31	SMT	2011

Index des extraits de journal de terrain

- « Extrait du journal de terrain SMT » (Iran, 2011)., 131, 136, 141, 251, 253, 259, 264, 269
- « Extrait du journal de terrain SUM » (France, 2013)., 113, 115, 117, 121, 202, 205, 218, 221
- « Extrait du journal de terrain SUT » (France, 2012)., 85, 88, 89, 92, 159, 168, 173, 188, 192

Articles des journaux, d'encyclopédies et pages WEB

- « Analyse de l'activité hospitalière 2011 | Publication ATIH ». Consulté le 29 juillet 2012. <https://www.atih.sante.fr/analyse-de-lactivite-hospitaliere-2011>.
- « Conseil de discernement de l'intérêt supérieur du régime (Majma' Tashkhis Maslehat) ». Consulté le 1 octobre 2013. <http://maslahat.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=3&pageid=367>.
- Conseil Français de réanimation cardio-pulmonaire (CFRC). « Les nouvelles ERC Recommandations 2015-202 présentées par le CFRC », 16 octobre 2015. <http://www.cfrf.fr>.
- « Country's Population urban and rural areas ». Consulté le 17 octobre 2013. <https://www.amar.org.ir/english/Population-Estimation/Countrys-Population-urban-and-rural-areas>.

- « Current health expenditure per capita (current US\$) | Data ». Consulté le 31 octobre 2021.
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?end=2018&start=2011>.
- « Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques », 31 décembre 2012. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>.
- « Domestic general government health expenditure per capita (current US\$) | Data ». Consulté le 31 octobre 2014.
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2018&start=2011>.
- « Domestic private health expenditure (% of current health expenditure) | Data ». Consulté le 31 octobre 2014.
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS?end=2018&start=2011>.
- Escobar, Pepe. « It's the Economy, Ayatollah ». *Asia Times*, 5 juin 2002.
<https://asiatimes.com/2002/06/its-the-economy-ayatollah/>.
- Ferrari, Rachel. « La violence aux urgences : une triste réalité ? » Présenté à Conférences Urgences 2013, 7 juin 2013.
https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/110_Ferrari.pdf.
- « Global Health Expenditure Database ». Consulté le 31 octobre 2014.
<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/fr>.
- « Gouvernance | Hospices Civils de Lyon ». Consulté le 19 août 2021.
<https://www.chu-lyon.fr/gouvernance>.
- History. « How Early Islamic Science Advanced Medicine », 15 novembre 2016.
<https://www.nationalgeographic.com/history/history-magazine/article/muslim-medicine-scientific-discovery-islam>.
- « Inflation, prix à la consommation (% annuel) - Iran, Islamic Rep. | Data ». Consulté le 31 octobre 2013.
<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/FP.CPI.TOTL.ZG?end=2019&locations=IR&start=2010&view=chart>.
- « Islamic Culture and the Medical Arts: Hospitals ». Exhibitions. U.S. National Library of Medicine. Consulté le 31 octobre 2021.
https://www.nlm.nih.gov/exhibition/islamic_medical/islamic_12.html.
- Khabar Online. « Le non-paiement des dettes d'assurance est le problème le plus important de l'Université des sciences médicales de la région (Article en persan : Adamé pardâkhté bîmeh-hâ djeddi tarine mochkêlé dânehgâhé olumé pézéchkié ôstân aste) ». Consulté le 31 octobre 2021.
<https://behdasht.gov.ir/> عدم پرداخت بدهی بیمه ها جدی ترین مشکل دانشگاه علوم پزشکی استان است.

- « Le panorama des établissements de santé - Edition 2011 ». Consulté le 30 juillet 2012. <https://www.vie-publique.fr/rapport/32342-le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2011>.
- « Les concours nationaux à affectation locale | Portail de la Fonction publique ». Consulté le 1 octobre 2020. <https://www.fonction-publique.gouv.fr/concours-nationaux-a-affectation-locale>.
- Majlis. « Centre de Recherche de Majlis ». Le site officiel de l'Assemblée Consultative Islamique d'Iran (Majlis). Consulté le 20 août 2012. <https://rc.majlis.ir/fa/law>.
- « Métier : Aide-soignant(e) ». Consulté le 4 août 2019. <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=19>.
- MSSEM. « Organigramme ». Ministère de la Santé, du Soins, et de l'Éducation médicale. Consulté le 9 décembre 2012. <http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&siteid=1&siteid=1&pageid=1224>.
- — —. « Présentation du Ministère ». Ministère de la Santé, du Soins, et de l'Éducation médicale. Consulté le 9 décembre 2012. <http://behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&siteid=1&siteid=1&pageid=131>.
- niamfam.com. « Direction de la formation de l'Université des Sciences Médicales de l'Iran ». Consulté le 30 juillet 2012. https://edu.iuims.ac.ir/معاونت_آموزشی.
- « Plan and Budget Organization of Iran ». Consulté le 16 août 2012. <https://www.mporg.ir/en>.
- « Population et lieu de résidence antérieure en 2012 | Insee ». Consulté le 17 août 2012. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2010664>.
- « Rapport d'activité du ministère de la Santé, du Soins et de l'Éducation Médicale ». Consulté le 17 octobre 2011. <http://ird.behdasht.gov.ir/>.
- « Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière et réingénierie des diplômes des professionnels de santé ». Consulté le 1 octobre 2014. <http://metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Repertoire-des-metiers-de-la.html>.
- School of medicine. « School of medicine, Shahid Beheshti university of Medical Sciences ». Consulté le 18 août 2021. <http://en.msp.sbm.u.ac.ir/>.
- « School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences ». Consulté le 18 août 2021. <http://fnm.tums.ac.ir/en/page71/lang/En.aspx>.
- « Statistical Center of Iran ». Consulté le 31 octobre 2013. <https://www.amar.org.ir/english>.
- USM. « Département de Soins ». Université de Sciences Médicales et des Services de Soins et de Santé publique de Chahid Behechti. Consulté le 9 décembre 2012. <http://www.sbm.u.ac.ir/SiteDirectory/Vice-ChancellorTreatment/Pages/TaskList.aspx>.
- — —. « Université de Sciences Médicales et des Services de Soins et de Santé publique de Chahid Behechti ». Université de Sciences Médicales et des

- Services de Soins et de Santé publique de Chahid Behecti. Consulté le 9 décembre 2012. <http://www.sbmua.ac.ir/Pages/Default.aspx>.
- Ahlich, Reinhart. « Tahara ». In *Encyclopaedia of Islam, Second Edition*, X:99a. Encyclopaedia of Islam. Brill, s. d. https://referenceworks.brillonline.com:443/entries/encyclopaedia-of-islam-2/tahara-SIM_7305.
- « Dictionary ». In *Dehkhoda Lexicon Institute and International Center for Persian Studies*. Consulté le 16 octobre 2021. <https://dehkhoda.ut.ac.ir/en/dictionary>.
- Gignoux, Philippe. « Health in Persia i. Pre-Islamic Period ». In *Encyclopædia Iranica*, XII:102-4, 15 décembre 2003. <https://iranicaonline.org/articles/health-in-persia-i>.
- Larousse, Éditions. « Bras ». Consulté le 6 août 2014. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bras/10991>.
- « Titulaire / Agent titulaire ». Consulté le 1 octobre 2015. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1645>.
- Universalis, Encyclopædia. « HÔTEL-DIEU ». In *Encyclopædia Universalis*. Consulté le 17 août 2021. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hotel-dieu/>.

Références législatives

- Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine - Légifrance. Consulté le 30 juillet 2012. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000024038141/>.
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (s. d.). Consulté le 17 août 2012.
- Code de la santé publique Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à R4311-15). Consulté le 18 septembre 2020. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006913891/2004-08-08/>.
- Code de l'éducation Titre III : Les formations de santé (Articles L631-1 à L636-1) - Légifrance. Consulté le 17 août 2012. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071191/LEGISCTA000006151368/#LEGISCTA000006151368.
- Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé, 2010-336 § (2010).
- Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique - Légifrance. Consulté le 17 août 2012. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000022852360/2010-09-27/#LEGIARTI000022852360>.

Décret n° 2012-116 du 27 janvier 2012 relatif à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine de groupe I par validation de l'expérience professionnelle, 2012-116 § (2012).

Loi du 21 décembre 1941 REORGANISATION DES HOPITAUX ET DES HOSPICES CIVILS - Légifrance. Consulté le 16 septembre 2020.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000869378/>.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), 2009-879 § (2009).

Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale (s. d.). Consulté le 17 août 2012.

Table des illustrations

Figure 1: Illustration d'une commission médicale. Photo par Bridgeman/ACI	37
Figure 2 : Dépenses de santé par habitant.....	79
Figure 3 : Dépenses intérieures de santé des établissements publics.....	80
Figure 4 : Organisation des espaces du SUT.....	96
Figure 5 : Parcours du patient au SMT	127
Figure 6 : Espace d'interaction sociale.....	227
Figure 7 : Comparatif des deux services étudiés	228
Figure 8 : Comparatif des trois services étudiés.....	293