

++

50377
1999
3

Université des Sciences et Technologies de Lille
UFR des Sciences Economiques et Sociales

Thèse
Pour obtenir le grade de
docteur de l'Université des Sciences et Technologies de Lille

Discipline : Sociologie

Présentée et soutenue publiquement

par Olivier DEMBINSKI
Le 17 mars 1999

Titre : L'ORGANISATION DU TRAVAIL HOSPITALIER,
LE POINT DE VUE DE CEUX QUI VIVENT L'HÔPITAL :
Le cas des infirmières de CHU

Sous la direction de Lise DEMAILLY
professeur des universités

Composition du jury :
Lise DEMAILLY
Gabriel GOSSELIN
Jean LOJKINE
Jean PENEFF
Janine PIERRET





SOMMAIRE

Avant-propos : l'expérience hospitalière.....5

INTRODUCTION : Le CHU, une entreprise spécifique.. 11

PARTIE 1 : Les infirmières : quelques données générales..... 20

Chapitre 1 : Infirmière, un métier de femme.....21

- 1. Infirmiers et infirmières des parcours sexués21
- 2. Soins infirmiers et "rôles féminins"25

Chapitre 2 : Un métier sans vraie carrière.....28

- 1. Des salaires et des possibilités de carrières modestes.....32
- 2. Origine et évolution du recrutement38
- 3. Formation et niveau scolaire42
- 4. La promotion professionnelle51

Conclusion : Quelle compétence infirmière ?55

PARTIE 2 : Quelques points de repères pour une approche socio-historique de l'exercice infirmier 65

Chapitre 1 : La logique d'action traditionaliste ou le travail de relation comme mode de légitimation de l'emprise des congrégations dans le champ du social-assistancial..... 75

- 1. Sa base idéologique et culturelle.....77
- 2. La base sociale du travail de relation80
- 3. Le déclin relatif de la logique d'action traditionaliste89

Chapitre 2 : La logique d'action pragmatiste ou l'institutionnalisation du modèle laïco-patriotique 99

- 1. La logique d'action (pragmatiste) bureaucratique102
- 2. La logique d'action (pragmatiste) empirique.....113
- 3. Premiers signes d'effritement du modèle laïco-patriotique124

Chapitre 3 : La logique d'action instrumentale ou quand les modèles professionnels et la rationalisation technocratique se rencontrent 130

- 1. Incidences de la collusion entre la rationalisation technico-gestionnaire et la diaspora médicale sur l'exercice hospitalier137
 - 1.1 L'hôpital universitaire ou quand la conception prend le pas sur l'application139
 - 1.2 De la diffusion des techniques à la domination de l'ordre technicien146
 - 1.3 Quand la rationalité technique devient rationalisation gestionnaire153
 - 1.4 L'hospitalière ou quand l'imaginaire technique pose les bases d'une culture professionnelle163
- 2. Quand la logique d'action instrumentale renforce et légitime le modèle professionnel de l'hospitalière168
 - 2.1 L'encadrement infirmier entre fétichisme de la fonction soignante et impératif comptable169
 - 2.2 Travail social de placement et traitement politique de l'encadrement soignant173
 - 2.3 L'innovation à l'hôpital est-elle possible ? Le cas des démarches participatives de l'encadrement soignant.....183
 - 2.4 Quand les techniques ne suffisent plus à donner sens202

Conclusion : Les hospitalières : d'un modèle à l'autre 216

PARTIE 3 : Travail hospitalier de l'exercice aux pratiques de soins des infirmières 225

Chapitre 1 : Mode d'appropriation de l'espace.....231

1. Le CHU et la division sexuelle du pouvoir233
2. Règles d'affectations et d'insertion des personnels soignants
.....242
3. Description de l'espace architectural de deux services hospitaliers
.....250
4. Espace vécu et territoire investi par les usagers254
5. Contraintes spatiales et vie de quartier des malades258
6. L'espace communautaire des unités de soins267

Chapitre 2 : Travail médical et travail infirmier: de la coopération à la substitution..... 274

1. Rituel médical et routine de la programmation278
2. La chirurgie282
3. La médecine290

Chapitre 3 : Le rythme au travail 306

1. La maîtrise du rythme ou les conditions d'une coopération efficace
.....308
 - 1.1 La dimension collective de la maîtrise du rythme...311
 - 1.2 Les impasses de la rationalisation du travail infirmier: le cas des HPDD.....317
2. Les "coupures": petits arrangements et symboles de la vie communautaire des unités de soins319

Chapitre 4 : Savoir faire face ou les capacités nécessaires au travail infirmier..... 327

1. Le travail du patient327
2. Des savoirs pragmatiques.....331
3. Les deux dimensions de l'exercice infirmier335
 - 3.1 Dimension instrumentale, activités sérielles et savoirs techniques336
 - 3.2 Dimension interactive, activités historiques et savoirs d'expérience342

4. La conduite du patient pendant les activités historiques	348
5. Les formes de mises à distance du patient ou comment équilibrer l'engagement dans la relation	359
6. Généralisation des formes d'interprétations de l'exercice infirmier	370
Conclusion : L'infirmière expérimentée.....	378
Conclusion générale : L'infirmière, une position intermédiaire.....	380
Remerciements.....	389
Bibliographie	391
Ouvrages	391
Articles.....	396

AVANT-PROPOS

L'expérience hospitalière

N'ayant pas une "familiarité" suffisante pour être attiré par l'hôpital, je dois dire que j'avais une vision assez floue de son fonctionnement. Ma perception se limitait à deux interventions bénignes subies dans mon enfance avec des souvenirs teintés de douleurs, d'ennui et d'odeurs de désinfectants. Ces brefs passages m'ont tenu éloigné de ce milieu jusqu'en 1991.

Cette année fut celle du retour des coordinations d'infirmières au devant de l'actualité sociale. Coordinations présentes dans plusieurs conflits sociaux (SNCF, SNECMA, PTT, Air France, instituteurs, infirmières, dockers etc.) entre 1986 et 1991. La pugnacité de ces femmes qui luttait depuis 1988 sans avoir obtenu la satisfaction de leurs revendications me stupéfiait. L'intérêt que je portais au mouvement syndical renforçait ma curiosité vis à vis de leur action. En fait, je dois avouer que cette thèse n'aurait abouti si elle n'avait reçu la double et décisive impulsion de ce contexte et des rencontres effectuées dans le cadre de mon mémoire de maîtrise sur les coordinations. Réalisé à partir d'entretiens, ce travail m'a fait découvrir l'hôpital et une partie des personnels de santé qui avaient participé à ce mouvement. Plus j'approchais cet environnement, plus cette fonction devenait incontournable.

La dynamique de ces rencontres singulières me donnait l'impression de servir de catalyseur de réactions chargées en valeurs symboliques et émotionnelles par mes interlocutrices. En fait, une partie des soignantes répondait à mes demandes informatives par leur désir de reconnaissance, de légitimation, de dire leur métier et leurs espoirs. Pour d'autres, le travail

hospitalier et cette première expérience de mobilisation restaient indicibles dans le cadre étroit de l'entretien. Toute insistance de ma part aboutissait à un échec, ou à des discours programmatiques.

21/9/2012

N'ayant pas la possibilité de laisser plus d'initiatives à mes interlocutrices du fait des limites temporelles de ce travail, je ne pouvais dépasser ces réticences, ou m'attarder sur leurs significations. Condamné à rester sous-informé sur un grand nombre de dimensions essentielles liées aux pratiques de soins (si on veut bien admettre qu'une pratique est autre chose que l'application de règles plus ou moins codifiées) et au fonctionnement hospitalier, j'avais parfois l'impression d'assister à une forme théâtralisée du métier d'infirmière censée recevoir mon approbation. Dans le même temps, les itinéraires que j'empruntais pour me rendre aux entretiens décuplaient ma curiosité. L'immensité des lieux, les odeurs, les couleurs délavées et cette multitude de blouses blanches arpentant les couloirs m'attiraient. J'avais l'étrange impression d'assister à un spectacle auquel je ne comprenais rien, ou tout au moins pas grand chose avec à l'esprit toujours la même question "mais qu'est-ce qui se passe ici ?".

La familiarité que je recherchais avec les soignants ne pouvait plus se contenter d'une simple passage sur les lieux et d'entretiens. Bien que cela puisse paraître utopique, j'ai ressenti d'une part le besoin de réduire les effets d'intimidation et d'intimation que suscite la position d'enquêteur et d'autre part, la nécessité de passer par l'expérience directe pour appréhender le processus de travail et les relations. Mon passage en thèse de troisième cycle m'a offert à la fois la reconnaissance statutaire indispensable à ce type de relation sociale et la possibilité de poursuivre mon travail de terrain dans les meilleures conditions.

Grâce au soutien de M.Simon et après quelques mois de tractations, j'ai obtenu l'autorisation de travailler à l'hôpital aux côtés des soignants. A

partir de cette période, j'ai pu librement investir les lieux, m'en imprégner. Durant ces quatre dernières années, mon temps s'est alors réparti entre mon activité à l'hôpital (le travail et le recueil de données), les entretiens, les contrats de recherche et l'écriture de la thèse. Si comme ethnographe, je suis resté étranger de par ma fonction aux hospitaliers, je suis convaincu que la construction des relations de confiance m'a amené à percevoir des positions différentes dans les désignations de l'extériorité et à me situer dans ce système de positions. Entrer dans ce jeu de positions définies socialement par les soignants permet d'avoir accès aux informations étant entendu que celles-ci diffèrent selon la place occupée. Je pense que si mes collègues (objet d'enquête) savaient que je les observais, ils m'ont aussi oublié, ou banalisé, laissant passer une quantité croissante de gestes et de paroles. En d'autres termes, l'expérience hospitalière rend possible l'utilisation de la position d'enquêteur comme d'un instrument de compréhension des rôles possibles.

Si je n'aime toujours pas l'hôpital, j'ai appris durant cette période à aimer ce que l'on pouvait y faire. Aujourd'hui, je reste persuadé que ce travail n'aurait pu me satisfaire sans cette immersion. L'expérimentation des charges et des contraintes me semble indispensable, non seulement pour percevoir clairement le sens que les soignants accordent à leurs pratiques, mais aussi pour lever l'objection selon laquelle, observer modifie le comportement. Ce travail de terrain m'a permis d'accéder aux codes, aux langages, à la documentation interne indispensables au décryptage des entretiens et des biographies. A l'hôpital comme ailleurs, on ne parle pas à ceux dont on pense qu'ils ne peuvent comprendre, mais on parle difficilement à ceux qui savent parce que justement ils sont du même milieu. L'observation participante active offre au chercheur une attitude et

un statut intermédiaires privilégiés dans la construction d'une communication.

Une fois passés les deux ou trois premiers mois durant lesquels mon attention s'est principalement portée sur les relations avec mes collègues et l'apprentissage du travail à effectuer, j'ai pu pleinement me consacrer au recueil des données. Durant cette expérience, je me suis donc contenté d'observer, noter, écouter, travailler, essayant d'appréhender et de comprendre les événements, les situations et les conflits auxquels j'assistais. Cette quête de sens m'a amené à multiplier les postes, les services, les contacts, à vouloir franchir les mêmes étapes, à vivre les mêmes chocs psychologiques que mes collègues. En fait, je voulais me persuader que la conception des soins que j'avais avant d'entrer dans l'univers hospitalier n'allait pas brouiller mes observations. Atterré par certaines pratiques devant la souffrance, la mort, la maladie, j'ai recherché la participation à ces événements devenant chaque jour un peu plus soignant et un peu moins ethnologue.

Au bout de 18 mois d'observation, je continuais à me rendre au travail, incapable de quitter l'hôpital, les soins, les collègues. Malgré les injonctions répétées de L.Demailly, je n'arrivais pas à sortir de mon terrain. Alors que j'avais réussi facilement à résoudre le dilemme des relations avec la direction et les cadres soignants en répondant de façon symbolique à leur demande, je ne parvenais pas à couper le cordon qui me reliait à la sphère relationnelle que j'avais moi-même contribué à mettre en place. De doctorant en sociologie, j'étais devenu aide-soignant. Cette "re-socialisation" était renforcée par la conviction de ne jamais avoir fini, d'avoir négligé tel ou tel aspect ce qui m'interdisait un départ régulièrement annoncé et perpétuellement reculé. Ce retour à une identité de doctorant m'apparaissait d'autant plus difficile que je ne savais que faire des amitiés et

des solidarités construites dans et, en dehors de cet univers professionnel. Je ne dois mon salut qu'à ma directrice de thèse et à J.Lojkine qui m'a contacté pour un contrat de recherche. L'obligation qui m'était faite, non pas de rédiger ma thèse, mais d'écrire sur un secteur que je connaissais m'a délivré.

La succession d'événements auxquels j'ai assisté ou participé au cours de cette période a modifié ma vision du travail hospitalier mais aussi et surtout ma vision du monde. La confrontation directe avec les patients, leur maladie, leur souffrance et la mort ne peut laisser indifférent. Tout comme mes collègues, j'ai dû apprendre à vivre avec ces événements, à mettre en place des stratégies d'évitement, à déshumaniser les corps pour me prémunir. Je pense n'avoir acquis aucune certitude vis à vis des pratiques de soins, mais leur observation montre qu'elles ne se résument pas toujours à des séries d'actes standardisés, réalisés avec empressement et éventuellement avec une parole, un sourire. Cette proximité m'a permis de faire le tri entre des situations propres au milieu hospitalier que le sociologue ne peut appréhender avec ses outils et celles qu'il se doit d'intégrer au risque de ne pas saisir pleinement la diversité des pratiques de soins.

Cette thèse correspond à une volonté de donner sens à ces pratiques et à un besoin d'analyser ce qui se passe à l'hôpital.

INTRODUCTION :

Le CHU une entreprise spécifique

Notre pays dispose d'un mode d'organisation qui coordonne l'activité des professions de santé avec celle des financeurs de soins. Cet agencement, appelé système de santé publique doit apporter une réponse aux besoins en "santé" de la population. Historiquement liés à la protection sociale qui emprunte simultanément à l'assistance, à l'aide sociale, à l'assurance et à la solidarité, le système de santé et l'organisation hospitalière se sont développés dans une conjoncture de forte croissance économique. Rapidement, l'hôpital est devenu le "pivot" du système de soins ainsi que le principal facteur de dépenses.

A elle seule, l'hospitalisation publique et privée mobilise aujourd'hui plus de 4% de la richesse nationale et emploie 4% de la population active. Réservoir de près d'un million d'emplois, l'hôpital est devenu un enjeu, non seulement pour répondre aux besoins de santé des malades, mais également dans le cadre de la rationalisation des dépenses de santé. A cet égard, les deux dernières décennies ont marqué une période de transformations majeures sous l'effet de différents facteurs, financiers, technologiques, démographiques, et des réponses législatives et réglementaires qui lui ont été apportées. Ces transformations ont concerné aussi bien le fonctionnement interne de l'organisation hospitalière et l'influence des principaux acteurs que les relations de l'hôpital avec les autres acteurs qui produisent des soins au niveau local.

Parmi ces établissements, les 29 CHU (Centres Hospitaliers Universitaires) occupent une place spécifique. Lieux privilégiés de la recherche médicale élevée au rang de ses missions de service public, ils sont depuis 1958, les instances de production et de reproduction de l'élite médicale. Généralement composées d'un regroupement d'établissements, de facultés et d'écoles autour d'une direction générale, ces grosses entités administratives concentrent le plus grand nombre de spécialités, de techniques sophistiquées, d'appareillages onéreux et occupent une position dominante dans l'offre locale de soins. Ils attirent les professionnels de santé par la diversité des technologies qu'ils offrent, et les patients pour les compétences pointues des spécialistes qu'ils rassemblent. Ils mènent des actions de communication, développent des partenariats, exportent leurs compétences, soutiennent des actions humanitaires internationales, externalisent les secteurs non rentables. Gérés comme des entreprises de production intégrées à vocation technique, les CHU développent des stratégies actives axées sur les résultats, la maîtrise de l'environnement et le renforcement de leur position locale d'offreur de soins dans le cadre d'une concurrence renouvelée avec un secteur privé en restructuration. A l'avant garde des modes de gestion marqués par la tradition industrialiste, ils emploient plus de 235 000 salariés.

Parmi eux, 63% sont des soignants (infirmières, aides-soignantes, agents des services hospitaliers) sur qui repose une grande partie de l'activité de soins. Des soignants qui ont dû intégrer les nouvelles contraintes liées aux techniques spécialisées à obsolescence rapide, à la réduction de la durée moyenne de séjour, aux restrictions budgétaires. Un ensemble de paramètres qui se traduit par un volume croissant de travail

d'une qualité et d'une complexité elles-mêmes croissantes¹. Ainsi, une infirmière ne doit plus seulement accomplir des actes, des gestes axés sur le malade dans un temps précis mais elle doit aussi qualifier et quantifier son action. Une obligation de "rendre des comptes" qui a donné lieu ces dernières années à une prolifération d'écritures: protocoles de soins, dossiers de soins, comptabilisations d'actes, statistiques portant sur les patients, les suivis de parcours. Confrontées directement au développement des techniques médicales, les infirmières ont aussi à faire face aux limites de notre système de santé notamment dans le cadre de la prise en charge (ou plutôt de la non-prise en charge) de certaines pathologies ou groupes sociaux. Des infirmières pour qui l'organisation, le mode de gestion, la hiérarchie, la division du travail constituent autant d'éléments qui se déclinent pour conférer aux pratiques de soins une très grande diversité selon les secteurs, les services, les établissements. En ce sens, les pratiques de soins des infirmières deviennent un miroir où se reflète la plupart des grandes transformations de l'hôpital.

C'est en partant de l'entité "hôpital" compris comme un système d'interactions entre acteurs sociaux que nous avons abordé son fonctionnement. Il s'agit alors de convoquer différents niveaux de la réalité sociale articulant descriptions internes (structuration de l'espace de travail, organisation collective, contrôle, pratiques, production de savoirs) et externes (structuration du champ sanitaire, émergence du modèle hospitalo-universitaire, alliances politiques, rapports avec l'Etat) qui ensemble questionnent le "travail d'articulation"² dans la production hospitalière.

¹ J et N. Gadrey, (sous la dir.), La gestion des ressources humaines dans les services et le commerce. Flexibilité, diversité, compétitivité, Paris, L'Harmattan, 1994.

² A. Strauss, dans La trame de la négociation; sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par I. Baszenger, L'Harmattan, Paris, 1992.

Notre projet est d'analyser cette production hospitalière à travers les pratiques de ces professionnels de première ligne que sont les infirmières. En d'autres termes, nous nous sommes efforcés de produire de la visibilité sur le métier d'infirmière à partir d'éléments macro-sociologiques tels que la production sociale des pratiques de soins, les modèles professionnels, les processus de rationalisation, d'évolution technologique qui constituent le soubassement de l'activité soignante, et des éléments micro-sociologiques liés aux situations de travail, à la relation de soins, aux pratiques, aux interactions quotidiennes, aux savoirs.

Plus fondamentalement, ce travail vise à éclairer la diversité et l'indétermination des pratiques de soins des infirmières hospitalières dont l'intelligibilité ne peut être produite en dehors d'une reconstruction du système de transformations dont hérite le métier d'infirmière. Il s'agit alors d'en extraire les éléments qui permettent de prendre la mesure de cette nouvelle donne hospitalière dégagée du triomphalisme médical et de l'utopie professionnelle. C'est aussi pour repousser les limites d'une approche interactionniste exclusivement centrée sur les relations de face à face, que nous avons tenté de mieux cerner la position des infirmières par rapport aux transformations du champ sanitaire et plus précisément à celles qui affectent ces établissements hautement spécialisés. Cette mise en perspective socio-historique du métier d'infirmière ne constitue pas ici un complément à une démarche centrée sur la description de l'action collective et du vécu des infirmières. Elle s'est imposée comme une nécessité non pas pour refaire l'histoire de l'hôpital ou de ce métier mais pour trouver une réponse aux questions soulevées par l'observation quotidienne du fonctionnement des services hospitaliers.

Ce fonctionnement, du fait de son épaisseur historique et de la sacralité qui entoure les soins, de la division du travail et de la hiérarchie médicale, de la masse financière mobilisée³ et de l'absence de données fiables, reste opaque pour l'observateur extérieur. De fait, il est souvent lu à partir de la dichotomie traditionnelle entre d'un côté une organisation formelle et, de l'autre, des espaces plus flous, dans lesquels les interactions entre participants sont moins structurées.

Reproduisant une fascination ancienne, que ne justifie plus vraiment l'ordre des choses, la recherche en sociologie a sans doute trop privilégié la relation médecin/malade au détriment des relations sociales dans l'interaction, des variations contextuelles, organisationnelles, de la dimension collective du travail soignant. Car, à l'hôpital, la pratique du médecin exige avant tout de la précision dans les manipulations chiffrées, la lecture des comptes-rendus d'autres spécialistes à partir desquels il établit diagnostics et prescriptions. En d'autres termes, il est à tout le moins aussi dépendant des compétences d'autres travailleurs que ces derniers ne le sont des siennes. D'un côté c'est un cadre haut placé dans "l'entreprise hospitalière", de l'autre ce n'est qu'un travailleur hautement qualifié sous la surveillance d'autres travailleurs hospitaliers. Comme les autres, il doit s'intégrer dans une organisation du travail qui est pensée sans lui, et sa pratique est soumise au diktat de la programmation, de la standardisation et de l'évaluation.

Confronté à la vie hospitalière et au dédale du vocabulaire médical, le sociologue tente d'éviter les pièges de l'hospitalocentrisme et de la

³ A ce sujet, notons qu'il est aujourd'hui totalement impossible de connaître le budget réel d'un établissement hospitalier. Dans le cadre d'un CHU, s'engager dans une telle démarche est une tentative illusoire comme l'est tout autant une éventuelle comparaison entre les établissements.

casuistique en prenant du recul vis à vis de ce qui se déroule dans les services, le bureau des surveillantes, les blocs opératoires, l'office, les unités de soins. C'est alors à partir des représentations des acteurs qu'il tente de percevoir ce qui se joue dans ces relations interindividuelles et d'apprécier les dimensions des pratiques de soins. Des pratiques à la fois contraintes par l'emprise technologique et empreintes d'un humanisme intrinsèquement lié à l'activité soignante. Considéré comme "allant de soi", cet humanisme pousse les soignants à particulariser leurs comportements et à lutter contre la standardisation des soins. En forçant encore un peu le trait, on serait tenté de dire que la pratique de l'infirmière part nécessairement de "bons sentiments" qui engendrent de "bonnes actions". Dans tous les cas, l'analyste n'échappe pas aux pièges complémentaires du formalisme et des idées préconçues, qui à l'hôpital sans doute plus qu'ailleurs, restent vivaces.

Aussi, c'est pour décrire le contenu réel des pratiques des infirmières, les modes de coopération dans les équipes soignantes, l'appropriation sous ces différentes formes, les rapports aux usagers que nous avons privilégié l'observation de la vie des services. Cependant, en prenant pour objet les pratiques de soins des infirmières et en limitant notre observation à ce contexte spécifique, ce travail pose aussi ses propres limites. D'une part, il ne s'agit pas d'une description de l'ensemble des interactions qui se déroulent entre les différents acteurs de l'hôpital. Nous nous sommes essentiellement concentré sur la relation de soins et les intervenants qui participent au travail de l'infirmière (soignants, encadrement, médecins, patients). D'autre part, nous ne proposerons pas une approche du système de santé ou de l'hospitalisation. Une telle extrapolation à partir de données qualitatives produites sur un terrain spécifique est impossible tant les CHU supportent mal la comparaison avec les autres établissements. Enfin, ce n'est

pas non plus une approche des modes de structuration du groupe professionnel infirmier, ce qui aurait exigé une approche des trajectoires, une multiplication des lieux et des modes d'exercices (libéral, scolaire, PMI, entreprise, clinique, hôpital, etc.).

D'une façon générale, les deux questions étroitement liées qui ont guidé notre travail sont:

- quelles sont les dimensions des pratiques de soins dans leur hétérogénéité, leurs contradictions et face à la multitude de ses formes d'interprétation produite par les soignants?

- comment les changements qui ont dessiné les contours du métier d'infirmière et plus récemment celui des infirmières de CHU sont intervenus sur ce mode d'exercice?

Répondre à ces questions exige un retour sur l'histoire récente de l'institution hospitalière et du métier d'infirmière pour situer l'objet dans le temps long, ou encore pour montrer dans le présent les traces du passé. Envisager sous cet angle, l'histoire du métier d'infirmière laisse entrevoir les enjeux et les rapports de force qui se jouent dans l'imposition de la définition légitime de la fonction d'infirmière. Sans réduire les pratiques des infirmières à un calcul stratégique au sens de "l'homo capitalisticus", cette démarche établit des liens entre les systèmes de productions symboliques, les dispositions, les stratégies et l'histoire institutionnelle des soins aux malades qui éclairent son actualité et la question du changement à l'hôpital.

L'analyse des pratiques et du vécu du travail nécessite elle, une approche moins académique, construite dans l'expérience du chercheur qui renouvelle ses hypothèses par vérification des schèmes apparus dans l'observation. Le choix qui a été fait ici est celui d'une observation

participante de longue durée qui permet une connaissance du processus de travail et des relations acquises par l'expérience directe des contraintes et des normes de travail. Cette observation a été complétée par des entretiens sollicités auprès des infirmières, des cadres infirmiers, des médecins côtoyés quotidiennement. Elle a été réalisée dans un CHU qui dispose de 3 445 lits et recense en moyenne annuelle 20 000 hospitalisations conventionnelles, 49 000 hospitalisations de jour et 54 000 opérations chirurgicales⁴. Il emploie 2 343 médecins et 8 541 personnes équivalent temps plein. Durant près de deux années, j'y ai fait "fonction d'aide soignant" dans plusieurs services afin de comparer les contextes et les modes d'exercices.

Le plan de cette thèse reprend cette double approche. Après avoir fourni quelques données qui questionnent le métier d'infirmière, la deuxième partie propose une approche socio-historique de la fonction d'infirmière qui permet de mieux situer la position des hospitalières dans le champ sanitaire et dans le processus de soins. La troisième partie explore l'univers hospitalier et les dimensions des pratiques de soins des infirmières.

⁴ Ces données sont celles fournies par l'administration générale au moment de l'enquête et sont très approximatives.

PARTIE 1

LES INFIRMIERES: QUELQUES DONNEES

GENERALES

Au sein du système de santé qui s'est érigé au cours des cent dernières années, les infirmières occupent une place et un rôle importants. Représentant environ la moitié des professions intermédiaires de santé, les 300 000 infirmières constituent la catégorie professionnelle la plus importante numériquement des professions de santé réglementées. Plus longuement et plus fréquemment que les autres personnels de santé, les infirmières avec les aides-soignantes sont en contact direct avec le malade et son environnement. A son intention, elles interprètent les symptômes, les mystères des machines et des analyses, négocient et organisent sa prise en charge avec l'administration et le corps médical. Ce rôle d'interface fait de ces professionnelles de première ligne le point nodal de l'activité des unités de soins.

Or, si le métier d'infirmière et plus généralement les données concernant le système de santé sont relativement bien représentées statistiquement, il faut remarquer que la construction de ces données est relativement récente. Confrontés à une absence de critères objectifs, à un contexte confus de pouvoirs, de pressions et à un manque d'indicateurs fiables, les pouvoirs publics ont mis en place en 1984 le Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Informations (SESI) permettant d'obtenir des données grossières sur la santé, les personnels, les hôpitaux, les financeurs. Cependant, ces données objectives de base restent insuffisantes pour appréhender le métier d'infirmière, tout au plus permettent-elles de le caractériser.

Cette première partie propose une lecture transversale de ces chiffres, source d'un questionnement préalable et indispensable à toute analyse.

CHAPITRE 1

Infirmière un métier de femme

La place des femmes dans l'ensemble des professions et métiers de soins est le résultat de rapports de force entre les sexes, que l'évolution récente estompe mais ne fait pas disparaître. Aujourd'hui les infirmières sont majoritairement des femmes. A l'exception des secteurs militaires et psychiatriques (63% de femmes), l'ouverture aux hommes des écoles d'infirmières depuis 1961 n'a pas entraîné de changement significatif dans la répartition des sexes. Avec un taux de masculinisation des études qui est passé de 5% en 1970 à 11,9% en 1988¹, ce processus reste bien en deçà de la féminisation du corps médical (près de 30% en 1990). A cela, il faut ajouter un certain nombre de différences qui marquent les parcours professionnels et les modes d'exercice des infirmières et des infirmiers sur lesquelles nous voudrions revenir brièvement.

1. Infirmiers et infirmières des parcours sexués

Les hommes qui choisissent le métier d'infirmier ont en moyenne deux années de plus que leurs homologues féminins². Cette entrée plus tardive dans le métier est consécutive à un retard scolaire ou à l'échec dans une autre filière d'étude. Ce choix par défaut répond principalement à deux types d'attente: d'une part, la certitude de s'engager dans une formation ou l'employabilité est élevée, et (ou) d'autre part, l'attrait pour un métier

¹ Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Affaires Sociales -SESI "Les écoles de formation aux professions de santé en 1989-1990", Documents Statistiques SESI, n°104, 1990.

² J.Gottely, "Démographie d'une profession de santé: les infirmières hospitalières", Economie et Santé, n°1, 1981.

technique sur lequel retombe une part du prestige socialement attribuée aux médecins hospitaliers.

Les parcours professionnels des hommes traduisent ces choix. Alors qu'ils représentent 6% des hospitalières, les hommes occupent 20 à 25% des postes de surveillants et de surveillants chefs, et 18% des postes d'infirmiers généraux. Ils sont aussi sur-représentés dans les spécialisations à dimensions techniques comme les salles d'opérations (21%) et la réanimation (13,5%). On peut donc légitimement penser que les hommes privilégient la mobilité verticale. Pour les femmes, tout se passe comme si la nature de leur prestation et les rôles familiaux intervenaient pour freiner leur mobilité. Sédentarisées par leur vie et leurs rôles familiaux, les soignantes préfèrent la mobilité horizontale intra ou inter-service. Progresser dans son métier, c'est donc principalement acquérir des compétences utilisables dans le cadre des pratiques de soins infirmiers. Pour certaines d'entre elles, cette mobilité peut, lorsqu'elle ouvre une opportunité ou est intégrée dans un plan de carrière, aboutir à un changement de statut. C'est le cas pour quelques infirmières qui considèrent cette mobilité horizontale comme des étapes indispensables à l'acquisition de savoirs et de compétences permettant de s'installer en libérale. Mais la faiblesse de cette mobilité s'explique aussi par la structure des carrières offertes aux paramédicaux qui ne comporte que deux échelons relevant de la catégorie A de la fonction publique (le grade de surveillante chef et d'infirmière générale).

Ces distinctions entre les trajectoires professionnelles des infirmiers et des infirmières se retrouvent dans l'analyse du secteur psychiatrique où les

hommes ont aussi une place et des parcours différents¹. Si l'usage veut que l'on parle d'Infirmiers pour le Secteur Psychiatrique (ISP) et d'Infirmières Diplômées d'Etat (IDE), il faut remarquer que si les ISP sont plus souvent des hommes, ils restent minoritaires (37 %). Cet écart de mixité entre le secteur psychiatrique et la médecine générale s'explique à la fois par des raisons historiques (féminisation tardive des personnels des asiles après la première guerre mondiale), et fonctionnelles (la nature du travail justifierait des qualités physiques pour maîtriser les patients).

Les comportements des infirmiers ne relèvent donc pas uniquement de l'analyse de leurs caractéristiques propres. De manière indirecte, l'administration hospitalière intervient sur les représentations qu'ils se font de leur place et de leur rôle au sein de l'organisation. En érigeant la nomination systématique des hommes dans les services où les contraintes de travail sont plus fortes, elle établit un système de normes sociales et de valeurs qu'elle diffuse, facilitant ainsi l'intériorisation d'un modèle professionnel (l'infirmier technicien) qui sera lui-même à l'origine d'un découpage des soins. On peut dire que l'activité des infirmiers est la résultante de ces interactions entre un individu et une organisation qui les incitent fortement à se spécialiser. Ce système d'incitation à une pratique légitime correspond donc aussi pour les hommes à un mode d'identification de pratiques de soins. D'une part, elles permettent d'établir un espace de pratiques en accord avec les savoirs constitués (médecine, pharmacie) diffusés dans les contenus de formation (initiale et spécialité), d'autre part, ce primat accordé à la maîtrise de compétences techniques rend moins indispensable la revendication d'une spécificité des connaissances en soins

¹ Les données sur le secteur psychiatrique proviennent des travaux de M.Jaeger, "L'infirmier en santé mentale: un professionnel ? ", dans P.Aiach, D.Fassin (sous la dir.), Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Economica, 1994.

infirmiers (basée sur le "rôle propre" et une approche globale du patient). Etre infirmier dans le contexte actuel, c'est avoir une qualification qui permet de se situer socialement et d'assurer sa subsistance et celle de sa famille.

Cette entrée récente et relative des hommes n'est pas sans répercussions sur l'organisation des soins notamment dans le secteur hospitalier. Au delà des données concernant la promotion professionnelle, pour laquelle toute étude prospective me semble aléatoire, les infirmiers auraient un rapport différent au métier. Ainsi, lorsque D.Kergoat et D.Sénotier interrogent les participants d'une assemblée générale d'Ile-de-France en mai 1989, elles remarquent que, "ce sont les infirmières hospitalières qui ont porté le mouvement de 1988 (malgré leur volonté de l'élargir), mais ce sont surtout celles travaillant dans les services les plus technicisés"¹. Parmi ces personnes, il y avait une sur-représentation des hommes (32%) et des syndiqués (22%) dont les revendications portaient sur le statut et les salaires (46%)². Ces différences hommes/femmes se retrouvent dans la nature des interventions, "les hommes interviennent beaucoup plus de façon, qu'il est convenu d'appeler, "politique". Ils analysent les positions gouvernementales ou syndicales, proposent des stratégies et des lignes d'action". Au regard des résultats de ce mouvement, il faut remarquer que ce sont principalement ces revendications qui ont été reconnues lors des négociations entre les syndicats et le gouvernement, même si cela n'est pas imputable uniquement à la prédominance des "techniciens de soins" et des jeunes diplômées mais aussi aux partenaires

¹ 64% des infirmières présentes travaillent dans le secteur hospitalier public dont près de 40% travaillent dans les services de soins intensifs. D.Kergoat, F.Imbert, H.Le Doaré, D.Sénotier, Les infirmières et leur coordination: 1988-1989, Paris, Lamarre, 1992.

² Effectif, condition de travail, formation continue d'une part, statut, revalorisation d'autre part sont à égalité chez les femmes.

de la négociation. Ces "revendications identitaires", portées par les cadres infirmiers, les enseignantes et une partie des infirmières, se sont traduites principalement par la mise en place d'un programme d'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux et des modifications substantielles dans les textes professionnels.

La féminisation du métier, recommandée à la fin du XIXe siècle, demeure un des traits de la fonction, même si on peut supposer que l'entrée relative des infirmiers contribue à l'établissement de nouveaux rapports avec l'équipe médicale (majoritairement masculine) et modifie le gynécée de l'équipe soignante. C'est donc principalement dans le cadre d'un système hospitalier, hérité d'un passé qui a construit ce métier comme activité féminine au service d'une profession médicale masculine, que se pose le problème de la qualification et des compétences des infirmières.

2. Soins infirmiers et "rôles féminins"

L'Etat et les médecins ont joué un rôle prépondérant, non seulement quant au contenu des tâches déléguées aux infirmières mais plus généralement dans les rapports sociaux de sexe qui travaillent les professions médicales et paramédicales¹. Ainsi les femmes ne sont pas représentées dans certaines spécialités et sur-représentées dans celles considérées comme naturellement féminines (pédiatrie, gynécologie). La technicité ne pouvant être retenue comme frein, force est de constater que les femmes investissent principalement les lieux où la rémunération et le prestige sont plus faibles (P.M.I., médecine sociale). Cette perspective d'une dominante féminine dans les pratiques de soins, particulièrement repérable

¹ D.Kergoat, F.Imbert, H.Le.Doare, D.Senotier, Les infirmières et leurs coordinations 1988-1989, op.cit, 1991.

chez les infirmières, les sages-femmes ou les auxiliaires de puériculture démontre l'impact de la tradition qui associe féminité et gestion du corps dans l'imaginaire culturel¹.

Bien que l'histoire des soins soit à reconstituer, on peut avancer que les différences de nature, de conception, de technique traduisent des modes d'identification des pratiques de soins aux hommes et aux femmes. Ainsi, pour G.Cresson, il "existe de nombreux points communs entre le travail des infirmières et celui des profanes", notamment " le fait qu'il s'agisse partiellement d'un travail délégué; care et cure y sont en continuité; ils mobilisent des qualités "féminines" tenues pour "innées"; la valeur économique et sociale de ce travail n'est pas reconnue à sa juste mesure; enfin ce travail est aussi une forme de contrôle social"². Quelle qu'en soient les évolutions, ces conceptions s'incarnent ici en ceux ou celles qui les prodiguent au point d'être confondues et de devenir des rôles établis. La part relationnelle du travail infirmier avec la vocation au sens où celle-ci implique un rapport immédiat entre l'individu et la fonction traduit la prégnance de ces représentations chez les infirmières. Et certaines représentantes du militantisme professionnel comme M.F.Collière³ n'échappent pas à cette ambiguïté en montrant que la technicisation des pratiques soignantes a conduit à déposséder celles-ci de leur place historique dans les soins. Bien que ses travaux renvoient d'une façon plus générale à la prépondérance des femmes dans les soins, il reste qu'elle propose d'ériger en qualification ce qui appartient à l'infirmière en tant que

¹ Sur ce point voir les travaux de M.F.Collière, Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, Paris, InterEdition, 1982 et Y.Knibiehler (sous la dir.), cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980, Paris, Hachette, 1984.

² G.Cresson, Le travail domestique de santé. Analyse sociologique, Paris, L'Harmattan, coll. logiques sociales, 1995.

³ M.F.Collière infirmière devenue enseignante à l'Ecole Internationale de Lyon est l'une des figures marquantes d'un militantisme professionnel orienté vers la définition et la promotion d'une culture infirmière spécifique.

femme. Ce militantisme professionnel introspectif, centré sur la recherche d'une valorisation sociale à partir de réflexions sur la nature et le sens de l'activité des infirmières se heurte aujourd'hui à cette définition du métier autour de "qualités féminines".

Aujourd'hui, c'est principalement dans le cadre hospitalier que se pose le problème de la qualification et des compétences des infirmières. Ce travail social de placement qui renvoie autant à la formation initiale, aux capacités des individus à faire face aux exigences d'une fonction réglementée dans un rapport de force garanti par l'état, est rendu d'autant plus difficile qu'une part importante des pratiques de soins sont en contradiction avec le cadre formel de la division du travail hospitalier. Si l'infirmière est une exécutante auxiliaire du médecin, le champ du travail infirmier fluctue du fait de l'imprévisibilité des relations qui s'y établissent avec les patients mais aussi avec l'environnement dans lequel elle intervient. C'est en raison de cette imprévisibilité et de l'absence du médecin qu'elle est contrainte d'adapter sa pratique et de prendre des décisions.

"Professionnelle" qualifié, les infirmières militent aujourd'hui pour faire reconnaître leurs compétences spécifiques qui débordent le cadre du travail prescrit par le médecin. C'est notamment ce que montre F. Acker à propos de l'informatisation des unités de soins où le personnel infirmier s'est saisi de cette opportunité pour construire et établir une autonomie vis à vis du corps médical¹. Plus récemment, les infirmières avec d'autres personnels ont à plusieurs reprises fait valoir leur droit à servir le public en luttant contre les décisions de fermeture de services ou d'établissements planifiés selon le Schémas Régional d'Organisation Sanitaire.

¹ F. Acker, "Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière", dans Sciences Sociales et Santé, vol 13, n° 3, 1995.

CHAPITRE 2

Un métier sans vraie carrière

La démission du personnel infirmier pose un problème fondamental à la "profession". La durée de vie professionnelle n'amortit pas l'investissement financier pour l'Etat, l'établissement et le candidat. L'insuffisance des recrutements et de la fuite des infirmières n'est certes pas un phénomène nouveau, mais il a pris ces dix dernières années une acuité particulière. Parmi les études supérieures et les carrières offertes aux bachelières, le métier d'infirmière occupe aujourd'hui une place relative. Outre les représentations associées à ce métier et la formation contraignante, les conditions d'exercice que découvrent les élèves les conduisent à des ajustements parfois radicaux. Conditions de travail pénibles, horaires et postes flexibles auxquels il faut ajouter les problèmes d'insertion dans l'univers professionnel ont souvent raison des jeunes infirmières. Selon la rhétorique professionnelle "c'est un métier que l'on ne peut faire pour l'agent et dans lequel on ne peut pas s'éterniser".

Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une particularité nationale puisque bon nombre de pays tels que l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, le Canada, etc., rencontrent des difficultés pour recruter du personnel infirmier qualifié. A titre d'exemple, aux Etats-Unis, l'American Hospital Association (AHA) identifie 13% de postes vacants en 1989, soit près de 3 fois plus qu'en 1984. Les écoles de soins infirmiers accusent dans ce pays une baisse constante des effectifs qui atteint 26% pour la période 1983-1987. Face à cette pénurie qui interpelle les représentants infirmiers et les Etats, l'Organisation

Mondiale de la Santé au travers de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 1989 exhorte les participants à entreprendre une action concertée pour soutenir le personnel infirmier. Cependant, cette crise de vocation ne traduit pas les mêmes préoccupations pour les établissements de formation et les pouvoirs publics. Rendre les études d'infirmière plus attrayantes est perçu comme une nécessité de survie par les cadres infirmiers alors que pour l'ensemble des pays, il s'agit principalement d'appréhender les besoins en santé de la population et de les distribuer entre les différents professionnels des soins. L'insuffisance chronique d'infirmières dans le système sanitaire pose donc à la fois un problème d'organisation de cette distribution et de répartition de tâches indispensables au bon fonctionnement des unités de soins.

En France, cette problématique est d'autant plus importante que la conjoncture socio-économique limite artificiellement ce phénomène sans pour autant résoudre les causes fondamentales. Ainsi, si les effectifs ont crû de façon régulière de 1973 à 1980 (10% par an), cette augmentation a ralenti tout aussi régulièrement après 1980 (3% par an). En fait, la crise économique des années 1970 ayant peu touché l'emploi dans le secteur sanitaire, les étudiants ont été nombreux à choisir cette filière. Par contre, les restrictions budgétaires imposées au système de santé dans les années 1980, ainsi que le mouvement infirmier et sa médiation ont accentué la perception d'un milieu en crise. Les effets de cette médiatisation des conditions d'exercice se sont traduits par une désaffection des bacheliers particulièrement visible à travers la chute des effectifs d'inscrits à la rentrée 1989 et par le taux d'abandon en cours d'étude qui est passé au dessus de 15%. Ainsi, l'ensemble des études fait apparaître que 12 000 postes étaient

vacants dans les hôpitaux, cliniques et maisons de retraite en 1992¹. Seul le secteur libéral semble échapper à ces difficultés. Il a même vu ses effectifs croître de façon régulière ces dernières années (6,4% par an) démontrant l'importance des conditions de travail et de rémunération sur l'orientation et la durée de vie professionnelle.

A cet égard, une enquête portant sur les démissions survenues en 1983-1984 dans onze hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris² montre qu'aucune pathologie particulière n'a pu être mise en évidence et que, ni le sexe ou le taux d'absentéisme ne sont des critères déterminants. Là aussi, seules les contraintes liées à l'exercice pèsent sur la durée de vie professionnelle³. L'enquête menée en 1985 auprès des infirmiers des hôpitaux publics met aussi en évidence une modification de leur comportement liée à la situation générale de l'emploi. Excepté pour les cadres infirmiers et les infirmières générales pour qui la fonction a toujours annulé le risque d'abandon⁴, on assiste depuis le début des années 80 à un vieillissement des infirmières. Malgré des disparités régionales, cette tendance confirmée depuis est imputable à l'allongement de la durée de vie professionnelle et au ralentissement des recrutements depuis le milieu des années 1980 (notamment dans le secteur public) ce qui porte l'âge moyen des IDE à 33 ans pour 1989.

¹ Travail, emploi et formation dans les professions paramédicales, rapport du Conseil économique et social, 14 février 1990.

² Marande (J.L), Bouton (J.P), "La démission du personnel infirmier des hôpitaux publics", Compte-rendu de la société de médecine et d'hygiène du travail, dans Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de la sécurité sociale, n°4, 1987.

³ Parmi les causes de départ viennent en tête les disponibilités (39%), retraites (22,4%), les démissions (16,9%), les détachements (8,7%), les mises à la réforme (3%), les décès (2,2%), les causes diverses (7%).

⁴ Dans ce cas la durée d'exercice devient représentative des autres métiers féminins soit en moyenne 25 ans.

Enfin, comme pour toutes les formations soumises à un quota d'entrée, celui-ci intervient fortement dans la structure par âge des actifs. De fait, la jeunesse de la population des infirmières tient à un taux élevé de départs anticipés observés jusqu'en 1976 et à l'arrivée importante des nouveaux diplômés vers 1976. Depuis 1983, le numérus-clausus ayant baissé de 14%, on peut penser que cette population va continuer de vieillir d'autant plus que le taux de fuite du métier est en baisse. Ainsi, l'ancienneté des hospitalières est passée de 5,5 ans en 1974 à 10 ans en 1989. Cette tendance tient au développement du temps partiel et à une nécessité économique face au risque de la perte d'emploi du conjoint (le pourcentage est passé de 10,5% à 21,5% entre 1985 et 1990). On ne peut donc plus parler de "vocation sans voile"¹ pour qualifier le choix professionnel des infirmières, même si les conditions de travail restent difficiles notamment pour les plus jeunes dont la situation est de plus en plus marquée par des irrégularités de tous ordres (imposition d'horaires, postes difficiles (50% alternent jour/nuit), travail le dimanche, durées quotidiennes irrégulières).

L'ambivalence de ces modifications de l'exercice du métier d'infirmière explique que 37% des établissements déclarent avoir recours aux sociétés de personnels intérimaires (en 1991, cela représentait 250 000 journées de mission, soit 1 100 postes) pour amortir les conséquences de cette pénurie. Bien que chaque hôpital aborde ce problème de façon isolée, on peut remarquer deux tendances: les hôpitaux qui ont de réels problèmes de recrutement (l'intérim à vocation économique), et ceux qui recrutent suffisamment mais qui continuent à prendre des intérimaires pour éviter les redéploiements internes en raison d'une réorganisation des secteurs ou des

¹ Ce terme est celui de Y.Knibiehler dans A.Farge, Z.Klaplisch, (sous la direction de), Madame ou mademoiselle? Itinéraires de la solitude féminine XVIIIe - XXe siècle, Paris, Arthaud-Montalba, 1984.

horaires (l'intérim à vocation de paix sociale). Face à cette situation, beaucoup d'hôpitaux développent leur communication interne et externe afin de recruter les jeunes infirmières et de motiver les équipes en poste. Certains tentent de proposer des logements proches des lieux de travail à des prix attractifs, de repenser leur communication avec les écoles, d'améliorer les conditions de travail et l'accueil des stagiaires, de mettre en place des bourses de l'emploi permettant aux soignantes d'échanger leur poste de travail, de développer des missions de recherche et de conseil en soins infirmiers, etc. Bien qu'il soit assez difficile d'appréhender l'effet de ces mesures, on peut légitimement penser qu'elles interviennent favorablement sur la vie professionnelle des infirmières, ne serait-ce que par l'intérêt qu'elles suscitent. Or, depuis les travaux de l'Ecole de Chicago, on sait que pour comprendre les comportements d'une catégorie de salariés, les systèmes d'avancement sont plus significatifs que les conditions de travail.

1. Des salaires et des possibilités de carrière modestes

Si les accords Durrieux de 1989 ont quelque peu amélioré le traitement des infirmières, la plupart des analyses officielles sur leur statut a relevé la faiblesse du salaire. La rémunération de base d'une infirmière débutante est aujourd'hui de 6500 francs. Gonflée des multiples primes (indemnité de résidence, des jours fériés travaillés et des nuits, primes spéciales de sujétion, de service), elle peut atteindre 8500 francs environ en début de carrière et 12 000 francs pour une infirmière hospitalière de classe supérieure au dernier échelon (accessible à partir de 13 années d'exercice). Le salaire moyen en secteur hospitalier est compris entre 7000 et 9000 francs dans le secteur public et entre 6000 à 8000 francs dans le secteur privé pour une intensité de travail plus importante et des horaires postés

pour la majorité. Au niveau du statut et de la rémunération, les infirmières font donc partie des professions intermédiaires, et sont à ce titre, proches des instituteurs et des cadres administratifs. Réparties en trois grades (infirmières de classe normale, supérieure et cadres) qui comportent chacun plusieurs échelons, le déroulement de carrière des hospitalières est comme pour beaucoup de métiers de la fonction publique soumis à un système d'avancement fortement lié à l'ancienneté.

L'espace occupationnel des soins infirmiers comporte à cet égard quelques spécificités qui expliquent en partie la durée de vie professionnelle des infirmières. A la suite des trois années de formation en institut en soins infirmiers, toutes les infirmières commencent leur vie professionnelle en tant qu'infirmière en soins généraux. Après avoir appris à devenir infirmière, la plupart de ces jeunes diplômées passe leurs deux ou trois premières années à apprendre leur métier. Cette période recouvre un triple objectif: passer de l'inculcation de comportements à l'apprentissage de savoirs (techniques et relationnels), confirmer son installation dans la fonction et choisir un secteur d'activité. Pour y parvenir, il existe deux filières d'apprentissage non exclusives les unes des autres. Soit elles décident de travailler dans un service hospitalier, considéré comme un lieu privilégié, soit elles s'inscrivent dans une entreprise de travail intérimaire pour diversifier les milieux d'exercice. De façon schématique et forcément abusive, on peut dire que les infirmières trop rapidement "sédentarisées" dans un secteur d'activité (hospitalier ou extra-hospitalier) ont tendance à s'interroger sur leur choix alors que les "nomades" ont une vision plus aboutie de leur itinéraire professionnel. Dans tous les cas, les espaces d'insertion passent inéluctablement par l'hôpital public perçu à juste titre

comme un lieu d'acquisition et de développement des compétences techniques¹.

En dépit de la relative diversité des secteurs d'activités accessibles aux infirmières, les possibilités de carrière apparaissent doublement limitées. D'une part, les textes qui réglementent la carrière professionnelle des infirmières les incitent à s'enraciner dans l'hôpital, et d'autre part, les possibilités de diversification des fonctions au sein des hôpitaux sont limitées à la spécialisation et l'encadrement. Accessibles avec une ou deux années d'études supplémentaires, les spécialisations (puéricultrice, instrumentiste, aide anesthésiste) apportent principalement un surcroît de stress lié aux cadences de travail dans ces secteurs². Ces conditions d'exercice liées à la spécialisation ont fait de l'encadrement des services médicaux une perspective privilégiée par 23.000 infirmières en 1988³.

Les surveillantes de soins constituent l'échelon le plus modeste et le plus important numériquement du personnel d'encadrement soignant. Après trois ans d'expérience, elles peuvent accéder au grade de surveillante chef (cadre A) puis au sommet de la hiérarchie infirmière (Infirmière Générale) à la condition de réussir le concours et de suivre à nouveau un an de formation à l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes. Cette fonction spécifique aux établissements d'hospitalisations publics comptait pour la même période 400 I.G. qui coordonnent et gèrent l'ensemble des activités du

¹ I. Feroni, Formation et insertion professionnelle des infirmières, GERM-CERCOM/Direction des Hôpitaux/Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, 1992.

² Il faut noter qu'une circulaire du ministère de la santé qui recommande explicitement le recrutement de personnels spécialisés dans ces secteurs est rendue inapplicable à cause du faible attrait de ces formations spécifiques et des coûts qu'elles représentent tant pour les personnels que pour les directions.

³ Dont 16 750 dans les services d'hospitalisation et 6250 dans divers secteurs dépendants du service infirmier, des services administratifs ou médico-techniques et de conseillères professionnelles (hygiène, formation, accueil, orientation achat et maintenance des équipements et du matériel de soins).

service infirmier de l'établissement. L'obtention du statut de cadre infirmier (surveillantes d'unité de soins) est marquée par deux types d'accès: la promotion professionnelle et la formation par l'école des cadres. Dans le premier cas, il faut avoir exercé pendant huit ans à l'hôpital en tant qu'infirmière alors que cinq années de pratiques dont au moins trois comme infirmière dans un établissement d'hospitalisation suffisent pour suivre une formation d'un an à l'école des cadres. Or, les années d'expérience en secteur extra-hospitalier ou comme enseignante ne comptent pas pour être nommée surveillante ou pour se présenter au concours d'infirmière générale adjointe. De même, les années effectuées dans le secteur hospitalier privé ne comptent que pour la moitié. Ainsi, une infirmière qui a opté pour l'extra-hospitalier ou l'enseignement ne peut intégrer l'hôpital à un niveau de surveillante. Elle doit impérativement avoir travaillé comme infirmière dans les services hospitaliers pendant 5 ou 8 ans selon qu'elle détient ou non son diplôme de cadre. On peut dire qu'il y a une quasi obligation pour ces infirmières de revenir au point de départ pour se réorienter vers l'encadrement. Ce traitement contradictoire pèse sur la construction d'une identité professionnelle et freine la mobilité des infirmières. Alors que la capacité d'adaptation aux différents secteurs d'activités est considérée comme le garant d'une "ouverture professionnelle" indispensable à la fonction de cadre, les textes réglementaires privilégient l'enracinement professionnel dans le secteur hospitalier. Ainsi, l'affirmation d'une spécificité des soins infirmiers repérable à travers la substitution progressive des termes "profession infirmière" ou "infirmière" par la notion de "service infirmier", construit en réalité un modèle professionnel basé sur la maîtrise d'une discipline médicale. La dimension collective de cette structuration multiforme devient alors un instrument de domination des hospitalières qui seules ont la possibilité de mettre en place les outils infirmiers.

Engagées depuis le début des années soixante dix dans cette lutte pour établir leur fonction d'expertise en métier reconnu administrativement et socialement, ces cadres diplômées et issues du secteur hospitalier craignent de fait, qu'une plus grande mobilité ne nuise à leur promotion en les mettant en compétition avec d'autres soignantes qui n'auraient pas suivi la totalité de leur itinéraire. Cette démarche prend une acuité particulière si on considère que la gestion des carrières d'infirmières et de surveillantes dans l'hôpital public est restée longtemps inefficace. Dans l'ensemble et bien que cela tende à baisser, l'âge moyen des surveillantes est assez élevé puisqu'il se situe dans la classe d'âge des 40-50 ans. Il faut en moyenne 10 années d'ancienneté pour franchir le grade de surveillante alors que la réglementation n'en prévoit que 5 pour les infirmières qui ont un diplôme de cadre et 8 pour les autres. Pour pouvoir atteindre le deuxième degré (surveillante chef) il faut justifier de 10 années de travail dans un service hospitalier dont 3 en tant que surveillante. Enfin, pour postuler sur un poste d'Infirmière Générale, il faut là aussi 3 années d'expérience en tant que IGA. Toutes ces étapes obligatoires sont autant de barrières à franchir qui viennent se surajouter à la sélectivité des concours, un peu comme si l'on ne pouvait remplir ces responsabilités sans avoir mûri ou vieilli suffisamment. En fait l'organisation hospitalière constitue rarement un facteur dynamisant dans cette transition d'un statut d'infirmière polyfonctionnelle (soignante, administrative, enseignante) à une double fonction d'administrative et de gestionnaire d'autant qu'elle a longtemps privilégié la promotion professionnelle pour les cadres hospitaliers. Malgré ces difficultés, les candidates dépassent de beaucoup le nombre de places disponibles, ce qui a pour effet d'accroître la sélectivité à l'entrée de la formation. Ainsi, les enfants en bas âge (non scolarisés) impliquent un refus catégorique. Dans bien des cas, le concours fonctionne alors comme une machine à frustrer les

candidates ce qui n'est pas sans répercussion sur le climat de travail dans les services.

La troisième possibilité d'évolution de carrière offerte aux infirmières est l'enseignement. Elle rassemblait, en 1989, 29.800 enseignantes, monitrices et directrices d'école. Cette fonction nécessite l'obtention du certificat de cadre infirmier et peut conduire au poste de directrice d'école (cadre A de la fonction publique) tout en autorisant depuis 1988 un retour dans les services médicaux en tant que surveillante. Le parcours de ces infirmières qui choisissent le monitorat est rarement programmé dès l'entrée à l'école d'infirmière. Il s'établit généralement à partir de la cinquième année de pratique, période au cours de laquelle "l'usure professionnelle" commence à questionner l'infirmière. Pour beaucoup, l'entrée dans le métier d'enseignant correspond à une fuite ou au choix d'une activité permettant de mieux gérer la frontière entre vie privée et vie professionnelle. Espace refuge, l'enseignement et dans une moindre mesure l'encadrement, constituent le premier niveau hiérarchique du métier d'infirmière. Eloignées de par leur position, des contraintes du travail infirmier, elles sont engagées de façon différenciée dans la promotion d'une idéologie professionnelle qui s'explique autant par la finalité respective de leur activité que par leur position professionnelle. Ayant à faire valoir leurs qualifications professionnelles autour de savoirs pédagogiques ou d'expertise, ces catégories sont devenues aujourd'hui les représentantes de la défense du service infirmier. En ce sens, l'engouement pour ces secteurs d'activités périphériques au travail soignant s'explique par les bénéfices concrets en terme d'avancement de carrière mais aussi par la valorisation de ces modèles de soins au sein du groupe professionnel infirmier. Face à des perspectives de carrière limitées, on comprend aisément que la mobilité interne au

groupe professionnel infirmier soit horizontale, et se fasse des métiers de la santé et du travail social vers l'enseignement (23% de la mobilité totale).

Les mouvements sociaux des infirmières de 1984 à 1991 ont cependant entraîné quelques aménagements de la carrière et de la grille des salaires, mais ces mesures ont été atténuées par les transformations du système hospitalier et de la gestion de la santé publique. Le processus de rationalisation de l'activité hospitalière et les restrictions des moyens, tant humains que financiers, ont accru la charge de travail. Dans la majorité des établissements, le sous-effectif transforme encore trop souvent les nuits et les jours fériés en performances exténuantes et risquées pour les malades. Cette situation ne fait que renforcer le sentiment d'insécurité auquel les infirmières sont exposées. Consciente de son savoir, de ses compétences et du pouvoir qui lui échoit, l'infirmière est souvent amenée à en douter, et c'est quotidiennement qu'elle doit faire ses preuves dans un coûteux travail d'adaptation. Ces éléments de la pratique infirmière ainsi que les possibilités restreintes de promotion professionnelle sont significatifs en regard de la durée de l'exercice.

2. Origine sociale et évolution du recrutement

Le niveau scolaire, l'origine sociale et le statut matrimonial des infirmières ont été, dès la fin du XIX^e siècle, des critères de définition sociale de la fonction soignante. Les différentes formes sociales d'infirmières construites à partir de quatre filières de formation (les religieuses, les infirmières de la Croix-Rouge, les infirmières des écoles privées, les infirmières de l'assistance publique) se sont combinées pour dessiner le profil de cette activité féminine. La création des assurances

sociales (1928-1932) et les transformations objectives qui modifient peu à peu la raison sociale de l'hôpital vont transformer l'infirmière en dispensatrice qualifiée de soins. Dotée d'un bagage scientifique et médical, elle voit augmenter sa respectabilité et les jeunes filles bien nées vont se laisser tenter par une carrière pouvant déboucher sur des responsabilités. Ces clivages, qui ont marqué jusqu'à une date récente la séparation entre formations publiques, gratuites, laïques et les formations privées, humanistes et confessionnelles sont aujourd'hui intériorisés et reconduits par les infirmières du secteur privé et public.

En initiant chacune à leur façon une dynamique de professionnalisation reprise aujourd'hui par les cadres infirmiers, elles codifient au delà de leurs différences, des valeurs communes et révèlent les clivages sociaux et idéologiques qui traversent aujourd'hui le groupe professionnel infirmière. Pour les représentantes des écoles, les associations et une partie des militantes qui défendent la professionnalisation du métier d'infirmier, élever le niveau d'accès aux études, c'est garantir la qualité et la valorisation de la profession. Pour d'autres, y compris pour les organisations hospitalières publiques, la promotion sociale des personnels fait partie des valeurs du service public. A ce titre, elle n'est pas incompatible avec la reconnaissance d'une autonomie ou d'une spécificité souvent malmenée par les nombreuses dérogations ouvrant accès à la fonction d'infirmière¹.

Ce mode d'identification de la pratique, héritière d'un passé religieux et médical caractérise la double exigence de ce métier qui amène les infirmières à développer un contenu professionnel à caractère technique lié

¹ C'est d'ailleurs dans les périodes de crise de recrutement que l'Etat intervient sur la formation par l'intermédiaire de la durée des études, de l'abaissement des diplômes requis au concours d'entrée dans les écoles d'infirmières, de mise en place de bonification de points pour les A.S qui passent le concours.

aux pratiques médicales et relationnelles, lié à la satisfaction d'accomplir une mission. Le poids de cette double appartenance rendra difficile l'identification et l'estimation de la prestation de soins des infirmières contribuant de fait à la non reconnaissance sociale de la pratique infirmière qui oscille constamment entre une surestimation de la valeur des soins et une minimisation de ce qu'elle fait. C'est en se médicalisant et en valorisant la technicité que les pratiques des infirmières vont peu à peu se distancier de ce modèle. C'est autour de l'acte médical et paradoxalement, grâce à l'auxiliariat que l'infirmière va pouvoir entrer dans un rapport salarial. En se médicalisant, les soins infirmiers vont acquérir une raison d'être et une valeur marchande fondée sur des compétences techniques.

Devenues les O.S. de l'entreprise hospitalière¹, les infirmières ont largement contribué à sa percée économique et ce développement technique des soins auquel elles participent n'est d'ailleurs pas sans incidence économique auprès des malades et des financeurs. Devenus une denrée commerciale, les soins techniques et la compétence qui entourent ces actes standardisés, constituent le plus actif des modèles professionnels infirmiers. Cet éclatement de la prise en charge des patients, qui réduit le corps à un support de production et de commercialisation, sera formalisé grâce à l'expansion de la pratique libérale à partir des années 1950. Avec un paiement rivié à l'acte prescrit, selon une nomenclature précise, les soins infirmiers et notamment les soins techniques trouvent une valeur économique. Peu à peu les critères d'origine sociale vont se substituer à la compétitivité technique au sein du groupe professionnel infirmier. Devenue technicienne de soins, l'infirmière modifie son rapport au métier, à la

¹ Il faut signaler qu'en 1968, les infirmières avaient un salaire inférieur aux ouvriers de l'industrie.

qualification et les "soins infirmiers" deviennent une activité salariée comme une autre.

De fait, sans avoir totalement disparu, le marquage par l'origine sociale n'est plus aussi prégnant. La multiplication des structures de formation, l'instauration de la gratuité des études et l'évolution d'ensemble de la société ont modifié la structure sociale des élèves infirmières. Si les conceptions et les représentations des différentes écoles continuent à jouer un rôle, le niveau d'étude (bachelier et non bachelier, bac technique et scientifique), le statut économique (bourse, contrat d'établissement, formation professionnelle ou financement par les familles) et le degré de technicité se sont substitués au clivage de l'origine sociale. A partir des années soixante, la rencontre d'une offre scolaire importante et d'une demande de main d'oeuvre qualifiée dans le secteur hospitalier se sont conjuguées pour accentuer le profil moyen de ce métier. Au cours des années 80, il semble que l'allongement de la scolarité et la massification de l'enseignement secondaire aient renforcé cette tendance.

La comparaison des différentes générations d'infirmières en activité confirme cette évolution. Entre 1975 et 1989, le recrutement social des infirmières parmi les cadres supérieurs est passé de 24,3% à 11,2% alors que sur la même période, celui des ouvriers est passé de 15,1% à 30%. Ces données traduisent bien l'abandon de l'exercice professionnel par les femmes d'origine élevée et le maintien des femmes d'origine populaire. Aujourd'hui, le recrutement social des infirmières et des travailleurs sociaux s'effectue parmi les familles modestes. En 1989, les infirmières sont principalement issues de père ouvrier (30%), employé (14,4%) et des

professions intermédiaires (17%)¹. Lorsque l'on affine par catégories professionnelles et sociales ces deux derniers groupes, on remarque que les pères sont le plus souvent des salariés de l'Etat. En ce sens, on pourrait avancer qu'une partie des infirmières se situe dans une forme de reproduction sociale. Le métier d'infirmière devient l'enjeu des stratégies de lutte contre le déclassement, de reconversion de certains groupes sociaux ou de promotion pour une part de plus en plus importante d'enfants issus des classes populaires.

3. Formation et niveau scolaire

Bien qu'il n'existe pas à proprement parlé de "droit des professions"², les réglementations et la protection de l'activité des professions médicales et paramédicales ont contribué à donner au métier d'infirmière un cadre juridique clair. Les conventions et traités internationaux conclus entre Etats sous l'égide de l'Organisation Internationale du Travail ont garanti les libertés syndicales et harmonisé les principes nationaux d'accès et d'exercice visant à la reconnaissance mutuelle du diplôme d'infirmière dans les pays membres de la CEE³. C'est dans ce cadre que la mobilisation professionnelle et administrative des infirmières va s'organiser autour d'une démarche d'argumentation de la spécificité de leurs pratiques dans l'offre de soins. En cherchant à mieux délimiter leur fonction et leur responsabilité à travers la définition d'un "rôle propre" et l'élimination des soignantes non diplômées, elles vont établir une nouvelle image de l'infirmière et de sa fonction. C'est

¹ INSEE, "Infirmières (DE et psychiatriques confondus)", *Enquête Emploi*, 1989.

² Voir sur ce point le texte de P.Englos, "Le droit et les professions, contribution du droit du travail à la dynamique des groupes professionnels", publié dans les *Annales du colloque international dynamique des groupes professionnels*, Paris 19-20 Novembre 1992.

³ Il en existe déjà plusieurs, et leur nombre ne pourra qu'augmenter avec le degré d'intégration communautaire: directives du 16 juin 1975 (médecins), du 22 mars 1977 (avocats), du 27 juin 1977 (infirmières), du 25 Juillet 1978 (dentistes), 18 décembre 1978 (vétérinaires), 21 janvier 1980 (sages-femmes), 10 juin 1985 (architectes).

la publication du cinquième rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé¹ sur les soins infirmiers qui servira de moteur au questionnement des soins infirmiers dans plusieurs pays dont la France. Fortement inspirée des approches thérapeutiques et des méthodes apportées par la psychanalyse et la psychologie², cette conception des soins et du rôle des infirmières se donne pour double objectif de mieux connaître la personne soignée et de la considérer non plus comme objet de soins mais comme sujet susceptible d'action thérapeutique.

Or, en France les relations interpersonnelles ne sont pas intégrées dans la formation professionnelle puisqu'il est admis que l'infirmière a avant tout un rôle de technicienne ou d'organisatrice pour les cadres. D'autre part, si les infirmières ont obtenu au cours des dernières décennies (1946-1984) une reconnaissance formelle de leur rôle, le groupe est aussi de plus en plus éclaté en fonction des lieux d'exercice, des spécialités et de l'organisation des services. Parallèlement, la structuration progressive du service infirmier avec l'apparition du grade d'infirmière générale (1975) et la certification des surveillantes et du cadre-enseignant ont renforcé la position institutionnelle de l'encadrement. Avec pour fonction d'organiser et de coordonner les soins, ces personnels vont chercher à rendre plus visible le travail des infirmières auprès d'une administration soucieuse d'évaluer le coût de son activité. C'est donc à partir de ce courant lié à la revalorisation de la relation soignant-soigné et d'outils conçus dans et pour l'institution que la rhétorique professionnelle va s'organiser pour construire un modèle de soins infirmiers

¹ Comité O.M.S. d'experts des soins infirmiers, Cinquième Rapport, Série de Rapports techniques n° 347, Genève, 1966.

² Cette approche psychologique privilégie la relation duale, sans doute pour des raisons culturelles et religieuses comme semble le démontrer l'essor que ces approches des problèmes humains dont la santé, a pris dans les pays protestants qui suppriment l'obligation de la confession.

Ce travail d'auto-institutionnalisation d'un champ de compétences, initié par les monitrices puis par les cadres infirmiers, s'est appuyé très tôt sur la production de revues, d'ouvrages, de comptes rendus de recherches. De nature plus introspectif que corporatiste, ce militantisme centré sur la valorisation de la fonction soignante s'articule aujourd'hui autour de notions ("soins infirmiers", le "service infirmier"), et d'outils ("diagnostics infirmiers", les "dossiers de soins"). Ce faisant, il démontre l'aptitude des soignants à gérer de façon pratique et symbolique le champ spécifique des soins infirmiers. En ce sens, ce nouvel édifice institutionnel propice à la prospection et à l'insertion professionnelle traduit autant l'expression d'une aspiration professionnelle que la volonté d'adopter une position commune face aux groupes voisins (administratifs, médicaux). En se proposant de changer la nature du travail infirmier, il apparaît donc indispensable aux cadres infirmiers de repenser l'enseignement et le mode d'organisation des pratiques dont l'éclatement en tâches fragmentées ne permet pas cette approche des soins et de la personne soignée. Cette production à finalité instrumentale et symbolique révèle alors une partie des modes de structuration du groupe professionnel infirmier qui s'explique principalement par les caractéristiques objectives de ces promoteurs.

Dépositaires certifiées et agents de transmission de la "culture infirmière", elles ont aussi à se situer par rapport aux pratiques des surveillantes et des infirmières valorisées par la nature de l'objet de leurs prestations. Placée dans une position distanciée par rapport aux pratiques de soins, l'activité d'enseignement et d'organisation des soins facilite ce travail normatif d'expertise et d'élaboration de modèles infirmiers. Issues du métier d'infirmière, les enseignantes doivent faire reconnaître leur qualification autour de savoirs pédagogiques construits sur la maîtrise d'une discipline

(les soins infirmiers) certifiée et scientifique leur permettant de se positionner dans le champ sanitaire. Exilées volontaires de la pratique soignante, ces monitrices sont converties à l'idéologie de la profession lors de leur formation dans les écoles de cadres où intervient l'association de coordination des écoles d'infirmières et de cadres (CEEIC). Véritable instance de structuration professionnelle (régionale et nationale), le CEEIC joue depuis 1949 un rôle prépondérant dans la circulation d'informations professionnelles, en tant que porte-parole des écoles auprès de la DRASS. Référente pour l'élaboration de critères communs de validation des acquis et pour l'organisation des concours, cette instance qui entretient de nombreux contacts internationaux, développe et diffuse une idéologie professionnelle dogmatique. Un des aboutissements de cet engagement sera en 1992, la réforme des études conduisant au diplôme d'Etat. Se donnant pour objectif de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'infirmière, la portée symbolique de cette déclaration traduit assez bien les enjeux des transformations actuelles du groupe professionnel infirmier.

En exerçant une activité intense de régulation du milieu enseignant notamment par l'homogénéisation des standards d'évaluations pédagogiques pour le Diplôme d'Etat (DE), des terminologies, des démarches de soins, des outils infirmiers, des procédures d'expertise et des travaux de recherche en soins infirmiers, cette instance participe activement à l'élaboration de ce nouveau profil inspiré de la pratique médicale et du *nursing* nord américain. Si l'ensemble des monitrices qui ressortent de ces neuf mois de formation ne maîtrise pas toujours l'ensemble des processus pédagogiques nécessaires à la diffusion de ces modèles de pratiques, de gestion et d'encadrement, on peut penser qu'ils vont peu à peu investir les discours infirmiers. D'une part, la conversion idéologique des cadres est perçue par les enseignantes comme

un enjeu plus important que la socialisation des élèves infirmières dans la mesure où il conditionne la mise en application de cet axiome. D'autre part, la connaissance préalable de ces outils et des terminologies étant de plus en plus considérée comme un pré-requis à la sélection d'entrée à l'école des cadres, les "réfractaires" sont de moins en moins nombreux. Enfin, l'investissement professionnel et l'engagement des monitrices dans cette volonté inaltérable de transformer le milieu hospitalier et plus particulièrement les pratiques de soins infirmiers, sont proportionnels à l'insatisfaction qui les a poussé vers ce choix. Bien qu'elles investissent différemment ces nouveaux espaces professionnels d'objectivation d'un modèle d'expertise en "soins infirmiers", cet effort de certification traduit principalement un désir de promotion sociale et professionnelle. L'université devient alors un passage indispensable pour l'élite ou pour les militantes les plus engagées. Obtenir un titre universitaire¹ offre une reconnaissance symbolique garantissant la légitimité de la fonction d'encadrement ou d'enseignement dans cet univers dominé par les sciences médicales et gestionnaires. Le diplôme universitaire et les perspectives de carrière qui y sont attachées, permettent aussi quel que soit son contenu, de quitter définitivement le champ des soins infirmiers et donc de rompre avec une fonction difficile à valoriser.

A travers l'apparente unité de ce modèle professionnel et de la dynamique qui l'accompagne, il faut donc y percevoir des stratégies différenciées selon les statuts, les postes et les trajectoires des militantes de la professionnalisation. Ainsi, l'obtention d'un diplôme universitaire pour une Infirmière Générale principalement préoccupée par la gestion des services infirmiers ne recouvre pas le même intérêt que pour une

¹ Les filières principalement investies se situent généralement dans les sciences humaines; psychologie, sociologie des organisations, sciences de l'éducation.

enseignante ou une directrice d'institut en soins infirmiers. Pour les cadres hospitaliers, l'intérêt qu'elles manifestent vis à vis de l'élaboration d'un "service infirmier" en tant qu'organisation autonome est proportionnel à leur volonté de légitimer auprès de la direction et du corps médical, leur fonction d'expertise en gestion du "service infirmier". En codifiant l'exécution et l'organisation du travail infirmier, elles deviennent les seules maîtres d'oeuvre de la rationalisation du travail soignant. Ainsi, l'ensemble de ces travaux participe à la gestion scientifique des soins et des effectifs soignants, construite à partir d'une double référence aux "soins infirmiers" et aux coûts financiers.

En d'autres termes, cette coupure entre l'école et le monde du travail repose le problème des compétences et de la diffusion des savoirs qui a présidé à l'émergence de cette nouvelle idéologie professionnelle animée par des segments professionnels loin d'être homogènes. Cette distance est à la fois une des conditions qui explique pourquoi les écoles ont toujours été des lieux d'élaboration et de promotion de nouvelles valeurs professionnelles, ainsi que les difficultés rencontrées par les militantes de cette conversion professionnelle (des surveillantes et des soignantes). En construisant un modèle de pratiques enseigné comme "la bonne façon de faire" et en menant une réflexion sur le rôle propre des infirmières, indépendamment de toute correspondance pratique, les cadres contribuent à la segmentation du groupe professionnel. Beaucoup d'infirmières rejettent ce modèle pensé ailleurs et en dehors des catégories pratiques en invoquant que ce n'est pas leur activité qui est mal définie mais sa formalisation qui ne correspond pas à la spécificité de leur fonction d'intermédiaire.

Pour les promoteurs du mouvement, il s'agit de s'interroger sur la nature du "service infirmier", sur son "rôle propre", ses modes d'évaluation et c'est seulement dans ce cadre que la valorisation de la formation et la sélection constituent des instruments de la revalorisation de la fonction soignante. Le contrôle de l'entrée et de la sortie de ces systèmes de formation devient alors un élément essentiel garantissant une bonne diffusion du modèle professionnel. De fait, le maintien d'un certain niveau de culture générale à l'entrée en formation est alors incompatible avec la promotion professionnelle et la non détention du baccalauréat. Considéré comme un enjeu pour l'avenir de la "profession", ce principe subit en réalité de nombreux amendements. L'infléchissement du niveau de concours est en fait utilisé de façon différenciée selon les régions pour réguler les recrutements. D'autre part, si au cours des trente dernières années, le niveau scolaire des élèves à l'entrée des écoles d'infirmières s'est élevé, c'est principalement grâce à l'allongement de la scolarisation. Accessibles durant les années soixante aux élèves sortant de la classe de troisième, les études d'infirmière menaient à un diplôme équivalent au diplôme de fin d'étude secondaire. Les écoles d'infirmières recrutent maintenant à la sortie de l'enseignement secondaire et délivrent un diplôme du niveau BTS.

A la rentrée 1991, les 257 écoles publiques et les 59 écoles privées d'infirmières accueillent 40 000 élèves¹, répartis sur les trois années d'études que requiert la préparation du diplôme². Parmi les nouveaux inscrits, on pouvait compter 88% de bacheliers, soit une augmentation de 3% par rapport à 1988 et de 13% pour 1975. La pauvreté des données ne rend pas compte de la diversité des publics en formation liée en grande

¹ Ministère de la santé, " Les écoles de formation aux professions de la santé en 1991/1992", Documents statistiques SESI, n°148, Juillet 1992.

² En 1979, la durée des études est passée de 28 mois à 33 mois en application des clauses européennes. La réforme de 1992 porte la durée de la formation à 36 mois.

partie aux parcours individuels qui aboutissent à un moment donné au choix de ce métier. La progression générale du baccalauréat au cours des dix dernières années s'est traduite par une augmentation des bacheliers techniques au détriment des séries scientifiques. Les baccalauréats C, D et E qui représentaient 45% des effectifs en 1980 ne sont plus que 20% en 1991 alors que les élèves issus des séries F8 représentent presque 40% pour cette même année. En d'autres termes, on observe une diminution des baccalauréats généraux au profit des séries technologiques ou professionnelles. Parmi les 4% des élèves dont l'entrée en institut en soins infirmiers correspond à un second choix, 46% sont issus de bacs littéraires et 43% de bacs scientifiques. Plus marqué pour d'autres professions paramédicales, ce phénomène semble reproduire la valeur scolaire des différents baccalauréats puisque les bacheliers scientifiques sont plus nombreux à s'essayer dans les filières médecine, pharmacie, dentaire et sciences avant de s'engager dans la formation d'infirmière. Ces trajectoires ne correspondent pas uniquement à des choix par défaut. Ainsi, 3% des élèves infirmières diplômées d'Etat possèdent déjà un diplôme sanitaire et social. Cette tendance est particulièrement repérable à travers l'exercice libéral qui permet d'entrevoir le cumul de spécialités. Au 1er janvier 1982, 1% des infirmiers libéraux exerçait simultanément en tant que masseurs-kinésithérapeutes ou pédicures-podologues, 4% des masseurs-kinésithérapeutes en tant qu'infirmiers ou pédicures-podologues et 17% des pédicures-podologues en tant qu'infirmiers diplômés d'Etat ou masseurs-kinésithérapeutes.

Ces constats sur les trajectoires scolaires montrent aussi que changer le cours de son histoire, c'est aussi rechercher un travail qui privilégie les relations humaines. Si les délais observés dans les changements

d'orientation peuvent être relativement courts, c'est aussi parce que l'entrée dans la formation est davantage liée à un événement familial, notamment pour ceux dont le niveau scolaire obtenu laissait possible d'autres choix. Ces infirmières expriment sous des formes variées ce besoin imposé comme un credo, comme si ce métier avait le pouvoir de transmuter toute approche de l'homme. Ces infirmières adoptent souvent une carrière homéostatique ou par étapes. Dans ce deuxième cas, les réorientations professionnelles se font souvent dans le même champ d'activité notamment par la spécialisation ou la mobilité horizontale et plus rarement vers la fonction de surveillante. Ces évolutions statutaires sont rarement évoquées en termes socio-économiques, mais plus souvent comme un ajustement des compétences indispensables à une meilleure prise en charge du patient. En ce sens, accepter un poste de surveillante de soins c'est aussi imposer sa pratique de soins.

Ces cheminements peuvent éclairer les comportements des soignantes selon les spécialités et par rapport à leurs revendications. Une mise en perspective avec l'accroissement de la formation professionnelle confirme la tendance des infirmières à rechercher d'autres modes d'exercice professionnel. L'allongement de la durée de la vie professionnelle s'accompagne de changements dans la carrière d'infirmière qui permettent de répondre à l'usure professionnelle et (ou) à la recherche d'une forme de promotion. Ces modifications récentes se traduisent dans l'engouement pour la promotion professionnelle (notamment vers le statut de cadre) les spécialisations ou encore les formations professionnelles orientées sur la qualité de prise en charge des patients.

4. La promotion professionnelle

Une des particularités du métier d'infirmière est de permettre aux aides-soignantes et aux agents hospitaliers d'accéder à la formation sans le baccalauréat, par la promotion professionnelle hospitalière (5,2% en 1989). Cette formation continue est une des formes historiques d'accès au métier notamment dans les établissements hospitaliers. L'ouverture des études d'infirmière aux personnels hospitaliers s'inscrit dans une tradition démocratique ardemment défendue par les syndicats, celle de la promotion par le travail. Contesté par les cadres soignants et les enseignants qui voient une dévaluation du diplôme d'infirmier, ce mode d'entrée a perduré grâce ou à cause de la pénurie de personnel infirmier. Comme le souligne Y.Knibiehler¹, c'est dans une période où le manque d'infirmières était le plus important (dans les années soixante) que cette filière est ordonnée, six ans après la création du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Soignant (CAFAS). En 1972, dans une période de crise de recrutement importante, il a été décidé d'accorder une bonification de 0 à 5 points aux candidats bénéficiaires de la promotion professionnelle hospitalière. A la suite des mouvements de 1988, le protocole Evin a redonné une impulsion à la promotion professionnelle délaissée depuis la mise en place du budget global en 1985. Cette instruction prévoyait que les établissements devaient progressivement parvenir en 1993 à un rapport entre le nombre d'élèves en études professionnelles en première année et le nombre de recrutement d'infirmières égal à 10 % . Au niveau national depuis 1988, le Taux d'admission dans les écoles par Promotion Interne progresse de nouveau permettant d'atteindre 14 % en 1990.

¹ Y.Knibiehler, (sous la dir.), Cornettes et blouses blanches, op cit, 1984.

Plus âgés et d'une origine sociale populaire, ils forment une population qui contraste avec les autres étudiants, d'autant plus que les hommes y sont sur représentés. La plupart compense leur faible niveau scolaire par l'expérience professionnelle qui renvoie directement les discours théoriques des enseignantes à une réalité diversifiée. Souvent perçus comme une source d'instabilité, ces anciens auxiliaires ne sont pas non plus très réceptifs à la rhétorique professionnelle qui les renvoie à leur ancienne fonction. Pour la majorité de ces personnels hospitaliers, la promotion permet principalement d'améliorer leur situation économique et leur condition de travail au prix d'importants sacrifices personnels. En ce sens, devenir infirmier, c'est valider une compétence technique et non pas relationnelle. Vécu pour la plupart comme un aboutissement, elles n'envisagent la valorisation de leur statut qu'au sein de l'hôpital qui seul peut leur permettre d'utiliser leur expérience d'aide soignante.

Sous une forme différente, les nominations à l'ancienneté participent aussi à la promotion professionnelle. Bien que ce principe tende à disparaître, il a permis à de nombreuses infirmières reconnues et appréciées par le corps médical et administratif d'obtenir le statut de surveillante après huit années de service. L'entrée en fonction est souvent évoquée à la fois comme un "heureux hasard" et vécu comme une chance méritée. Si elles bénéficient souvent d'une solide expérience professionnelle qui leur confère une reconnaissance par les soignants, elles éprouvent aussi beaucoup de difficultés à se démarquer des collègues pour légitimer leur nouveau statut. Promues surveillantes pour leurs compétences et les services rendus, elles n'ont pas su tout de suite faire le deuil de la fonction d'infirmière. L'absence d'un temps de formation permettant de se dégager du service pour définir une orientation socio-politique de la pratique et un modèle professionnel

explique qu'elles restent longtemps des "infirmières supérieures", poussées avec l'âge à abandonner partiellement les soins. Confrontées à un contexte technique (des soins et de la gestion) évolutif, elles adaptent leurs pratiques en fonction des événements quotidiens et de leurs connaissances empiriques du rôle et de la fonction de cadre acquis par compagnonnage auprès des collègues surveillantes.

On peut donc avancer que la diversité des candidats au diplôme d'infirmier est l'expression d'une double logique: celle de l'organisation hospitalière et celle des cadres infirmiers (soignants et enseignants) qui cherchent à élever le niveau de recrutement et à formaliser des pratiques, fixer des terminologies, définir les valeurs spécifiques des soins infirmiers gages d'une autonomie et d'une unité accrue permettant de dessiner une image consensuelle de l'infirmière et de sa fonction. A cet égard, les mouvements débutés à l'automne 1988 sont significatifs de l'importance que ce segment professionnel accorde au contrôle et à la légitimation de cette "idéologie professionnelle". Bien qu'il y ait plusieurs raisons contextuelles qui expliquent cette action collective des infirmières, il faut rappeler que la création de la coordination nationale des infirmières s'est mise en place grâce aux cadres infirmiers. Massivement suivie, cette lutte a été déclenchée par les enseignantes des écoles d'infirmières¹ contre la mise en application de l'arrêté Barzach de 1987 qui abaissait le niveau de recrutement des écoles. En ouvrant l'accès aux études d'infirmières aux non bachelières, il annulait le rôle des cadres dans le contrôle du recrutement et leurs efforts pour faire reconnaître au métier un haut niveau de compétences conformes au statut revendiqué de l'emploi. Par ailleurs, c'est aussi grâce aux

¹ Une directrice d'école d'infirmières l'évoquait en ces termes: "On a carrément mis les élèves dehors, au début je pense qu'elles ne comprenaient pas, mais elles n'avaient pas le choix elles devaient nous suivre (...), après tout c'était aussi pour la profession qu'on faisait ça (...) elles en profiteront aussi"

surveillantes que le mouvement a pu s'étendre et s'organiser. Les plus charismatiques d'entre elles ont été contactées individuellement par les enseignantes ou par les militants syndicaux adhérents à la Ligue Communiste Révolutionnaire afin de diffuser le mécontentement et d'organiser les modalités de la grève dans leur établissement. Sans cette mobilisation massive des cadres, des enseignantes et des militants de la L.C.R le mouvement de 1988 n'aurait non seulement pas pris la forme d'une coordination mais surtout il n'aurait pas eu plus d'impacts que les actions précédentes. En ce sens, ce mouvement laisse entrevoir autant le morcellement du groupe professionnel infirmier et son possible dépassement.

CONCLUSION : Quelle compétence infirmière ?

Le problème de la définition d'une sphère de compétence infirmière représente un enjeu pour la profession qui dépasse le cadre des soins curatifs. La définition officielle de l'exercice infirmier reconnaît un rôle d'auxiliaire médicale, l'exécution d'actes précis et plus récemment un "rôle propre".

"est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement"¹.

Cette loi, produit d'une dynamique interne au "milieu infirmier", impulsée par les cadres et les associations professionnelles consacre une relative autonomie de la profession infirmière et la reconnaissance d'un champ de compétences propres. Etape importante dans l'évolution de la pratique infirmière, cette extension symbolique de la fonction d'infirmière exprime la volonté de se dégager d'une fonction d'exécution et du contrôle du corps médical. Bien que ce texte ait entraîné l'émergence de travaux infirmiers portant sur le rôle propre (guides infirmiers, diagnostics infirmiers, dossiers de soins) qui légitiment un élargissement incontestable de la fonction d'infirmière, son domaine et ses conditions d'exercice restent définis à travers un catalogue d'actes. En d'autres termes, par rapport aux définitions antérieures de la pratique infirmière, ces attributions correspondent

¹ Loi du 31 mai 1978 portant modification aux articles L.473 à L.476 du Code de la santé publique relatifs à l'exercice de la profession d'infirmière.

principalement à une nouvelle extension du rôle délégué de l'infirmière, qui n'a cessé de s'étoffer depuis l'émergence de la profession.

Le flou et l'indétermination qui caractérisent le "rôle propre" compris comme un instrument d'affirmation de la spécificité des soins infirmiers, fragilisent le modèle des "soins infirmiers" et remettent en question sa capacité à fédérer les infirmières autour de pratiques et de valeurs communes. Cette démarche soutenue par l'administration hospitalière soucieuse d'améliorer sa connaissance de l'activité des services afin de servir sa gestion, a certes permis aux infirmières de réfléchir sur leurs pratiques mais sans en lever les contradictions. Après la reconnaissance d'une formation supérieure, d'un diplôme et d'un "rôle propre", la reconnaissance d'une qualification dégagée des qualités féminines et basée sur des savoirs spécifiques constitue l'objectif investi par les cadres infirmiers.

Dans ce cadre, la dynamique professionnelle engagée a contribué d'une part, à valoriser et à consolider le groupe des cadres dans sa fonction d'expertise, et d'autre part à élaborer une nouvelle idéologie professionnelle et à renforcer la cohésion du groupe infirmier. Comme le souligne F.Acker "la difficulté actuelle des infirmières est d'arriver à tenir ensemble deux rôles que l'imaginaire oppose: le rôle propre, l'exécution d'actes prescrits. Mettre l'accent sur le rôle propre "risque en effet de faire oublier que les infirmières tirent aussi leur spécificité de leur fonction d'intermédiaires. Etre un intermédiaire requiert des compétences propres, largement négligées dans les guides infirmiers"¹.

¹F.Acker, " La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire", Sciences Sociales et Santé, vol IX, n°2, juin 1991.

Si l'exercice infirmier est un monopole juridiquement garanti, l'éclatement des pratiques de soins entre actes délégués, techniques, relationnels et les situations de travail ne favorise pas l'émergence d'une communauté structurée. Au contraire la très grande variété des associations reproduit les multiples segmentations de ce champ d'activité. Quant au statut de la formation, bien que les derniers acquis en fassent un enseignement supérieur, le contenu des programmes fait plus souvent appel à des savoirs constitués qu'aux savoirs infirmiers dont le terrain constitue le principal lieu de transmission. Malgré l'émergence d'une hiérarchie infirmière et d'un groupe d'experts, l'exercice principalement salarié des infirmières rend particulièrement difficile l'établissement de cette légitimité. L'hôpital en tant que principal lieu d'exercice et de construction du métier d'infirmière, c'est aussi l'endroit où ce domaine de compétence apparaît le plus difficile à définir et à mettre en place.

La délégation des soins de base aux aides soignantes engendre un "conflit de frontières où la catégorie inférieure dispute aux infirmières non seulement les soins de base, mais plus généralement, le côté relationnel des soins infirmiers, refoulant l'infirmière dans un rôle plus technique"¹. De fait, et bien que de nombreuses différences subsistent, on peut avancer que le modèle de l'infirmière technicienne de soins apparu dans les années soixante-dix domine cette dimension relationnelle du soin qui est de plus en plus antinomique avec une pratique hospitalière éclatée voir industrialisée. L'appel croissant aux techniques nouvelles et à l'informatisation risque d'accentuer ce phénomène en centrant l'activité des infirmières autour des tâches de surveillance, de liaison, de gestion d'informations et d'actes techniques au détriment du rôle propre. Cette approche de l'emploi au

¹ A.Petit, "La profession d'infirmière un siècle de mutation", dans P.Aiach et D.Fassin (sous la dir.) Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Economica, 1994.

travers des modes de recrutements, la morphologie du groupe infirmier, sa féminité et sa conception des soins laissent entrevoir l'éclatement du groupe infirmier.

Comme nous venons de le voir, le "paysage professionnel infirmier" évolue et la réalité de ce groupe social est plus diversifiée que les derniers mouvements sociaux et certains travaux sociologiques le laissent à penser. Le modèle dominant de l'infirmière hospitalière qui a contribué à homogénéiser les pratiques et les discours risque de ne pas résister à ces évolutions. Conscient de ce phénomène, un militantisme professionnel introspectif tente de mettre en place les instruments d'une culture professionnelle¹ capable de transcender les clivages internes. En ce sens, la réforme de 1992, qui établit l'uniformisation des filières de formation (psychiatrique et infirmier en soins généraux) marque une étape symbolique dans cette recherche de cohésion et d'autonomie. Cependant, le morcellement de l'activité des infirmières et sa filiation institutionnelle avec le système sanitaire interfèrent directement sur l'orientation et les valeurs des pratiques soignantes.

Apparu divisé entre un modèle religieux et un modèle laïque, le métier d'infirmière a progressivement éclaté en fonction des spécialités, des statuts et des domaines de compétences. Cette subdivision verticale et horizontale du champ infirmier éprouve la cohésion du groupe infirmier. Il existe aujourd'hui plusieurs formes d'exercice du métier d'infirmières et plusieurs modèles professionnels, qui conditionnent fortement les pratiques, les discours et la socialisation professionnelle interdisant de fait toute analyse générique. Une infirmière peut exercer à l'hôpital, dans une clinique, en

¹ Je fais principalement référence aux travaux publiés dans la collection "recherche infirmière" aux Editions Lamarre-Poinat.

secteur psychiatrique, en entreprise, en secteur pénitencier, en libérale, pour une municipalité, une association, un ministère (éducation, armée, etc.) mais elle peut aussi devenir enseignante, surveillante, infirmière générale, directrice d'hôpital.

Qu'y a-t-il de commun entre une infirmière de réanimation, technicienne de soins entourée de monitoring et une infirmière de collègue qui joue un rôle d'interface entre élèves, enseignants, parents?. Comment comparer l'exercice quotidien d'une infirmière en entreprise et celui d'une infirmière libérale en concurrence avec des médecins généralistes sur le marché de la santé?. Au sein même du secteur hospitalier, il existe de nombreuses spécialités en fonction des pathologies, des publics et des secteurs. L'apparition récente d'une hiérarchie infirmière qui participe à la gestion du coût des soins en mettant en place des indicateurs et des procédures d'évaluation renvoie à l'éclatement des infirmières hospitalières autant qu'à l'institutionnalisation d'un segment professionnel en tant qu'expert en soins infirmiers. Souvent placés dans une position ambiguë et conflictuelle vis à vis des personnels, ces cadres infirmiers cloisonnent l'activité soignante en différents niveaux opérationnels, fonctionnels, organisationnels et gestionnaires. Cette approche caractéristique de la rationalité économique et bureaucratique produit une sectorisation des intervenants (ASH, AS, IDE, surveillante de soins) rendant plus floue la finalité du travail infirmier.

D'autre part, les relations entre ces différents segments sont souvent marquées par des conflits ou des tensions. Ce fut le cas à propos de l'harmonisation des compétences entre les infirmiers psychiatriques et les hospitalières. Elles sont aussi repérables entre les hospitalières et les

infirmières de secteur (libérales et associatives chargées du suivi d'un patient après son hospitalisation), les enseignantes et les surveillantes sur la gestion des unités, les infirmières de bloc et les infirmières de soins notamment à propos de l'évaluation des élèves. L'activité des infirmières apparaît fragmentée selon les caractéristiques du système de santé, (public/privé, hospitalier/extra-hospitalier, psychiatrique/soins généraux, libéral/salarié,) qui conditionnent son exercice, les conceptions des soins infirmiers (techniques/relationnels) et orientent les pratiques. En d'autres termes, il n'existe pas un "idéal-type" de l'infirmière fut-il fortement différencié, mais bien des infirmières, dont les modes de socialisation professionnelle, les pratiques, sont ancrés dans l'histoire, les trajectoires et les interactions dynamiques qu'elles vivent. Cette remarque peut d'ailleurs s'appliquer à d'autres métiers érigés en modèle professionnel comme les médecins qui subissent des transformations remettant en cause la suprématie du modèle hospitalo-universitaire, la hiérarchie médicale, leur légitimité et domaines de compétences.

Dans ce cadre, le problème qui se pose au groupe professionnel infirmier consiste à définir une sphère de compétences suffisamment large pour y intégrer les pratiques qui s'exercent dans et autour du domaine des soins curatifs et suffisamment détachées des pratiques médicales. Ce dilemme se trouve particulièrement bien éclairé par la comparaison que l'on peut établir entre la pratique hospitalière et celle des infirmières scolaires. Dans le milieu hospitalier, la compétence se définit en référence à des critères médico-organisationnels, tels que la maîtrise, la rapidité et l'adaptation des gestes techniques auxquels est subordonnée la dimension relationnelle. Dans un secteur de réanimation c'est la technicité qui prédomine à la relation de soin, le bien-être de la personne, son état

psychologique font partie de "l'hôtellerie"¹. Au contraire dans le cadre scolaire, la finalité des pratiques de soins procède moins d'une référence au domaine thérapeutique hospitalier qu'à celle de l'enseignement caractérisée par des actions d'information, d'éducation, d'écoute, de soins courants et de surveillance de l'état de santé des élèves. Pour l'infirmière scolaire, les soins classiques servent de support ou de prétexte à l'écoute et l'accompagnement psychologique. Ces deux formes inversées d'exercices, traduisent une partie des difficultés rencontrées par les militantes professionnelles dans la construction d'un modèle de pratiques qui prenne en compte cette diversité tout en développant une "prise en charge globale"² à la fois technique et relationnelle. Au delà des problèmes pratiques et théoriques cette tentative de définition d'une "nouvelle pratique", infirmière doit aussi faire face à la concurrence des groupes professionnels voisins plus spécialisés. C'est le cas par exemple des psychologues dans le cadre de la santé scolaire et des médecins généralistes ou spécialistes de la douleur qui, dès 1975 se donnaient les mêmes orientations et tentaient de s'éloigner du modèle universitaire.

Cependant, le caractère central de l'hôpital dans la genèse, l'emploi et la formation montre qu'il constitue un lieu central des transformations du métier d'infirmière. Majoritairement salariées des hôpitaux, les infirmières diplômées d'état (environ trois IDE sur quatre) revendiquent un nouveau rôle, distant des spécialités médicales, basé sur le modèle des soins intégraux diffusé par le biais de formations pluralistes dans les instituts en soins infirmiers et les écoles de cadres. Cette conception des soins et de la

¹ Dans les secteurs à haut coefficient de technicité, bloc opératoire, réanimation etc., tout ce qui relève de l'activité des unités de soins est considéré comme relevant de l'hôtellerie, c'est à dire dénué d'intérêt.

² L'exemple le plus formalisé de cette "prise en charge globale" des patients se trouve dans les diagnostics infirmiers.

place occupée par les infirmières dans la division du travail s'est construite en réaction à la standardisation croissante des soins hospitaliers, réduisant le travail infirmier à l'application d'actes sériels. Bien qu'il soit difficile d'estimer l'importance de "la poussée hospitalière", l'organisation bureaucratique, l'autonomie professionnelle, la subdivision verticale et horizontale des tâches et la cohésion professionnelle apparaissent comme des aspects importants dans la structuration du groupe professionnel infirmier. Les mouvements sociaux et l'émergence du "groupe inducteur"¹ des cadres infirmiers renforcent ces processus qui renvoient autant à l'émergence d'un corpus idéologique et d'un langage commun qu'à la cohésion du groupe professionnel infirmier.

Tenter d'appréhender cette diversité par une étude sociologique ressemble fort à une promesse illusoire, compte tenu des données disponibles, des situations professionnelles et des particularités liées aux soins. Si il est vrai que la majorité des infirmières est au niveau du statut et de la rémunération, assez proche des travailleurs de la classe moyenne (instituteurs ou des cadres administratifs moyens), cette seule catégorisation ne suffit pas pour définir et prendre en compte toutes les spécificités de ces "professionnelles de première ligne". D'autre part, le résultat du travail infirmier ne peut se limiter à la production d'une marchandise: le soin. Il s'agit pour la soignante d'intervenir physiquement, socialement et psychologiquement sur un être humain afin d'assurer le maintien et la continuité de sa vie. Le métier de l'infirmière est donc de l'ordre de l'événementiel et du relationnel. Comme pour les enseignants, leurs

¹ Cette expression est celle de M.Simon, "Les attitudes politiques ouvrières dans le département du Nord", *Cahiers internationaux de Sociologie*, 1961. Par groupe inducteur, il faut entendre: "Un groupe social est inducteur au sein d'une population lorsque, en raison de sa prégnance militante d'une part, et d'autre part, de l'homologie existant entre son éthos et celui de la population concernée, il entraîne la constitution de pratiques sociales orientées au sein de cette population".

pratiques sont "éminemment composites, à dosage variable d'activités rationnelles en valeur, rationnelles en finalité, affectives et traditionnelles"¹. Toute réflexion sur ce type de métier se doit de prendre en considération les spécificités, la multiplicité et le caractère complexe du groupe observé. Ceci exige une approche particulière, décentrée de l'étude des professions en tant que groupe ou communauté prenant en compte essentiellement les aspects qualitatifs non mesurables de leur activité et les aspects hypertrophiés, complexes et délicats des rapports humains, tant entre les usagers et les soignants qu'entre les personnels eux-mêmes.

¹ L.Demilly, Le collègue. crise, mythes et métiers, Lille, P.U.L., 1991.

PARTIE 2

QUELQUES POINTS DE REPERES POUR UNE

APPROCHE

SOCIO-HISTORIQUE DE L'EXERCICE

INFIRMIER.

Les sociologues et les historiens ont approfondi notre connaissance de l'institution sanitaire et des métiers de la santé. Ces dernières années, les travaux qui portent sur les infirmières posent un regard attentif sur le passé, sur l'évolution des techniques et des idéologies qui ont façonné l'infirmière contemporaine.

Pour A. Petitat¹, l'exercice infirmier conserve une filiation avec les notions de don, de sacrifice de soi, d'humilité, de soumission aux pouvoirs de la médecine et de l'administration. Laïques, religieuses et hospitalières "s'inscrivent dans un univers mental similaire, fortement marqué par des principes moraux verticaux, par une confusion des principes de la vie privée et de la vie professionnelle, par une logique immémoriale de don communautaire, teinté de patriotisme ou de religion"².

C'est aussi à travers cette histoire parfois mythique de la femme soignante que des cadres infirmiers et des historiennes tentent de définir une nouvelle identité infirmière. La thèse la plus fréquemment défendue est celle de l'existence d'un savoir-faire "populaire et naturel" dont les femmes soignantes ont été dépossédées par un pouvoir masculin représenté par les prêtres puis par les médecins. La construction de la profession d'infirmière renvoie alors essentiellement à un contrôle accru exercé par les médecins sur les activités sanitaires et à une délégation successive des soins aux femmes, aux femmes consacrées puis aux auxiliaires médicales. L'attribution de rôles, de tâches et l'exigence de prestations centrées sur la personne qui caractérise cette profession correspond alors aux stéréotypes des rôles traditionnels de la femme dans la sphère familiale. Dans la

¹ A. Petitat, Les infirmières, de la vocation à la profession, Montréal, Boréal, 1989.

² A. Petitat, "La profession d'infirmière. Un siècle de mutations", dans P. Aïach et D. Fassin (sous la dir.), les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Economica, 1994.

division du travail hospitalier, "sages-femmes, infirmières et aides-soignantes sont cantonnées dans les seconds rôles, alors que l'essentiel du travail repose sur elles"¹. D. Kergoat² et son équipe éclairent et confirment le caractère central de la question de la relation salariale et de son contenu dans la construction du métier d'infirmière. A travers son analyse de la coordination, elle montre que le rapport des infirmières à leur activité a été historiquement fondé sur la notion d'engagement moral et non sur la reconnaissance du lien salarial qui les unissait à l'hôpital. Sans réduire ce mouvement à la montée du salariat féminin, il est indéniable que l'attachement de ces femmes à la "relation de service" lui a donné un caractère profondément novateur. Se "battre simultanément pour que leur travail soit payé convenablement, pour qu'il soit de plus en plus intéressant et pour que sa fonction sociale soit reconnue et développée, voilà qui est subversif: on veut tout à la fois un travail à forte valeur d'échange et un travail à forte valeur d'usage, et l'on refuse de négocier un aspect au détriment de l'autre".

De nature différente, ces approches aboutissent au même constat: la profession d'infirmière traverse "une crise qui se nourrit des contradictions auxquelles la pratique infirmière se confronte depuis le début de sa professionnalisation"³. Médicalisée, hiérarchisée et hospitalisée la fonction d'infirmière demeure une fonction d'exécution délimitée de façon résiduelle par une médecine masculine d'un côté et par des pratiques défensives des aides-soignantes de l'autre. Sans autonomie, les infirmières seraient confrontées à un processus de "déqualification-surqualification" résultant

¹ J. Gélis, La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie, Paris, Fayard, 1988.

² D. Kergoat, F. Imbert, H. Le Doare, D. Senotier, Les infirmières et leur coordination: 1988 - 1989, Paris, Lammarré, 1992.

³ B. Bon-Saliba, "Le temps de la reconnaissance", dans J. Saliba, B. Bon-Saliba, B. Ouvry-vial, Les infirmières. Ni nonnes, ni bonnes, Paris, Syros, 1993.

d'une "taylorisation" des soins hospitaliers. Il est vrai que le fonctionnement de l'hôpital se prête fort bien à une lecture socio-technique sur laquelle se greffe un ensemble composite de représentations ou de fantasmagories liées aux soins, aux rôles des infirmières, à la hiérarchie des savoirs, à la domination masculine qui renvoient à une soumission inconsciente de ces femmes aux malades, aux médecins, à l'administration. De là, découle une vision synoptique des pratiques des infirmières qui fait de la maîtrise des techniques, de la structuration d'un champ de compétences propres, de la recherche en soins infirmiers des signes de la professionnalisation des infirmières. Signes contrariés par le fonctionnement traditionnel des services hospitaliers.

"Métier de femme par excellence, il s'exerce dans un milieu extrêmement masculin. Les hôpitaux en France sont encore dominés par une vision militaire du monde, un modèle très hiérarchique (...) La visite du "patron" est un rituel où s'étale cette hiérarchie (...) Le patron est ce personnage central, total, entouré de femmes, comme il convient selon les lois de la distinction sociale"¹. Il y a certes quelque chose d'essentiel dans la division sexuelle des statuts et des rôles, telle qu'elle est évoquée par P.Bourdieu². Rôle à la fois spécialisé dans le maternage, la douceur, le dévouement et subordonné dans le statut d'auxiliaire qui aide, passe les pinces et essuie le front du patron révééré. Au fond un modèle domestique dont les analogies avec le travail domestique de santé des femmes ne sont sans doute pas fortuites³. Mais sans remettre en cause la validité de ces

¹ P. Bourdieu, entretien publié dans *télérama* à propos de la domination masculine, *Télérama*, n° 2533, 29 juillet 1998.

² P. Bourdieu, *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998. A cet égard, il est vrai que l'on imagine des chefs de service épousant des infirmières et moins aisément une "doctoresse" épousant un infirmier.

³ G. Cresson, *Le travail domestique de santé*, Paris, L'Harmattan, 1995.

analyses, il faut aussi reconnaître que l'on ne traduit là qu'en surface un mode de fonctionnement éminemment plus nuancé et différencié.

C'est notamment ce que relèvent les approches interactionnistes des services hospitaliers. Dès lors, le rituel "tour du patron" entouré de ses stagiaires médicaux et parfois d'une infirmière donne à voir plutôt des rapports maître/élèves, un jeu souvent cruel où le dominant fait valoir la force de son statut et de ses compétences scientifiques vis à vis des jeunes prétendants. Jeu dans lequel l'infirmière n'est pas absente et dont elle profite pour affirmer sa légitimité et son pouvoir vis à vis des stagiaires médicaux. Que le chef de service soit une femme, que le public soit majoritairement composé d'hommes ou de femmes a relativement peu d'incidence. Si le tour dépasse quinze minutes, les joueurs s'éclipsent, individuellement ou par petits groupes, non pas par dépit mais parce que ce n'est pas dans cette partie que se joue l'essentiel de leur activité. Le "grand patron" se retrouve alors seul avec "l'aide-soignant sociologue" qui pousse le chariot des dossiers pour légitimer sa présence.

Difficile aussi de voir à travers la virulence des propos échangés et les conflits (concernant la prise en charge des patients, la gestion du flux des entrées/sorties), des rapports sociaux de sexe ou une forme de productivisme dont le médecin serait l'instigateur quand tout concourt à montrer qu'il s'agit de logiques professionnelles, de représentations des soins et de l'institution qui divergent, se rencontrent ou s'opposent¹. Enfin, comment évoquer la diffusion des techniques dans la pratique des infirmières selon le principe de la délégation (d'actes médicaux dévalués)

¹ Dans un service de chirurgie, les praticiens continuent à accepter le "tout venant" car ils estiment que c'est aussi le rôle d'un CHU d'être un établissement de proximité. A contrario, les infirmières, les surveillantes et la direction luttent pour obtenir une sélection des patients.

quand les infirmières sont les seules professionnelles au lit du malade à posséder les compétences nécessaires à leur accomplissement¹. Dès lors, le sociologue a beau jeu de confronter ces comportements au travail avec les analyses socio-techniques et ainsi de démasquer le déterminisme, la rigidité là où il ne relève que l'indéterminisme, l'adaptation et les capacités d'acteurs à intervenir dans les situations de travail.

Ayant privilégié l'observation participante, j'ai été confronté rapidement aux limites de ces approches unilatérales et symétriques du travail hospitalier. Car s'il est vrai comme le dit J. Peneff, que la description des comportements au travail ne permet pas de repérer une quelconque "ruse du capitalisme"², elle soulève des questions et reste aveugle en ce qui concerne le rapport entre l'interaction et la relation objective au monde extérieur. C'est donc à la fois pour repousser ces limites et répondre à certaines de ces questions que j'ai tenté de mieux cerner la position de l'hospitalière par rapport aux transformations du champ sanitaire. Il s'agit donc d'approcher les modèles praxéologiques, leurs logiques et les modes sociaux de traitement descriptif et normatif de l'exercice infirmier. Mais recourir à ce type d'approche, c'est s'exposer aux problèmes de méthodes liés à une analyse "secondaire" qui mêle les données du chercheur et celles des travaux utilisés³. En d'autres termes, c'est courir le risque de ne produire qu'une succession plus ou moins ordonnée d'idées préconçues ou de reproduire une analyse globale du champ sanitaire qui résume les réalités

¹ Sur ce point, voir la partie suivante et notamment le rôle de l'infirmière dans la formation des futurs médecins généralistes.

² J. Peneff, *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992.

³ Nous n'avons pas la prétention d'échapper à ce risque. La solution adoptée a été, dans la mesure du possible, de croiser les sources d'informations: documents originaux, travaux d'historiens, de chercheurs en sciences humaines, entretiens recueillis auprès d'augustines, d'anciens médecins hospitaliers, de soignants encore en exercice.

sociales à un concept synthétique¹. Aussi, il ne s'agit pas ici de refaire l'histoire du métier d'infirmière, de l'institution, ou des soins mais de répondre à la nécessité de situer l'objet dans le temps long. En ce sens, les deux premiers chapitres doivent être considérés avant tout comme des pistes interprétatives destinées à montrer dans le présent les traces du passé.)

Aujourd'hui, l'Etat emploie plus de la moitié des Infirmières Diplômées d'Etat. Il est donc le principal interlocuteur du groupe professionnel infirmier aussi bien pour l'emploi, la réglementation que la formation. Caractérisée par la réglementation progressive de l'exercice infirmier, la structuration d'une formation et son contrôle par l'Etat, l'essor de la fonction d'infirmière est directement lié aux objectifs de politique sanitaire poursuivis par les pouvoirs publics à partir de la fin du siècle dernier. L'émergence de l'institution hospitalière, l'extension progressive de la protection sociale et l'évolution des techniques médicales ont fait de l'infirmière une salariée d'hôpitaux que le mode d'organisation et de gestion rapproche aujourd'hui des entreprises industrielles.

Dans ce cadre, la compréhension des différents processus de construction sociale du métier d'infirmière nécessite un élargissement de l'angle de lecture pour intégrer les contraintes même du mode d'exercice et les processus d'imposition symbolique légitimes de la définition du métier. La production sociale de ce métier relève alors de l'efficacité des

¹ On pense ici au concept de "biopolitique" de M.Foucault qui veut insister sur les attitudes volontaristes à l'égard de la vie et de la mort. Mais les pratiques médicales du 17^{ème} siècle sont aussi (pour certaines au moins) des actes subversifs sinon révolutionnaires. La "leçon d'anatomie" de Rembrandt et Descartes réfugié en Hollande découvrant "l'arc réflexe" en sont des exemples. Au 19^{ème} siècle, l'avènement de la physiologie (Bichat), de la sémiologie (Laennec), de la pathologie (Cruveilhier) qui fondent la méthode anatomo-clinique, puis C.Bernard avec la méthode expérimentale et la notion d'homéostasie, enfin Pasteur et la médecine sociale qui poursuit la voie ouverte par Jenner en 1796 avec la systématisation de la vaccination antivariolique renvoient à des réalités multiples qui ne peuvent être subsumées sous un concept unique ou appréhendées en terme de rapport de pouvoir et de stratégies.

représentations, des mots, des théories qui contribuent à faire l'ordre social tout autant que des mutations de la production, de la diffusion et de la hiérarchisation des savoirs professionnels dans le champ sanitaire.

Pour autant, s'il y a une mémoire de la fonction d'infirmière à mobiliser pour comprendre son actualité, les mouvements de sécularisation, d'institutionnalisation et de rationalisation du champ sanitaire ne sont pas uniformes. Les mutations de l'institution hospitalière, l'intervention des partenaires sociaux, des groupes professionnels et de l'Etat afin de délimiter les fonctions et la pratique des infirmières ne peuvent être considérées comme des formes de causalité sociale. En d'autres termes, la production sociale des pratiques de soins et les modèles professionnels obéissent mal au décret et semblent plutôt s'inscrire dans une dynamique propre.

Envisagée sous cet angle, l'histoire du métier d'infirmière laisse entrevoir les enjeux et les rapports de force qui se jouent pour l'imposition de la définition légitime de la fonction d'infirmière. En paraphrasant P.Bourdieu, on peut dire que l'existence et la dynamique du métier d'infirmière est corrélative de l'existence d'enjeux et d'intérêts spécifiques¹. Les éléments rassemblés permettent alors de dessiner trois logiques d'actions² qui renvoient non seulement au contexte (politique, économique et idéologique) dans lequel elles émergent, prennent forme et se transforment mais aussi aux conditions sociales de leur production. C'est à

¹ P.Bourdieu, Question de sociologie, Edition de Minuit, 1980.

² Cette conception des logiques d'action est inspirée conjointement de O.Kuty, "Les innovations scientifiques dans le champ sanitaire (1750-1825)", Sciences Sociales et Santé, n° 3-4, septembre 1983 et des travaux de L.Demilly, Le collègue crise mythes et métiers, Lille, PUL, 1991. Cependant son utilisation dans le cadre d'une approche socio-historique:
- n'autorise pas la finesse à laquelle parvient L.Demilly quand elle définit les différents "agencements symboliques de mobilisation professionnelle";
- s'écarte du travail de O.Kuty qui voit dans les stratégies des moments de cristallisation de ces logiques d'action.

dire aux agents sociaux porteurs de ces logiques, à leurs représentations du système, de ses contraintes, aux "zones d'initiatives", aux alliances, aux compromis et aux modifications possibles. Chacune des tentatives collectives d'élaboration et de construction de la fonction soignante compose un agencement de conduite qui définit des modes d'organisation, oriente la pratique et traduit dans le champ sanitaire un projet global de société. Dans ce champ se rencontrent les groupes porteurs de pratiques en matière d'assistance, de santé ou de maladie mais aussi les acteurs politiques dont l'investissement contribue à sa recomposition autour d'une définition du fonctionnement légitime de l'institution sanitaire. En d'autres termes, ce champ n'existe que parce que produit par des logiques d'actions qui se rencontrent, laissant apparaître des systèmes de relation liant des acteurs occupant des positions de classe différentes. Reconnaître cette dimension stratégique fait des infirmières des agents actifs des transformations du champ des soins infirmiers et plus généralement du champ sanitaire. Sans réduire les pratiques de soins des infirmières à un calcul stratégique au sens de "l'homo capitalisticus", cette démarche établit des liens entre les systèmes de production symboliques, les dispositions, les stratégies et l'histoire institutionnelle des soins aux malades. C'est sur cette frontière toujours floue entre les métiers, les fonctions et les rôles, que s'élaborent les systèmes symboliques, les modèles professionnels et les voies possibles d'un changement.

Pour cela, nous allons montrer les rapports entre la structuration du champ assistantiel et l'émergence d'une activité sociale qui fait du travail de relation un des supports de la logique d'action traditionaliste. De par ses bases socio-culturelles et sa spécificité fonctionnelle, ce travail de relation légitime l'emprise des congrégations sur les institutions hospitalières et

permet de comprendre qu'elle ait perduré bien au delà de la laïcisation des institutions hospitalières¹.

Bien que la logique d'action traditionnaliste se soit particulièrement bien mariée avec la science médicale, le nouveau système de rationalité qui se met en place dans les hôpitaux mine progressivement la logique d'action traditionnaliste. Simultanément, l'hôpital sanitaire change de raison sociale et le travail de relation laisse la place à un service professionnalisé qui s'affranchit de la morale du sacrifice et du don de soi. C'est dans ce contexte caractérisé par un interventionnisme dans les choses de la santé qu'émerge la forme contemporaine de la fonction d'infirmière. Issue d'une confrontation entre une logique d'action bureaucratique et une logique d'action empirique, l'infirmière devient une dispensatrice qualifiée de soins. Salariée d'une structure bureaucratique, elle fait l'apprentissage de ce qui est en train de devenir un métier comme un autre et découvre les ambiguïtés d'un mode d'exercice lié aux mutations de la production des soins et à la transmission des connaissances. Aussi la période contemporaine se caractérise avant tout par une logique d'action instrumentale caractérisée par des formes plus ou moins abouties de mobilisation professionnelle autour du rôle des technologies et des outils de gestion. C'est dans ce contexte que des cadres infirmiers tentent de rassembler les infirmières autour d'un langage commun instrumentalisé par les outils et les méthodes en soins infirmiers. Basé sur un retour à la relation caractérisé par une certaine forme de fétichisme de la fonction soignante, cet "agencement symbolique de mobilisation professionnelle"² demeure instable. Lié aux potentialités ouvertes par la révolution informationnelle qui traverse l'hôpital stratégique,

¹ Dans une certaine mesure, on peut penser qu'il est encore présent aujourd'hui à travers certains objets ou sous des formes symboliques.

² L. Demailly, Le collègue, crises, mythes et métiers, op.cit, 1991

il laisse entrevoir de nouvelles orientations des pratiques de soins tout en accentuant les logiques centrifuges, les cercles vicieux.

CHAPITRE 1

La logique d'action traditionaliste ou le travail de relation comme mode de légitimation de l'emprise des congrégations dans le champ du social-assistantiel

Si la physique, la chimie ou l'astronomie ont acquis rapidement une certaine autonomie à l'égard des conceptions religieuses, il n'en a pas été de même avec les questions de santé. La question est de savoir pourquoi ce recul des conceptions traditionnelles de l'église catholique a été aussi lent dans le champ des soins infirmiers. Comment expliquer que l'exercice infirmier ait dû attendre le début du XXe siècle¹ pour être reconnu comme un métier et non plus comme un engagement à caractère vocationnel. Bien qu'il soit abusif de faire remonter l'histoire de la fonction d'infirmière jusqu'aux servantes et aux soeurs hospitalières tant la spécificité de ces institutions communautaires religieuses et médiévales supportent mal les comparaisons, nous pensons néanmoins qu'il est indispensable de donner quelques points de repères. Aussi, les pages de ce chapitre correspondent avant tout à une relecture contextualisée d'un aspect important des pratiques d'assistance et de santé des soeurs dans le champ sanitaire: le travail de relation.

La logique d'action traditionaliste apparaît comme un système d'action dans lequel sont étroitement intriqués des visions du monde, des croyances religieuses, des intérêts organisationnels et financiers qui ont prévalu bien

¹ Il faut attendre 1902 pour que le ministre Combe définisse officiellement la conception de l'infirmière et 1943 (loi du 15 juillet 1943), sous le régime de Vichy, pour qu'apparaisse la première définition de la profession d'infirmière. Une définition qui porte un certain nombre d'ambiguïtés.

au delà de la laïcisation des institutions hospitalières. Cette logique d'action comprise comme un agencement de conduites et de représentations qui définit des modes d'organisation et oriente l'action des soeurs est traditionaliste car elle se caractérise par :

- l'attachement à un ensemble de représentations chrétiennes qui oriente les pratiques dans un système où les biens matériels et symboliques sont étroitement liés.

- des attitudes conservatrices qui tentent de maintenir les arrangements institutionnels dont la disparition aurait entraîné une perte de pouvoir et de statut pour ses représentants.

Elle s'organise et prend sens dans le champ du social-assistantiel qui fait de la relation ou de la dimension relationnelle le support actif (voir exclusif) de pratiques à fonction protectrice ou "intégrative". Dans ce cadre, la relation ou cette forme particulière de travail de relation présente un certain nombre de caractéristiques formelles. D'une part, il résulte d'une forme d'intervention des membres de la société d'assistance mandatés pour le réaliser (les soeurs hospitalières). Ce mandat implique la délimitation d'une sphère d'intervention spécifique, une localisation infra ou extra-institutionnelle et suscite l'émergence d'un personnel spécialisé pour le mettre en oeuvre (prieures, sous-prieures, discrètes, professes, filles blanches). D'autre part, et bien que l'on ne puisse véritablement parler d'une spécialisation exclusive ou d'une formation professionnelle spécifique, le mandaté est contraint de construire des catégories de population pour guider son action. Il lui faut un minimum de savoirs et de connaissances sur les populations concernées, sur les manières de les prendre en charge ou de les exclure de la prise en charge. Enfin, ce travail de relation n'est possible qu'à

la condition d'être soutenu par un réseau de valeurs (esprit d'abnégation, sens du devoir, de l'obligation), de symboles et de rites qui lui donne sens.

Finalisée à l'intérieur et à l'extérieur des établissements par le travail des communautés religieuses, c'est autour des enjeux que recouvrent la gestion et l'administration des Hôtels-Dieu puis des hôpitaux généraux, que la logique d'action traditionaliste est la plus visible. Nous allons successivement étudier sa base idéologique, les acteurs porteurs de la logique d'action traditionaliste et les raisons qui expliquent son déclin relatif dans le champ sanitaire.

1. Sa base idéologique et culturelle

Cette logique d'action s'articule autour d'une conception des soins habitée par la doctrine augustinienne. Fondée sur la croyance que "la santé du corps dépend de la santé de l'âme", cette conception dénie l'interrelation corps-esprit et pose le primat de la scolastique sur l'observation empirique. Inspirée par la théologie des prêtres et des clercs détenteurs de la pensée lettrée, elle donne la suprématie à l'esprit et relègue le corps impur source de maléfices. Entièrement sous l'égide de l'église, puis contrôlée par elle, la pratique de la médecine se développe à travers ce savoir spiritualiste et selon les limites prescrites par le dogme chrétien. Soumis au célibat jusqu'en 1452, les médecins n'ont d'ailleurs pas le droit d'exercer sans l'assistance et le conseil d'un prêtre, ni de soigner les malades qui refusent de se confesser¹. Aussi, pendant les deux millénaires qui vont d'Hippocrate au XVIII^e siècle, les relations médecins-malades resteront régies par trois

¹ B. Ehrenreich, D. English, "Sorcières, Sages-femmes, Infirmières", Les temps modernes, avril 1978. En 1566, le pape Pie V rappellera aux médecins de cesser de soigner un malade qui après trois visites, ne s'est pas confessé, et ce principe deviendra une obligation légale par déclaration royale en 1712.

principes: le patient doit honorer les médecins qui détiennent leur autorité d'un pouvoir divin; ils doivent avoir confiance en eux; ils doivent leur obéir¹. Certes, les souffrances sont atténuées par l'utilisation des plantes médicinales, mais on soigne aussi les mutilations, les difformités ou les misères corporelles car elles sont perçues comme des plaies spectaculaires dont la plainte s'élève vers Dieu.

Dans ce cadre, les soins directs au corps ne deviennent possibles qu'à la double condition: d'être perçus comme des supports de soins spirituels et de ne s'adresser qu'aux corps misérables à l'image du Christ souffrant dans sa passion. Cette représentation chrétienne du malade fait de la relation charitable au malade un espace de pratiques où les biens symboliques et matériels sont indissociablement liés dans une économie du salut. Les dons aux pauvres ou aux "oeuvres de miséricorde" constituent alors une valeur d'échange avec Dieu. "Ainsi s'établit un commerce entre le riche et le pauvre au bénéfice des deux parties: le premier fait son salut grâce à sa pratique charitable, mais le second est également sauvé, s'il accepte sa condition"². Cette mystique du rachat caractérisée par une double réciprocité transcendante et matérielle fait des associations ou des congrégations religieuses, les mandataires d'une économie politique de la charité. Essentiellement instrumentalisée par la redistribution matérielle et les recommandations, la relation charitable permet une implication totale des donateurs à travers le dévouement et la consécration religieuse.

¹ Bien qu'il soit abusif de réduire les interactions médecin-malade à ce déterminisme, on peut légitimement penser que cette conception est intervenue pour retarder la reconnaissance du patient comme sujet d'action thérapeutique et non pas comme objet.

² R. Castel, Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat, Paris, Fayard, 1995.

Selon une démarche sacrificielle inscrite dans cette mystique, donner, se donner et recevoir en grâce surnaturelle se vit comme une mise à l'épreuve de la foi. Ainsi, en période d'épidémie, le don-sacrifice à Dieu par la relation charitable ouvre l'accès au statut de martyr pour les vierges ou les veuves. A l'image des grandes dames romaines comme Parcella Paula et Fabiola qui se convertissent et transforment leur palais en asile pour malheureux au nom de la charité chrétienne, l'Eglise façonne un modèle vocationnel qui exalte la virginité et la chasteté. Ces vertus garantissent à l'Eglise l'intériorisation d'un solide système de valeurs qui construit un capital symbolique et idéologique, légué aux femmes. Cette logique de la vocation s'établit alors en système de domination qui prédispose les femmes à accepter et éventuellement revendiquer cette spécialisation socialement et sexuellement constituée. Mère de dieu, servante du seigneur ou mère idéale, elles expriment leur vocation à travers leur pratique d'assistance dans le respect des rituels religieux. Le terrain assistantiel et plus particulièrement les institutions de charité offrent alors à ces pieuses servantes de Dieu un espace de pratiques produit et contrôlé par la croyance et la dévotion. Pour une partie de ce personnel, la démarche religieuse se fonde avec le dévouement aux malades et implique une imbrication étroite entre être et faire, entre faire et amour du prochain. Cependant, l'unité des représentations de ces femmes, porteuses de symboles à travers leurs pratiques assistantielles n'appelle pas un rapport féminin au travail de relation.

De façon plus générale, les institutions d'assistance sont desservies par des associations libres de soeurs et frères qui se consacrent gratuitement au service des malheureux mais aussi par des serviteurs ou des servantes à "gages" qui font partie du personnel permanent de l'église. La majorité du

personnel servant est laïque. Souvent issue des campagnes¹, ou de l'institution elle-même (assistés devenus marguilliers), il trouve dans cette activité un moyen de subsistance. Ce sont les mêmes nécessités qui conduisent les jeunes filles et les veuves dans les internats réglementés par les établissements hospitaliers au début du XXe siècle. Domicilié avec les malades, ce personnel peu formé remplit essentiellement des tâches domestiques ou de surveillance qui constituent avec les rites religieux, l'essentiel de la prise en charge assistantielle. Concernant d'abord le prochain menacé d'éloignement social et incapable de subvenir à ses besoins (matériels, vitaux, spirituels), cette prise en charge suppléée d'une manière organisée et plus ou moins spécialisée aux carences de la sociabilité primaire.

En ce sens, la représentation chrétienne des soins et la logique de la vocation constituent des préalables au travail de relation mais son imposition dans le champ assistantiel renvoie:

- à l'institutionnalisation de la prise en charge des malades et des indigents qui fait de l'Eglise la principale administratrice de la charité justifiant sa prééminence sociale et ses privilèges²;
- aux comportements stratégiques des congrégations religieuses mandatées pour faire fonctionner ces institutions.

2. Les bases sociales du travail de relation

En premier lieu, le sens objectif du travail de relation est lié à l'avènement des institutions d'assistance. L'état du champ assistantiel de la

¹ La France est demeurée un pays essentiellement rural jusqu'au début du XXe siècle. Voir sur ce point P. Pinchemel, *La France. Milieux naturels, populations, politiques*, Paris, A. Collin, 1980.

² R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, op.cit, 1995.

fin du XIII^e siècle démontre que son exercice est devenu une sorte "de service social local auquel collaborent toutes les instances qui partagent une responsabilité dans le bon gouvernement de la ville"¹. Les composantes structurelles du champ de l'assistance, compris comme un agencement complexe entre différents acteurs privés, publics, religieux, laïcs, prédominent sur la qualité des ressources disponibles pour le faire fonctionner. L'institutionnalisation, la spécialisation et dans une certaine mesure la technicisation de cette prise en charge va modifier sensiblement son agencement, mais pas sa nature.

La notion d'hôtel-Dieu résume à elle seule, non seulement le lien de subordination de l'institution hospitalière à l'Eglise, mais également la prépondérance de l'aide aux pauvres sur le service aux malades. En d'autres termes, la préoccupation constante du pouvoir politique demeure la nécessaire stabilité du régime face à l'extension d'une pauvreté que l'on cherche à organiser et à rééduquer. Dans ce cadre, la multiplication des hôpitaux répond à des préoccupations spirituelles mais surtout elle devait permettre de protéger une population de nantis contre une population d'indigents. L'intervention à partir du XVI^e siècle du pouvoir royal qui tente d'imposer une laïcisation des institutions hospitalières, s'accompagne certes d'une spécialisation en établissements de soins, mais celle-ci correspond principalement à une nouvelle catégorisation des indigents.

Le "grand enfermement" comme l'a nommé M.Foucault² consiste principalement à accueillir les malades et les indigents disciplinés. Aussi, il ne dément pas ce mode de prise en charge, mais constitue une reformulation contextualisée de l'assistance autour des fonctions d'hébergement et de

¹ R.Castel, Les métamorphoses de la question sociale, op.cit, 1995.

² M.Foucault, Histoire de la folie à l'âge classique, Paris, Gallimard, 1972.

rééducation. Le travail forcé entrecoupé de prières doit avant tout permettre au reclus de reprendre une place dans la communauté en participant directement au fonctionnement ou à l'activité économique générale (filature, agriculture, etc.) des établissements. Placés sous le contrôle administratif de l'Eglise, les hôpitaux sont gérés par un ecclésiastique séculier ou laïc qui peut faire assurer sa charge par un remplaçant qu'il paye en gardant pour lui la plus grande part des bénéfices. En contrepartie, l'Eglise y assure la présence d'un personnel soignant et servant dirigé par la supérieure qui impose sa discipline et régenté les comportements comme le travail. Dans la mesure où l'hôpital subsiste grâce à l'exploitation de sa dot immobilière, de ses cultures et des dons, sans nécessiter de grands investissements, on comprend qu'il ait pu fonctionner et perdurer malgré les abus.

Dans cette perspective, les XVII^e et XVIII^e siècles marquent une période importante du développement des hôpitaux généraux chargés de participer à une politique d'assistance par le travail. Cependant à la fin de l'ancien régime, l'hôpital "locus religiosus", ne s'est pas démarqué du poids de la spiritualité et de l'emprise des congrégations religieuses. En réalité, l'évolution juridique de l'hôpital et sa laïcisation induite par la révolution n'ont pas exclu les congrégations religieuses des hôpitaux. Dès que l'on dépasse les apparences, le fait le plus marquant de cette période reste la continuité. Les hospices et les hôpitaux tant décriés se sont maintenus, et les bureaux de bienfaisance municipaux ont succédé aux bureaux de charité paroissiaux.

En d'autres termes, les changements qui se sont opérés relèvent plus de l'évolution de la société en général que de la réforme. L'Etat hygiéniste qui s'est développé sur le terrain du social devra attendre Vichy et la

promulgation d'un Code de la santé publique pour voir la médecine sociale s'institutionnaliser en service public central. Si la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, constitue un premier pas vers un droit social, l'administration sanitaire puis le ministère de la Santé (créé en 1920) resteront jusqu'à la libération une administration centrale sans service extérieur¹. Cette inertie de l'Etat démontre l'incapacité intellectuelle des politiciens de l'ordre social, à la fois experts et fonctionnaires, à traiter la question sociale. En dépit de leur action au gouvernement, les hygiénistes qui préfigurent les technocrates des années 1950 ne parviennent pas à organiser cette institution symbolique qu'est le dispensaire. De fait, à la fin du XIXe siècle l'essentiel de l'infrastructure hospitalière est constitué d'établissements datant de l'Ancien Régime que l'on se contente de gérer à la manière d'un héritage. Mais au delà du constat, comment expliquer que la logique d'action traditionaliste soit restée prépondérante dans les institutions hospitalières malgré la laïcisation, la "spécialisation" organisationnelle et l'émergence de l'anatomo-clinique. Trois raisons permettent de comprendre cette domination.

a) A l'intérieur du champ assistantiel, les congrégations, en raison de leurs compétences traditionnelles issues de leur expérience dans le secours aux blessés et aux malades, ont été mandatées pour organiser et gérer les institutions². En ce sens, médecins³, administrateurs municipaux et ecclésiastiques sont aussi porteurs de cette logique d'action traditionaliste.

¹ En effet, il faudra attendre la libération et le plan Debré qui formalise la prise en charge nationale des problèmes sanitaires et sociaux pour que de tels services existent.

² Contrairement à une idée fréquemment répandue, les soeurs exercent encore de nos jours des responsabilités administratives dans certaines institutions. De façon anecdotique, j'ai moi-même travaillé en 1991 dans un CHRU sous la direction d'une soeur.

³ On pense ici aux médecins de la faculté de médecine de Paris dont la doctrine médicale est assez proche de ces conceptions religieuses traditionnelles dans la mesure où l'essentiel de leur pensée reste centré sur un mécanisme cartésien dont la compatibilité avec les idées religieuses a bien été démontrée.

En dépit d'intérêts parfois divergents, ils s'accordent à reconnaître aux soeurs le bien-fondé de leur intervention dans la gestion et l'organisation des institutions. Aussi, les désaccords qui aboutissent aux réformes de 1535 et 1632 visent essentiellement à régenter le recrutement du personnel et à limiter "l'exercice de la méditation" aux plus douées des novices. Institution centrale de la protection sociale, l'hôpital offre alors à ces "professionnelles de première ligne" un espace d'exercice dans lequel elles vont pouvoir mettre en place les conditions objectives du travail de relation. Placées au centre de cette organisation, les soeurs bénéficient de pouvoirs "médicaux" et de gestion importants. Ces pouvoirs reposent essentiellement sur l'autonomie de fonctionnement de la "salle" qui constitue l'instrument organisationnel autour duquel s'organise le travail de relation.

Comme le montre l'ensemble des monographies, chaque salle dispose de moyens propres de gestion et les critiques portées sur la conduite (pas toujours désintéressée) des soeurs, les privilèges ou les gains occultes sont révélatrices de cette autonomie. Dans les Hôtels-Dieu, son fonctionnement repose d'abord sur une hiérarchie propre qui distingue la "prieure" souvent assistée par une "sous-prieure" et par un conseil de "discrètes". En d'autres termes, il n'y a pas confusion des rôles domestiques et organico-spirituels mais une hiérarchie assez élaborée. Dans cette division du travail hospitalier, filles de salle, commis, ouvriers sont les premiers agents d'exécution subordonnés aux religieuses. Tout comme la "mère supérieure" de l'hôpital général, la prieure dispose d'un pouvoir disciplinaire et exerce, à ce titre, un contrôle absolu sur le recrutement, la vie, la conduite morale et le travail des officières, des filles de service et des cheftaines. Elues par la communauté ou nommées, elles jouissent dans cette sphère d'autorité, d'une autonomie totale.

Le recrutement (basé sur des entretiens individuels, la sélection du niveau social, des capacités physiques, des qualités morales des candidats et des candidates) assure avec l'encadrement par les plus anciennes la reproduction d'un équilibre fonctionnel qui rend possible l'exercice d'un contrôle sur la communauté. Au XVIIe siècle à l'hôpital de la Salpêtrière, la "supérieure de l'hôpital général" est à la tête de 26 officières et étend sa juridiction sur 7 000 à 8 000 personnes. Elle est aussi l'agent de transmission et d'information de l'assemblée du Bureau, comme celui du président du parlement et du lieutenant de Police. A l'hôtel-Dieu de Paris, la prieure commande 594 servantes salariées et 160 convalescents. Au lendemain de la Révolution, la répartition du personnel de l'hôtel-Dieu de Nantes décompte: 1 infirmier chargé des approvisionnements, 9 infirmiers, 8 infirmières, 16 soeurs hospitalières et 11 servantes¹.

En ce sens, la supérieure est tout car elle commande, vérifie les livres de comptes comme l'organisation du magasin. Elle exerce une surveillance générale des soins, décide du régime alimentaire, de la distribution des médicaments, des admissions et des sorties des malades, garde des convalescents ou des guéris qu'elle emploie pour les travaux nécessaires au fonctionnement de la salle². La répartition des admissions ne se fait d'ailleurs pas en fonction de critères liés à la pathologie mais selon les exigences du travail de relation et en 1788 lorsque Tenon, de l'Académie des Sciences visite les salles, l'indifférenciation des hospitalisés est toujours présente.

¹ L. Maitre, Histoire administrative des Anciens Hôpitaux de Nantes, Marseille, Laffite Reprints, 1981.

² " Dans la salle des teigneux, les soeurs dirigent un traitement secret que nos médecins mêmes ignorent" cité par O. Faure, "A l'hôpital avant les infirmières, les soeurs hospitalières de Lyon au début du XIXe siècle", Pénélope, La femme soignante, n° 5, 1981.

b) Dans ce cadre, chaque salle constitue une entité fonctionnelle propre, (avec cuisine, buanderie, autel et chapelain), particulièrement bien adaptée aux différents aspects que peut recouvrir le travail de relation: soins directs sommaires, transmission de "l'esprit de la religion", de ses règles et rites, éducation à la façon de vivre dans la maison. De par sa configuration, la salle commune implique aussi une proximité, pour ne pas dire une promiscuité qui autorise un contact régulier et prolongé à l'intérieur du groupe élémentaire électif que constituent, les servants (es) et les soignés¹. Hospitalisés avec les malades, les agents d'exécution comme les domestiques et les valets de ferme, ne peuvent sortir sans une autorisation spéciale. Etant donné les conditions d'hygiène, d'hébergement et le faible niveau d'efficacité des remèdes, c'est de fait un lieu d'infection et de propagation des maladies. La promotion est alors fonction de l'ancienneté fortement compromise par le taux de mortalité du personnel religieux et laïque. Rythmé par le service religieux, le commentaire des écritures, la prière, le catéchisme et les soins, le travail de relation a donc pour support la parole ou plus précisément les recommandations et les conseils basés sur les principes des valeurs morales et religieuses. L'empathie ou l'altruisme permettent d'offrir aux malades un soutien moral et social, à défaut d'une guérison. En d'autres termes, le travail de relation accrédite la primauté du spirituel et fait des soins directs une activité annexe par rapport à la vie conventuelle et à l'éducation des novices. Aux moins doués des novices et aux servantes reviennent les soins aux malades, assimilés à des tâches domestiques et aux religieuses d'origine sociale plus élevée sont attribuées les fonctions qui requièrent plus d'instructions.

¹ Cette assimilation du soignant au statut de domestique, la sous-évaluation financière de ce qu'il fait et la proximité avec les reclus, ne constituent pas une particularité de l'hôpital général. M. Jaeger évoque les mêmes conditions d'exercice chez les infirmiers-gardiens du XIXe siècle. Voir sur ce point M. Jaeger, "L'infirmier en santé mentale: un professionnel ?", dans P. Aïach, D. Fassin (sous la dir.), les métiers de la santé, op.cit, 1994.

En tant que principales dispensatrices de valeurs spirituelles et apostoliques dans les institutions hospitalières, le dévouement de ces soeurs, entrées comme "filles blanches" entre douze et vingt ans légitime leur emprise sur son exercice. Cette emprise est d'autant plus importante que:

- les soins constituent un instrument d'évangélisation,

- les avantages que procure l'accomplissement de ce devoir ne peuvent être l'objet d'une estimation monétaire et face au manque de personnel qualifié, les commissions administratives hospitalières apprécient ce prolétariat travailleur au service de Dieu nourri de compensations spirituelles,

- ce mode d'exercice est perçu comme un exemple de vertus chrétiennes en dépit des critiques portées sur leur travail.

- l'hôpital est très peu l'institution du médecin. Aussi archaïque que la médecine de ville, la pratique médicale reste irrégulière et négligée. Le recrutement du personnel médical se fait principalement en fonction de la notoriété (médecins ou chirurgiens de la Faculté, du Collège Royal, de la Cour) et les chirurgiens font valoir leur titres hospitaliers et leurs compétences essentiellement auprès de leur clientèle privée.

c) Le creusement des écarts sociaux, le paupérisme et les premières formes d'exclusion (lépreux, syphilitiques, fous) ont aussi favorisé l'extension du champ d'exercice du travail de relation. Souvent établis sur le modèle de la compagnie des filles de la Charité fondée en 1633 par Vincent de Paul, de nombreux ordres vont obtenir l'autorisation d'émettre des voeux simples, privés, annuels et de se déplacer à l'extérieur des structures (les filles de la Croix du Puy, 1672, les soeurs de Saint-Paul de Chartres, 1695, les filles de la Sagesse, 1715). Même si dans quelques villes, ces

congrégations hors clôture et associations civiles à esprit religieux exercent la fonction hospitalière, elles s'implantent en majorité dans les quartiers pauvres et les campagnes. D'appartenance populaire, ces femmes vont s'efforcer de concilier la doctrine et les pratiques des milieux populaires. Partout, elles développent un réseau d'influence grâce notamment à l'implantation des "dispensaires-écoles-ouvriers". La polyvalence de leurs activités et leur proximité avec les populations feront d'elles des figures locales de référence et de conseil. Dans de nombreux villages, elles font les préparations officinales, réalisent des soins à domicile sur prescription (injections essentiellement) et surtout exercent des fonctions d'éducation dont elles garderont le monopole jusqu'aux effets de la laïcisation. Omniprésentes, elles ont contribué à influencer les comportements des populations des campagnes et des quartiers populaires où elles introduisent de la médecine et de la pharmacie. Aussi les "soeurs de charité" ne seront pas remises en cause par la révolution et les lois anticléricales. Bien souvent, elles seront les seules à dispenser des soins à domicile chez les plus démunis et ce jusqu'à l'apparition des infirmières libérales en 1950 .

Au cours du XIXe siècle, la misère et la désintégration sociale vont fournir un terrain favorable à la réhabilitation de ce travail de relation. Impulsées par des initiatives privées d'obédiences diverses (catholique, protestante, juive, franc-maçonne), les communautés philanthropiques se multiplient. Filles du peuple qui cherchent à allier conviction et emploi, femmes conservatrices de la bourgeoisie ou de l'aristocratie qui témoignent de leur engagement moral et religieux, s'investissent dans l'action sociale. Parmi ces femmes qui décident "d'aller au peuple ", certaines prônent le prosélytisme et l'apostolat évangélique mais d'autres comme Anna Hamilton

(docteur en médecine directrice de la maison de santé de Bordeaux) ou Léonie Chaptal¹ s'engagent avec la ferveur du militantisme.

3. Le déclin relatif de la Logique d'action traditionaliste

Après 1789, la nouvelle conception du statut, du rôle et du fonctionnement des hôpitaux ne peut être dissociée de la notion d'assistance évoquée à travers l'engagement de pouvoir au "soulagement des pauvres"² perçu comme une charge nationale. L'intervention, principalement réglementaire, de l'Etat est surtout marquée par son désengagement financier (l'Etat ne prend en charge que 3% des dépenses soit entre 0,3 et 0,5% du revenu national) qui conduit à une situation profondément inégalitaire selon les départements, les collectivités locales et les communes. La fin du XIXe siècle se caractérise donc par la continuité et la stabilité des anciennes infrastructures.

En réalité, "le choix du terrain assistantiel comme secteur d'investissement politique traduit essentiellement la volonté républicaine de maintenir l'ordre et l'équilibre"³. Inscrite dans une pensée utilitariste, l'assistance autorise alors les arrangements et les collusions entre l'Eglise et certaines commissions administratives comme à Lille en 1875⁴. "Dans ce

¹ L. Chaptal était la soeur de l'abbé Chaptal curé de la paroisse dont dépendait le quartier de la Plaisance à Paris où prêtres et laïcs ont réalisé les actions les plus remarquées de l'histoire des oeuvres sociales religieuses du XXe siècle.

² J.P. Gutton, J.Imbert, "Les hôpitaux français sous la Révolution", dans La Revue Hospitalière de France, n° 58, 1989.

³ C.Bec, Assistance et République. La recherche d'un nouveau contrat social sous la IIIe République, Paris, Les Editions de l'Atelier/ Editions Ouvrières, 1994.

⁴ Lorsqu'il est question de fonder une université catholique de médecine, il est demandé aux fondateurs de posséder une clinique. Les fondateurs et les membres de la commission administrative négocièrent avec l'administration des hospices afin que l'université, contre une somme de 140 000 F, reçoive entre 120 et 200 lits. Cette décision très avantageuse pour l'université catholique, gêna directement la création d'une université d'Etat, et fut prise à l'insu du conseil municipal de Lille en violation des articles 9 et 10 de la loi de 1851.

domaine comme dans d'autres, la Société française n'a cessé d'osciller entre l'amour des grandes idées et la réalité des petits arrangements"¹. Dès cette époque s'opère une division du travail dans le champ sanitaire entre la nébuleuse des oeuvres charitables (privée, confessionnelle, religieuse, paroissiale) sous la férule de l'église ou des congrégations et l'assistance publique. A côté des établissements charitables, ce qui tient lieu de service public comporte un secteur extra-hospitalier représenté par les bureaux de bienfaisance créés en 1796 et des hôpitaux ou hospices mal organisés et soumis à un régime administratif complexe². Tout se passe alors comme si le prix à payer pour préserver la paix sociale et la stabilité politique était dans la reconduction d'un schéma d'intervention incapable de remplir ce devoir moral et légal d'assistance dont le champ d'application ne fait que s'élargir.

Dans ce contexte, les soeurs pèsent de tout le poids que leur confèrent le nombre et leur autonomie hiérarchique pour maintenir un contrôle sur la vie, la conduite morale et le travail des hospitalières. Contrairement à la laïcisation de l'enseignement, la volonté politique de laïciser l'hôpital est moins évidente. En province, la sécularisation des établissements est un échec sauf dans quelques grandes villes. Aussi en 1878, on dénombre 20 000 soeurs de charité réparties dans 225 congrégations. En 1898, à Paris, 485 religieuses commandent 2791 surveillantes et serviteurs. Au XIXe siècle, elles sont 12 000 religieuses dans les établissements de soins. Dans les dispensaires, les officiers municipaux se félicitent de leur influence. Elles donnent aux jeunes filles l'exemple des vertus et les débarrassent d'une charge qui leur incombe. Même les médecins les plus anticléricaux admettent l'utilité du discours religieux qui soulage le malade et donne une

¹ P.Rosanvallon, *L'Etat en France de 1789 à nos jours*, Paris, Seuil 1990.

² En 1869, sur les 1557 hôpitaux et hospices, 1224 datent de l'Ancien Régime.

formation morale aux jeunes filles. Dépendants de leur influence sur la clientèle, ils acceptent une sorte de condominium qui a duré jusqu'à la fin du XIXe siècle¹. Cependant, face à la domination doctrinaire de cette élite universitaire caricaturée et popularisée par Molière dans "Le malade imaginaire" et "Le médecin malgré lui", les corporations des officiers de santé tentent de valoriser un savoir-faire issu de l'expérience des champs de bataille². Leurs tentatives d'accéder au corps passe alors par leur inscription dans un cadre organisationnel leur permettant d'exercer régulièrement. A l'image du combat entre la communauté des Augustines et le chirurgien Dessault, "hospitalier plein temps" qui vit dans les murs de la Salpêtrière, ces nouveaux entrants vont chercher à imposer leurs priorités thérapeutiques. En leur accordant le droit d'exercer dans les hôpitaux généraux, les pouvoirs publics espèrent avant tout y trouver un avantage tant la mortalité y est importante.

Comme le montre M.Foucault "Thermidor et le Directoire ont pris la clinique comme thème majeur de la réorganisation institutionnelle de la médecine: c'était pour eux un moyen de mettre un terme à la périlleuse expérience de liberté totale, une manière cependant de lui donner un sens positif "³. Dans cette nouvelle organisation, que M.Foucault appelle le "contrat hospitalier", le pauvre donne son corps à la médecine qui le soigne d'autant mieux qu'il représente un cas intéressant ou qu'il finance les soins. Les clivages qui apparaissent entre la fonction assistantielle et la fonction thérapeutique des hôpitaux ne peuvent résister aux bénéfices qu'une telle

¹ Y.Knibiehler, Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980, Paris, Hachette, 1984.

² Jusqu'au début du XIXe siècle, les chirurgiens souffrent d'un paradoxe. En dépit de leurs compétences, ils ne peuvent pratiquer que des opérations superficielles à cause de l'effrayante mortalité qui frappe leurs clients. Sans anesthésie et sans la moindre hygiène, les quelques opérés succombent rapidement. Les champs de bataille deviennent alors un lieu privilégié d'acquisition de savoirs pratiques.

³ M.Foucault, Naissance de la clinique, Paris, P.U.F, 1963.

profusion de malades procure à la science médicale. En s'appropriant les malades et leurs maladies en tant que matériaux de choix pour l'innovation, les médecins l'incorporent dans le patrimoine médical. L'invention de nouveaux paradigmes scientifiques ouvre l'espace des pratiques de soins. Celles-ci relèvent des innovations techniques issues de l'autopsie mais aussi de la fusion du médecin et du chirurgien qui définit le nouveau rôle du médecin hospitalier. L'hôpital tend alors à devenir un espace médical, où l'on pratique des observations cliniques, des diagnostics et des expériences sur une population nombreuse et peu revendicative quant à la qualité des soins. L'enseignement qui y est proposé permet aussi de rapprocher l'étudiant et le professeur autour du malade, des examens physiques et de l'autopsie. La recherche anatomo-clinique dépend de plus en plus du travail de groupe, de son lieu d'exercice et d'enseignement. Dans ce cadre, la nomination des internes prolonge la présence de médecins dans les salles et permet d'éviter une délégitimation systématique de prise de décision à la soeur. Cette réorganisation thérapeutique associée à la laïcisation de l'enseignement et dans une moindre mesure des soins hospitaliers a deux implications majeures: elle produit une bureaucratisation du rôle de la soeur et scelle l'acte de naissance de l'infirmière laïque.

A mesure que le corps médical hospitalier se peuple de positivistes et de scientifiques, la tenue vestimentaire (robes sombres et voiles de laine) comme les habitudes surannées des soeurs (qui privilégient les directives de leur supérieure ecclésiastique), portent un défi inadmissible à l'asepsie. Stimulés par les découvertes pasteurienues, les médecins ont le sentiment de pouvoir faire reculer les infections et de rénover l'hygiène publique et privée. Pour cela, ils ont aussi besoin d'un personnel mieux formé aux nouvelles exigences du travail hospitalier et plus instruit que les filles de

salle. Produite à partir du "solidarisme", et du patriotisme, la nouvelle infirmière sera laïque et imprégnée des principes hygiénistes¹. Sa formation est baptisée "instruction technique" et c'est pour former ces auxiliaires que s'ouvrent les cours municipaux de l'Assistance publique à Paris en 1878. Cette renvoie aux motivations scientifiques, médicales ou administratives mais surtout il révèle la dimension politique de cette reconstruction de la fonction d'infirmière indissociable de l'idéal républicain progressiste, laïque et anticlérical.

L'engagement du Dr Désiré Bourneville, nommé directeur des études municipales d'infirmière, est à cet égard significatif. Membre du parti républicain, candidat de l'Alliance républicaine de la liste de Louis Blanc et ardent défenseur des conditions de vie et de travail du personnel hospitalier, ce militant de la laïcité fait de l'infirmière le pendant du "hussard noir de la République" pour l'école. En d'autres termes, il s'agit tout autant de travailler à la promotion sociale du personnel des hôpitaux que de faire la ferveur militante de la laïcité une dynamique morale. Soutenue par les valeurs de la république et les rites institutionnels (remise des diplômes, discours etc.), cette dynamique doit aussi permettre de démontrer par l'exemple la force de l'organisation républicaine et la supériorité fonctionnelle des laïcs sur les religieuses dans la pratique des soins. Dans ce contexte, le devoir civil de l'infirmière laïque se substitue au devoir religieux de la soeur hospitalière et permet la réalisation des valeurs de la république dans le champ sanitaire. A l'image de Mlle Bottard à qui l'on attribue la légion d'honneur en 1898, l'infirmière doit servir cet idéal républicain dans une institution propice au mûrissement et à l'expression de

¹ C'est principalement ce qui explique l'abondante littérature, qui détaille les procédures d'hygiène domestique comme celles des malades. On retrouve aujourd'hui ce même impératif dans les cours d'aide-soignant et les formations d'agent des services hospitaliers. Comme au XIXe siècle, on lutte contre les infections nosocomiales grâce au balai et à la "chiffonnette".

cette idéologie de la vocation. "Maman Bottard, recluse volontaire, consacra aux malades tous ses instants, toute sa vie, restant parfois trois années consécutives sans franchir les portes de l'hospice, s'oubliant toute entière pour ne songer qu'à son devoir d'affectueux dévouement. Vous êtes, lui dit-on, l'abnégation fait femme, l'ange du dévouement, la démonstration vivante de cette vérité que la charité est oeuvre de femme et non de robe"¹.

Cette tentative d'institutionnalisation de la fonction d'infirmière est partiellement finalisée à travers la mise en place des cours municipaux, des programmes, des méthodes et des manuels d'enseignement qui permettent aux infirmières de remplir leurs devoirs. Cependant, le nombre de soignants formés est trop faible pour remplacer les soeurs au chevet du malade et cette soignante certifiée n'intégrera les hôpitaux que de façon très progressive².

En province, le tableau sévère présenté par le Dr Napias devant le conseil supérieur de l'Assistance publique en 1898³ démontre l'urgence de la situation. Partout, les servantes laïques sont recrutées parmi les filles de campagne, les enfants assistés ou les vieilles femmes attendant leur entrée à l'hospice. De façon plus radicale, le nouveau système de rationalité qui se met en place dans les hôpitaux est marqué par la bureaucratisation du rôle de la soeur. Celle-ci tient aux limites du champ d'application du travail de relation imposé par la nouvelle organisation des soins hospitaliers. Dans ce contexte, il devient de plus en plus difficile aux soeurs de valoriser leur mode d'exercice face aux ambitions des médecins. Ainsi, la coopération

¹ Brochure éditée à l'occasion de la remise des palmes académiques à Mlle Bottard, Paris, Montevrain, 1898. Citée par Y. Knibiehler, Cornettes et blouses blanches, op.cit, 1984.

² Comme nous l'avons déjà signalé, la laïcisation des hôpitaux est surtout visible à Paris ou dans les grandes villes. A cela, il faut ajouter que l'opinion publique est très attachée aux religieuses soignantes. Dans certaines régions, les infirmières laïques sont rejetées, comme le sont les instituteurs.

³ Conseil supérieur de l'Assistance publique, fascicule 67, mars 1898. Rapport sur le recrutement du personnel secondaire des établissements hospitaliers par le docteur H. Napias. Cité dans Y. Knibiehler, Cornettes et blouses blanches, op. cit 1984.

entre les religieuses et les médecins dans les hôpitaux aboutit à la définition de sphères d'intervention séparées entre les soins infirmiers et les soins médicaux. Ce mode de répartition a permis aux médecins d'élargir leur emprise sur l'ensemble des activités de l'hôpital à l'exclusion de la gestion et de l'organisation des soins infirmiers dont la responsabilité est confiée aux soeurs les plus expérimentées. Dès le XIXe siècle et plus encore au début du XXe siècle, la réorganisation de l'hôpital comme lieu de diagnostics et de thérapeutiques implique une spécialisation partielle des salles. Leur gestion administrative est centralisée tout comme la cuisine, la boulangerie, la buanderie, la pharmacie. Progressivement, une partie du fonctionnement des salles des hôpitaux échappe au contrôle de la soeur-cheftaine et des conventions types régissent les rapports entre les congrégations et les commissions administratives.

Parallèlement, l'administration trouve dans ces "saintes filles" un personnel d'encadrement disponible, peu coûteux et efficace. En réalité, pour offrir un personnel qualifié, sans en avoir à assurer la formation, les congrégations offrent une solution à bon marché. De fait, ce sont les religieuses qui vont occuper la majorité des postes de surveillantes et diriger un personnel soignant laïque et congressiste. En ce sens, on peut dire que les religieuses sont partenaires de la modernisation des soins hospitaliers dont elles prennent en charge l'organisation et la gestion. Avec les surveillantes laïques, elles vont se conformer aux nouvelles exigences administratives des hôpitaux et devenir les comptables consciencieuses de l'activité des salles de soins. Ces activités de surveillance et de gestion vont légitimer leur position dans l'organisation hospitalière et prolonger leur présence à l'hôpital. Dès lors, on comprend d'une part, qu'il ait fallu attendre 1943 pour que cette fonction existe officiellement, et d'autre part, que les

soeurs aient marqué aussi durablement le fonctionnement et la vie des services hospitaliers en dépit d'effectifs souvent insuffisants¹.

De même, la virulence des propos échangés à l'égard des soeurs hospitalières durant cette période ne doit pas masquer leur rôle dans la formation et l'exercice des soins hospitaliers. Certes, les religieuses se conforment aux exigences d'une formation professionnelle au nom de la science, mais elles le font aussi parce qu'elles ont perçu l'enjeu que représente la formation des infirmières. Grâce à l'expertise qu'elles ont acquise comme soignantes et surveillantes, cette participation active au fonctionnement des écoles (privées et congréganistes) leur permet d'étendre leur influence en dehors de l'hôpital. Les modes de sélection, la discipline et la rudesse des conditions de vie qu'elles imposent aux élèves confirment l'importance que les soeurs accordent à la formation, et permet également de comprendre dans quelles conditions et sur quels critères elles ont admis les laïques à l'hôpital. Avec un recrutement de novices ouverts à toutes les catégories de la société, la vocation, l'éducation, l'âge et la santé sont autant de critères d'une bonne sélection qui ne sont pas antinomiques avec ceux de la république. Enfin, face à la pénurie de soignants qualifiés, les médecins n'hésitent pas à puiser parmi les congrégations le personnel dont ils ont besoin, et à utiliser les soeurs infirmières les plus expérimentées pour transmettre leurs exigences thérapeutiques. Mises en place en collaboration avec les soeurs, ces formations tentent de répondre à l'urgence de la situation dans un contexte essentiellement marqué par une pénurie de moyens financiers qui va perdurer bien au delà des années 1930.

¹ Exception faite à Paris où elles seront remplacées dès 1905, dans les autres établissements, elles seront progressivement diluées dans "la masse" des laïcs.

Aussi, la présence des soeurs hospitalières ne nuit pas à la "salarisation" des infirmières, elle ne fait que retarder l'accès de laïcs diplômées à la pratique professionnelle. A cet égard, c'est essentiellement la raison économique qui explique ce retard. Jusqu'au début du XXe siècle, la plupart des établissements survit grâce à leur fond propre, aussi préfèrent-ils embaucher des religieuses ou des bénévoles que des infirmières diplômées qu'il faut rémunérer. De fait, si la laïcisation des soins scelle l'acte de naissance du métier d'infirmière, on ne peut lui attribuer le déclin de la logique d'action traditionaliste. En effet, si le champ d'application du travail de relation s'en trouve considérablement réduit, les soeurs hospitalières puis les soeurs infirmières ont aussi adapté leur conception aux nouvelles exigences organisationnelles des hôpitaux.

En ce sens, c'est essentiellement dans sa confrontation avec la logique d'action pragmatiste (bureaucratique et empirique) que la logique d'action traditionaliste va progressivement se déliter. C'est dans ce contexte évolutif qu'il faut percevoir les actions des groupements d'obédience catholique¹ qui, au début du XXe siècle, réclament le maintien des congrégations dans les hôpitaux face à la laïcisation des personnels et de façon plus interventionniste, les initiatives militantes d'associations catholiques professionnelles dans les années 1920. A cet égard, l'activisme de l'union catholique des services sociaux et de santé (U.C.S.S.)² est significative. Certes, il s'agit de prendre en charge les intérêts religieux de ses membres mais aussi de regrouper et d'organiser les forces des infirmières catholiques afin de faire entendre au gouvernement la réflexion chrétienne sur la

¹ Comme par exemple la Ligue Patriotique des Françaises. Organisation de femmes catholiques qui organisent des meetings et réfléchissent aux thèmes d'actualité des milieux catholiques.

² Créée à l'initiative de Mlle Marie de Liron d'Arioles, elle est ouverte à toutes les soignantes bénévoles, salariées, diplômées et non-diplômées. Reconnue par la hiérarchie catholique, elle est présidée en 1922 par l'abbé Gerlier, nommé par l'archevêque de Paris

profession. La création de cercles d'études, de journées d'études, de congrès et d'une revue atteste de l'importance qui est accordée à la formation professionnelle et à la valorisation de la fonction d'infirmière à travers la défense de la morale professionnelle¹.

Dès lors, on comprend que le corps médical soit aussi divisé sur la question de la formation et de l'institutionnalisation de la fonction d'infirmière. Pour les médecins hospitaliers, (porteurs de la logique d'action interventionniste), qui militent pour la mise en place d'un système uniformisé de soins et de santé publique, la mise en place d'une formation encadrée permettant de garantir la transmission de compétences professionnelles est perçue comme indispensable au bon fonctionnement des hôpitaux. Pour d'autres, il s'agit avant tout de se prémunir contre la tentation de former des "demi-savantes" en maintenant ces femmes aux choses de leur état. L'enseignement doit informer en évitant toute possibilité de synthèse et son savoir doit rester subordonné à la science cohérente du médecin. Il est autant question de former des auxiliaires dociles et dotées d'une morale irréprochable que de garantir leur position dans le champ sanitaire. En définissant lui-même son champ d'activité et celui des infirmières, le corps médical s'affirme comme le seul expert capable de défendre l'orthodoxie des pratiques de soins et démontre sa volonté de préserver une division du travail qui est fonction des prérogatives médicales. Ainsi, la satellisation des auxiliaires de soins démontre que la société a reconnu le découpage historique du champ médical et a privilégié le statut du médecin dans le champ des pratiques de soins et plus généralement dans le champ sanitaire.

¹ Après le Front populaire, la défense des intérêts matériels des infirmières et des travailleuses sociales sera déléguée aux syndicats chrétiens comme la C.F.T.C.

CHAPITRE 2

La logique d'action pragmatiste ou l'institutionnalisation du modèle laïco-patriotique

Comme nous venons de le voir par opposition à la logique d'action traditionaliste, le nouveau système de rationalité qui émerge après 1789 se caractérise d'abord par une tâche d'ordre socioculturelle: produire la nation et agir sur tout ce qui gouverne le lien social. Cette idéologie qui inspire le solidarisme fait de l'éducation et de la santé des questions inséparables de l'institution de la nation. Ainsi, dès la fin du XVIIIe siècle, des médecins comme Bichât, Pinel, Vicq, Cabanis fixent le programme d'un Etat hygiéniste avec pour ambition de changer l'homme. Gouverner et soigner relèvent alors du même principe et obéissent aux mêmes lois, celles d'une "science de l'homme" qui doit perfectionner ou corriger la nature humaine. En inscrivant son action dans un projet de gestion des conduites, l'Etat manifeste sa dimension utopique mais la perspective d'un Etat hygiéniste marque aussi une rupture fondamentale dans la façon d'envisager les rapports de la société et de l'Etat. Dans ce cadre, la mise en place des Conseils supérieurs (de l'instruction publique, de l'agriculture, du travail, de l'assistance publique, etc.) qui associent les compétences et les capacités des professionnels à l'action de l'Etat organise cette confrontation. Dans son rapport au président de la République qui aboutit en avril 1888 à la création du Conseil supérieur de l'assistance publique, Charles Floquet écrit que ce Conseil "aura pour mission d'éclairer l'administration sur toutes les questions d'assistance et de prévoyance, les éléments de savoir et d'expérience se trouvant réunis en lui". Il s'agit, "d'associer les diverses

compétences délibérantes et l'élément exécutif"¹. Dès sa mise en place, les médecins y affirment leurs convictions et à ce titre il a joué un rôle important dans la conversion des hommes d'Etat à leurs espérances.

Bien que la plupart des applications de l'Etat hygiéniste s'inscrive dans le cadre des activités de police, la manière de pratiquer et de transmettre la médecine comme l'organisation de l'hôpital démontrent une réelle volonté des médecins de rendre opérationnel l'exercice clinique. Les médecins hospitaliers seront d'ailleurs les premiers bénéficiaires de ces bouleversements. Issus de la bourgeoisie, ces notables sans pouvoir ni noblesse sous l'Ancien Régime, vont accéder à la haute administration publique et influencer sur le champ de la santé comme le montre l'emprise croissante de l'hygiène, de la médecine et des médecins sur la société. Pour autant, nous pensons qu'il est abusif de considérer que cette "cléricature" médicale s'est exercée de façon "mécanique" sur les métiers sanitaires et sociaux. Comme l'avaient démontré Jamous et Johnson pour la pratique médicale, le pouvoir politique, la pluralité des modes d'exercice professionnel mais aussi d'autres acteurs (médicaux et "infra-professionnels") sont intervenus pour créer les conditions particulières dans lesquelles s'articulent différentes conceptions du métier d'infirmière. C'est de cette confrontation qu'émerge un projet permettant de penser l'élaboration et la mise en place d'instruments pédagogiques destinés à dispenser une formation professionnalisée aux infirmières.

La logique d'action pragmatiste qui traduit dans le champ sanitaire ce projet global apparaît non seulement chez les médecins, les chirurgiens ou les professionnels savants, chez les hauts fonctionnaires du pouvoir central

¹ Conseil supérieur de l'assistance publique. Constitution du Conseil, fascicule n°1, Paris. Cité dans P.Rosanvallon, L'Etat en France de 1789 à nos jours, Paris, Seuil, 1990.

et les parlementaires, acteurs politiques du champ sanitaire, mais aussi chez les empiriques qui développent des actions militantes dans l'action sociale. A l'instar de leur statut social et de leur mode d'insertion spécifique dans le champ sanitaire, ces acteurs ont impulsé une dynamique de négociation permettant d'imposer la reconnaissance officielle du métier d'infirmière. En dépit des différences et des désaccords, c'est dans une aire de négociation qu'ils ont contribué à définir, que s'est élaborée la fonction d'infirmière laïque. Saisie globalement, cette logique d'action apparaît dans les attitudes activistes d'acteurs du champ sanitaire qui croient davantage dans l'efficacité humaine que ce soit dans l'amélioration des techniques médicales et chirurgicales, dans la volonté de promouvoir les valeurs de la compétence et de rénover la formation des personnels soignants. De façon schématique, elle renvoie à un interventionnisme dans les choses de la santé. Cette logique d'action pragmatiste se caractérise par:

- des actions volontaristes qui visent à améliorer la définition et à promouvoir la reconnaissance des compétences professionnelles des soignantes.

- des démarches pragmatiques qui tentent de mettre en place et de faire valoir des modes d'exercice spécifique dans le champ sanitaire et social.

- une dynamique d'auto-transformation du milieu infirmier, construite autour d'une éthique professionnelle laïque et de la reconnaissance du rôle de l'Etat comme instance de réglementation et comme principe de légitimation.

Cependant, son apparente unité ne doit pas occulter la pluralité des conceptions et des modes d'interventions qui spécifient des orientations et des articulations différentes. En fait, il faut distinguer deux formes au sein de cette logique d'action pragmatiste. Tout d'abord, une forme

bureaucratique qui s'articule autour d'un argumentaire scientifique et d'une théorisation des faits recueillis. Essentiellement animée par des médecins du corps social¹ et des fonctionnaires, elle s'exprime au sein des institutions sanitaires publiques par l'institutionnalisation et la mise en place d'un édifice de formation intégral pour les infirmières. Tout autre est la forme empirique révélée à travers un activisme dans l'action sociale et caractérisée par la mise en place de structures sanitaires novatrices et/ou par une extension du champ d'exercice des pratiques de soins des infirmières.

Par delà les différences, ces logiques, en ce qu'elles initient chacune à leur façon une dynamique, codifient un ensemble de valeurs au confluent desquelles émerge la forme contemporaine de la fonction d'infirmière. Aussi, celle-ci n'est pas seulement le produit d'une mutation de la médecine, elle reflète aussi des changements profonds dans la société, de la condition féminine et dans le champ sanitaire.

1. La logique d'action (pragmatiste) bureaucratique

Comme nous venons de le dire, cette logique d'action rassemble des hauts fonctionnaires, des parlementaires et des médecins hospitaliers qui tentent d'organiser les soins hospitaliers selon les lois de l'aseptie-antiseptie. Perçue comme une nécessité afin de remplir les nouvelles missions de l'hôpital sanitaire, la raison hygiéniste et la révolution pastorienne appellent de nombreuses transformations des institutions de soins. Devenu un lieu de savoir et d'expérience progressivement dominé par l'anatomo-clinique,

¹ Par médecins du corps social il faut entendre des médecins qui bénéficient de leur légitimité professionnelle et de leur position dans la fonction publique tentent de défendre leurs intérêts et de promouvoir une forme d'interventionnisme de la médecine sur l'ensemble de la société. Il s'agit aussi bien de médecins appartenant à l'élite hygiéniste ou à l'élite hospitalo-universitaire. Sur ce point voir les travaux de J. Léonard, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier, 1981.

l'hôpital du "service public", requiert une pratique où l'exactitude dans la description des maladies, des remèdes et de leurs effets doit comprendre la connaissance du malade et de son environnement. Dans ce cadre, directeurs d'hôpitaux et médecins hospitaliers mettent en place des cours pour former les infirmières aux nouvelles exigences du travail hospitalier. Ainsi, entre 1900 et 1914 une vingtaine d'hôpitaux propose des cours donnés par des médecins et une systématisation de l'apprentissage pratique. Etablis sur le modèle des cours municipaux donnés à l'A.P.¹, ils relèvent essentiellement d'une intervention réglementaire et bureaucratique de l'Etat. En ce sens, l'institutionnalisation d'une formation professionnelle pour les infirmière est avant tout le produit d'une logique d'action bureaucratique et d'un comportement stratégique, c'est à dire une conduite que des médecins, des parlementaires et des hauts fonctionnaires se donnent avec une assez grande lucidité en identifiant les problèmes qui se posent à eux. D'une façon générale, ils tentent de résoudre trois problèmes: faire d'une activité, un métier salarié; adapter la formation des infirmières à la nouvelle cosmologie médicale; mettre en place des instruments pédagogiques permettant de promouvoir une morale laïque et technique chez les infirmières.

Au sein des établissements hospitaliers, les employées laïques, caricaturées sous les traits des "bretonnes bretonnantes" ne permettent plus de satisfaire aux exigences et aux impératifs médico-administratifs². Illettrées et trop inexpérimentées, elles constituent une main-d'oeuvre instable³ et insatisfaisante. Aussi, la formation et la qualification des

¹ Les cours municipaux d'infirmière créés par Dr. Bourneville seront maintenus à Paris jusqu'en 1960.

² Dans une certaine mesure on peut considérer que ce stéréotype de l'infirmière hospitalière du XIXe siècle existe aussi en Angleterre sous les traits du personnage de Sairey Gamp dans le roman de C. Dickens *The life and adventures of Martin Chuzzlewit*, publié en 1843.

³ Après quelques années d'exercice, la plupart de ces soignantes d'origine bretonne profite de leur expérience pour se faire engager comme garde d'enfants dans les ménages bourgeois.

soignantes deviennent des priorités au nom de la responsabilité de l'Etat envers les malades comme au nom des nouvelles pratiques thérapeutiques ou de prévention. Au début du XXe siècle, la politique de qualification et de promotion des infirmières s'impose alors comme une nécessité sociale et institutionnelle. Il faut cependant attendre la circulaire E. Combes du 28 octobre 1902¹ pour que la formation des infirmières prenne l'importance d'un service public. Cette circulaire précise pour la première fois, la conception officielle du rôle de l'infirmière, les modalités souhaitables de l'enseignement et manifeste une réelle volonté de relever la carrière² infirmière. Pour son initiateur, il s'agit d'une part de mettre en place un service public convenablement outillé, et d'autre part de fournir "un débouché ouvert aux activités féminines sur le terrain où elles peuvent se déployer le plus utilement". C'est dans la réorganisation globale du personnel hospitalier de 1903-1904 que cette circulaire trouve sa première application. Le nouveau règlement entérine définitivement la distinction entre personnel soignant et servant. Les infirmières y sont décrites comme "un corps de sous-officiers par rapport aux simples soldats de l'armée hospitalière". "Des femmes d'une tenue morale élevée et d'éducation supérieure qui, célibataires ou veuves seraient toutes disposées à consacrer leur vie au soulagement de la misère"³. Afin de rehausser le niveau moral et intellectuel du personnel hospitalier, il préconise une substitution aussi large que possible du personnel féminin au personnel masculin dans les salles, en

¹ La circulaire Combes, du nom du président du Conseil, ancien séminariste, médecin et ministre de l'intérieur et des cultes, donne mission aux préfets de veiller à la création d'écoles d'infirmières et d'un brevet de capacité.

² C'est aussi la première fois que l'on évoque la carrière d'infirmière. Pour E. Combes, être infirmière, c'est un métier pour lequel on doit être rémunéré et grâce auquel on acquiert un statut dans la société. Il souligne par ailleurs le caractère philanthropique et scientifique de la profession.

³ La réforme du personnel hospitalier, 1903-1909; L'Ecole des infirmières de l'Assistance Publique de Paris, éd. Berger-Levrault, 1903, dans Y Knibiehler, op.cit, 1984.

vertu des aptitudes féminines aux soins des malades¹ mais surtout pour attirer dans le secteur public des jeunes filles qui jusque-là s'orientaient vers les écoles privées. Enfin, sont créées, les écoles d'infirmières professionnelles des hôpitaux destinées à former des "infirmières brevetées".

Le premier de ces instruments pédagogiques est inauguré en octobre 1907. Inspirée du modèle anglais, l'école de la Salpêtrière propose une formation professionnelle de deux ans avec un examen théorique² et pratique. Dès son inauguration, le caractère professionnalisé de cette formation est affirmé par son directeur A. Mesureur (fils du directeur de l'assistance G. Mesureur) qui déclare: "L'école saura marquer sa place à côté de ses aînées, l'Ecole de physique et de chimie, les écoles normales primaires, l'Ecole de sages-femmes". L'entrée y est soumise à un examen et la formation porte autant sur la vie privée que sur la vie professionnelle. Comme pour l'ensemble des écoles, le principe de l'internat y est adopté afin de "libérer l'infirmière des contraintes extérieures". Encadrement, surveillance, autorité maternelle, sanctions, mais aussi fêtes, cérémonies et distractions contribuent ainsi à rendre opératoire ce modèle d'éducation totale. Pour ces pensionnaires de "la grande famille hospitalière", une attention particulière est accordée à la "direction morale" et si les horaires, les sorties comme les loisirs sont contrôlés, il faut moins y voir une extension du couvent qu'une expression de la surprotection dont faisaient alors l'objet les jeunes filles. En ce sens, l'institution école-hôpital constitue

¹ Les infirmiers, majoritaires dans les syndicats, vont lutter contre ce recours aux "prédispositions féminines" dans la définition de la fonction afin de conserver leur emploi. Ainsi, cet argumentaire sera détourné par le Groupement du Personnel Secondaire, puis par un groupe d'infirmiers qui exige des hommes dans les salles d'hommes au nom de la décence.

² Les programmes comprennent, là comme ailleurs, des cours d'anatomie, de physiologie, d'hygiène et de pharmacie, des leçons théoriques et pratiques sur les soins pour chaque catégorie de malade, des cours d'administration hospitalière, d'électrothérapie, de radiologie, de cuisine et de service domestique.

un lieu d'élection privilégié où l'on peut enseigner l'attitude que l'infirmière doit avoir vis à vis du médecin, des malades, des familles, mais également l'apprentissage de la non dérogation à ce rôle. L'ensemble des connaissances et des attitudes que l'infirmière doit être capable de mobiliser vise non seulement à assurer le fonctionnement des salles mais aussi à décoder les attendus de leur rôle. De fait, toute la vie est envahie par le travail en institution au point d'imposer un choix par exclusion: être infirmière et renoncer au reste, ou abandonner cette fonction. Nourries, logées et blanchies, les élèves perçoivent une indemnité mensuelle en contrepartie d'un engagement à servir l'administration pendant cinq ans. Cependant, la rémunération reste faible car cette nouvelle soignante coûte cher aux contribuables et on craint qu'elle se transforme en "mercenaire" vénale et cupide incapable de montrer des qualités de coeur. Véritable facteur de promotion sociale, cette école renommée sera vivement critiquée par les bourgeois conservateurs en raison du caractère résolument égalitaire du recrutement des "bleues de l'Assistance Publique".

Dans toute la France, ces écoles réunissent toutes les conditions matérielles propices au développement de l'humilité, de la discipline, du courage et de la propreté. Aussi, les 6504 diplômes délivrés en 1908 ne représentent pas seulement la consécration d'une institution et de savoirs limités à l'apprentissage de quelques notions et techniques. Ils sont la garantie de grandes aptitudes morales¹ qui, en tant qu'idéal, doivent séduire tout le monde. Premier "étendard de ralliement", le diplôme trace une ligne de démarcation institutionnelle avec la logique d'action traditionaliste et la routine des pratiques de soins qui la caractérise. A la formation orale et au travail de relation, il oppose une formation médicale, scientifique et

¹ Dr.Bourneville, "Les Ecoles d'infirmières de Paris", Revue Philantropique, 1903-1904, cité dans Les infirmières, ni nonnes ni bonnes, J. Saliba, B. Bon-Saliba, B. Ouvry-Vial, Paris, Syros, 1993.

technique garante de la qualité des soins. Les écoles constituent alors la partie de l'édifice hospitalier qui veille à l'application des règles, à la diffusion du code de déontologie médicale et où les activités domestiques de la femme seront remodelées au service de l'hygiène. Dans cette instruction technique réservée de manière de plus en plus exclusive aux femmes, le péché évolue vers la faute, l'engagement vers le renoncement de soi et la pénitence devient sanction. Cette morale laïque et technique teintée de vocation féminine va marquer la fonction d'infirmière de la fin du XIXe siècle au début du XXe siècle.

Aussi, dans les programmes pédagogiques ou les manuels publiés de 1870 à 1918, l'inspiration et le contenu évoluent peu. L'investissement des médecins dans cette littérature démontre l'importance que revêt la formation de ce personnel auxiliaire et renvoie à une réelle volonté de mettre en place les instruments d'une pédagogie scientifique de masse. Dans les dernières décennies du XXe siècle, les manuels pour les infirmières se multiplient en même temps que ceux de puériculture et d'hygiène. Destinés aux soignants en général, y compris les mères de famille, ces écrits font oeuvre morale en élaborant des normes de vie saine et des techniques simples. Le médecin y intervient à la façon d'un chef de famille responsable de l'autorité et du savoir de ces femmes. En d'autres termes, la compétence ménagère devient technique et le dévouement professionnel est référé à la tâche aux malades. L'apparition de l'infirmière moderne est aussi indissociable de l'unification hiérarchique des savoirs liés à la santé et à la maladie. L'exercice de la médecine connaît d'ailleurs une mutation semblable à celle des infirmières. Au début du XXe siècle, les programmes de formation se modifient et intègrent les progrès importants de la physique, de la chimie, de la biologie et des techniques. De plus en plus, l'avancement du savoir médical provient

des disciplines annexes et ce mode de production des connaissances dissout l'ancienne hiérarchie des métiers. Progressivement, les nouveaux savoirs se diffusent et se cristallisent autour de catégories professionnelles spécialisées. Dans ce contexte, les élèves des écoles d'infirmières reçoivent les rudiments scientifiques qui leur permettront de s'insérer dans l'univers étagé des savoirs médico-hospitaliers. A l'infirmière est attribué le rôle fondamental de persuasion, de traduction et d'explication des normes scientifiques aux malades.

Dotée d'un bagage scientifique et technique, l'infirmière voit sa respectabilité augmenter. A la veille de 1914, sa fonction est considérée dans les milieux républicains et catholiques comme une forme possible de dévouement pour les jeunes filles de la bourgeoisie qui désirent sortir de leur rôle familial traditionnel. Comme le note la comtesse d'Alix à propos du recrutement des jeunes filles au sein de la Croix-Rouge, "toute femme appartenant à un certain milieu social ne doit pas se borner à remplir ses devoirs de foyer ... ce sont les devoirs sociaux, le patriotisme et l'humanité qui doivent d'abord bénéficier du rôle nouveau de la femme"¹. Ce nouveau rôle social de la femme peut alors s'exprimer à travers l'engagement dans les Sociétés de Secours mais aussi dans les soins aux malades hospitalisés. Or, au début du XX^{ème} siècle, la fonction d'infirmière demeure marquée par l'engagement des religieuses, jugé trop astreignant et par le statut du personnel secondaire trop proche de celui des bonnes du ménage bourgeois. Hommes et femmes de la bourgeoisie philanthropique vont alors tenter de rendre "acceptable" cette forme d'engagement pour les jeunes filles de "bonne famille". Pour le docteur Anna Hamilton dont la thèse s'intitule

¹ Comtesse d'Alix, La Croix-Rouge française, Paris, Perrin, 1914. Cité dans Y. Kinbielher, op.cit, 1984.

"Considérations sur les infirmières des hôpitaux"¹, il est impératif de garantir l'honorabilité et les compétences de cette fonction. La dénomination même d'infirmière ne peut être conservée tant elle renvoie à la mauvaise réputation du personnel des hôpitaux parisiens. Elle estime que le soin au malade est une chose trop importante pour être confiée à un personnel subalterne qu'elle critique sans nuance: recrutées dans les basses classes, parmi les illettrées et les disgraciées de la nature, les infirmières sont de vulgaires domestiques sans éducation ni compétences dont la mauvaise tenue morale est trahie par la négligence de leur costume. Les dames de la Croix-Rouge sont elles décrites comme des infirmières improvisées, élégantes mais ignorantes. Afin de rompre avec "la mauvaise réputation des infirmières", elle propose d'utiliser le terme de "garde-malade" pour qualifier cette nouvelle soignante, qui seule possède les aptitudes morales et intellectuelles pour se consacrer à cette tâche.

Issues des écoles de la Croix-Rouge ou d'une école privée, ces gardes-malades seront uniquement des jeunes filles possédant déjà une bonne instruction scolaire et ayant reçu, dans leur famille, une bonne éducation. S'appuyant sur une commission spéciale de médecins, nommée en mai 1899 pour élaborer un programme d'enseignement, A.Hamilton déclare que "les hommes sont naturellement inaptes à ces fonctions de gardes-malades". On ne peut, dit-elle remplacer par un diplôme "le précieux travail que l'éducation opère année après année, et qui fait que la jeune fille de vingt ans nous arrive possédant les qualités de douceur, de finesse, de réserve, de tact, de savoir-vivre, enfin la culture intellectuelle, qui sont précieuses et

¹ Les idées essentielles de cette thèse soutenue en 1900 à la faculté de médecine de Montpellier seront reprises dans un ouvrage écrit en collaboration avec le docteur F.Regnault, Gardes-malades hospitalières et congréganistes, Paris 1909. On y retrouve le portrait de l'infirmière idéale, minutieusement détaillé et indéfiniment répété dans la presse médicale, les discours politiques, les manuels et les programmes pédagogiques jusque 1918. Hamilton A, Considérations sur les infirmières des hôpitaux, Montpellier, éd. Hamelin, 1900.

indispensables pour former une bonne hospitalière"¹. Cette assistante du médecin "recrutée dans la même classe que le médecin" doit "recevoir un enseignement théorique aussi succinct que possible et un enseignement pratique aussi poussé que possible". A l'image de ce qu'elle met en place dans son Ecole de la maison de santé protestante de Bordeaux fondée en 1901, ces jeunes femmes, soeurs, filles ou fiancées de médecins, devront payer leurs études ou la pension et se plier à une discipline rigoureuse. Subordonné à la science médicale, l'enseignement qui leur est proposé doit informer, rendre efficace leurs actions et interdire toute possibilité de synthèse qui lui permettrait d'empiéter sur l'exercice du médecin.

Repris dans les écoles (privées, congréganistes, de la Croix-Rouge), ce stéréotype fait du métier d'infirmière une fonction principalement destinée à d'éternelles jeunes filles prédisposées par leurs qualités et leur origine sociale à mettre en valeur la vocation originelle de la femme. L'accomplissement de cette vocation, sacralisée par l'uniforme, est caractérisé par la double exigence de ce métier liée aux pratiques médicales et à la satisfaction d'accomplir une mission. En ce sens, les bénéfices de cet exercice professionnel ne peuvent reposer que sur la dévotion aux malades. Celle-ci constitue la seule motivation intrinsèque (relative au métier lui-même) légitime socialement et professionnellement et confère au métier une image sociale assimilée à une position sociale particulière. Cette double exigence rendra difficile l'estimation de cette prestation (de soins) qui oscille entre une surestimation technique de la valeur des soins et une minimisation de ce qu'elle fait, de ce qu'elle donne en dévouement. Définie par la tâche qu'elle réalise (domestique, thérapeutique, administrative), la fonction de l'infirmière suit le progrès des pratiques médicales. C'est donc

¹ A.Hamilton, op.cit, 1900.

autour de l'acte médical et, grâce à l'auxiliarat que l'infirmière va pouvoir entrer dans un rapport salarial.

L'exemple de F.Nightingale qui servira de modèle dans les écoles privées françaises est, à cet égard significatif. Cette jeune aristocrate anglaise, de foi protestante, se situe à mi-chemin entre la religieuse et la laïque. Au service de sa patrie, elle est respectueuse de toutes les religions, de toutes les nationalités et son idéal rejoint celui du philanthrope H.Dunant (fondateur de la Croix-Rouge et des premières conventions de Genève sur les secours aux blessés et sur les droits des prisonniers). Fondatrice du *nursing* moderne, elle incarne, à travers son engagement pendant la guerre de Crimée en 1854, la femme et la mère idéale de tous les fils souffrants et mourants pour la patrie. Par sa théorie sur les soins infirmiers et ses valeurs, elle légitime et valorise toute l'énergie qu'une femme peut investir dans sa relation au corps souffrant. En cela son modèle "laïco-patriotique" autorise les soignantes à se voir comme femme même si le célibat reste une condition sine qua non d'accès à la fonction et si la rémunération est abordée rapidement. Certes, cet idéal qui mêle compétences professionnelles, qualités sociales ou humaines et dimension vocationnelle ne peut être dissocié de l'expérience de F.Nightingale. Mais il renvoie aussi à un projet plus large d'émancipation des femmes soignantes "de bonne condition". Sous certains aspects (communauté et hiérarchie féminine placées sous l'autorité d'une supérieure, référence à la vocation), le modèle Nightingale est assez proche de l'organisation des soignantes françaises. Il s'en écarte aussi lorsqu'elle évoque l'indispensable fusion de l'école et de l'hôpital pour initier les élèves à l'exercice infirmier et plus encore par l'originalité des valeurs professionnelles qu'il sous-tend. Etabli sur le modèle d'une praticienne libérale, socialement sélectionnée, compétente et

instruite de pragmatisme et de morale, ce modèle est très éloigné de l'image de la simple exécutante. En revendiquant un secteur délimité d'intervention (promotion de la santé, prévention, défense de la qualité des soins, réhabilitation des femmes dans la pratique soignante) et en contrôlant la qualité du service rendu, il implique la défense de l'autonomie, de son activité et de ses instances de reproduction (associations, écoles, cadre de travail). Cette organisation communautaire et féminine de l'exercice infirmier renvoie à la création d'un champ professionnel organisé et contrôlé de l'intérieur par ces femmes agents de leur propre changement. "Le trait spécialement révolutionnaire du plan de réforme du nursing conçu par Nightingale, n'était en un mot, rien d'autre que l'exercice effectif d'une direction complète sur le personnel infirmier quant à sa discipline et à sa formation; ce mandat devait être repris des mains des hommes et être confié à une femme qui, elle même, devait être établie et compétente. Avant que son école ne s'ouvrît, la routine du travail, le plan d'éducation ou, souvent, l'absence d'éducation, étaient entièrement confiés aux directeurs des hôpitaux et au personnel médical"¹.

Devenue rapidement une référence pour l'ensemble des milieux infirmiers, cette conception de l'exercice infirmier et la logique qu'elle sous-tend sera commentée lors des Conseils Internationaux des Infirmières (C.I.I. créés en 1898) et diffusés dans le monde entier. Son action militante en faveur de l'art infirmier présenté comme un service essentiel et unique qui exige des savoirs, une formation et des devoirs, fait référence comme exemple d'une dynamique interne au milieu infirmier. Aujourd'hui encore, les écrits de F.Nightingale sont considérés dans certains courants du militantisme professionnel infirmier comme la première recherche en soins

¹ A. Hamilton, Plan pour les cours théoriques d'une école, école hospitalière de gardes-malades: système Florence Nightingale, Bordeaux, éd.Muller, 1900.

infirmiers. Fortement implanté aux Etats-Unis, il ne sera cependant jamais transposé dans le cadre français où prédominent, l'idéal de charité, le dévouement et la morale jusqu'au milieu du XXe siècle.

Entre ce modèle libéral proposé par F. Nightingale et le dirigisme étatique du Dr. Bourneville, des militantes professionnelles vont alors ouvrir la voie d'un compromis adapté au contexte institutionnel français. C'est sous leur impulsion que s'élabore une dynamique de négociation avec l'Etat et que se définit l'aire de cette négociation. Celle-ci s'étend à l'initiative privée dans les domaines de la formation et de l'exercice infirmier et reconnaît le rôle de l'Etat comme instance de réglementation et comme principe de légitimation. Nous faisons l'hypothèse qu'à côté du patronage étatique et médical qui a modelé cette nouvelle soignante, les acteurs porteurs de la logique d'action pragmatiste vont intervenir dans le champ sanitaire pour tenter de faire reconnaître un espace professionnel propre aux soins infirmiers.

2. La logique d'action (pragmatiste) empirique

Comme nous venons de le voir, l'institutionnalisation du métier d'infirmière est liée aux transformations du système de santé. Celles-ci ont modelé la fonction d'infirmière aux sens qu'elles assignent aux soins et aux contraintes qu'elles lui imposent. Pour autant, réduire l'émergence du métier d'infirmière à un patronage étatique et médical serait méconnaître les tendances fondamentales qui organisent la fonction d'infirmière et plus généralement le milieu infirmier. Très tôt, celui-ci apparaît aussi comme le produit d'une dynamique d'auto-transformation qui le spécifie des autres groupes professionnels du champ sanitaire. Parmi ces acteurs, nous avons

privilegié ceux dont l'activisme dans l'action sanitaire et sociale a eu des répercussions sur l'exercice infirmier. Il s'agit notamment de l'intervention de militantes professionnelles qui, au travers de leur action vont démontrer la légitimité de l'exercice infirmier mais aussi de soignantes qui vont tenter de faire valoir leur mode d'exercice dans le champ sanitaire. Nous avons qualifié d'empirique la logique d'action qui caractérise ces modes d'interventions dans les choses de la santé car elle s'enracine d'abord dans l'expérience de ces acteurs qui vont appliquer et promouvoir leur conception de l'exercice infirmier.

A cet égard, la guerre de 1914-18 constitue sans aucun doute un événement déterminant dans cette dynamique d'auto-transformation du milieu infirmier. Elle a notamment permis aux infirmières de sortir du conservatisme social dans lequel elles étaient maintenues jusqu'à présent. Certes, les quatre années de guerre marquent l'apothéose du modèle laïcopatriotique avec l'apparition de l'infirmière de la Croix-Rouge dans la mythologie guerrière en contrepoint du poilu. Mais l'engagement de ces femmes aux premiers jours de la mobilisation va aussi leur permettre d'acquérir une nouvelle reconnaissance sociale et professionnelle. A la différence des "munitionnettes" qui étonnent ou inquiètent les observateurs contemporains, la participation des infirmières au conflit est avant tout perçue comme un devoir de mère et de patriote. N'étant pas assimilées aux travailleuses, on ne craint pas son empiétement sur les activités masculines, ni son émancipation. Par ailleurs, les femmes qui se présentent le 1er août 1914 pour accomplir leur devoir sont d'abord les infirmières qui étaient déjà en exercice avant la guerre mais aussi des femmes sans occupation professionnelle issues des classes moyennes et supérieures. La composition de ce personnel est alors de plus en plus hétéroclite et l'éloge unanime qu'il

a reçu masque les diversités d'origines sociales et de rôles. Si on y retrouve un grand nombre de personnes de bonne volonté il y a aussi des "mondaines" et des solitaires qui finiront par se réfugier loin du front pour quitter l'hôpital à la fin de la guerre.

En réalité, dès 1915, l'insuffisance du personnel soignant masculin pousse les infirmières sur les lignes avancées. Dès lors, elles ne sont plus cantonnées dans les hôpitaux éloignés du front, et partout les infirmières étendent leur champ d'exercice. Elles ouvrent des infirmeries dans les gares et les trains, deviennent visiteuses à domicile pour soigner, rééduquer les tuberculeux, les mutilés et parfois gèrent des établissements (suffragistes écossaises installées dans l'abbaye de Royaumont). L'infirmière devient visible et de surcroît indissociable du fonctionnement de la société en guerre. Indispensable au fonctionnement des hôpitaux, elle est considérée comme un élément fonctionnel important de toute politique sanitaire. De nombreux rapports établis sous l'égide de l'académie de médecine, insistent sur le rôle spécifique de l'infirmière dans le domaine des soins, de la surveillance, de l'éducation et de la prévention. Quant aux hospitalières, les cinq années de guerre leur ont permis d'accroître leur autonomie, de décider et d'agir par elles-mêmes en fonction des connaissances qu'elles ont acquises dans l'urgence. L'infirmière fait désormais partie des "agents d'adaptation" qui participent au "service social" au côté des bénévoles. Sa formation devient une véritable éducation professionnelle globale et sa qualification est perçue comme un devoir vis à vis de la collectivité afin de répondre aux attentes et aux besoins générés par une société en pleine évolution.

Dès la fin de la guerre, le prestige, l'estime et la reconnaissance acquis par les femmes soignantes permettent à quelques personnalités féminines de stimuler une concertation entre les représentantes de la profession et les pouvoirs publics. Ces militantes (L.Chaptal, J.Delagrangé, Alphen-Salvador) qui côtoient d'éminents médecins vont trouver dans la professionnalisation du métier d'infirmière un moyen d'employer leur temps, leurs fortunes et leurs convictions. Souvent issues de riches familles françaises, bien insérées dans les milieux intellectuels et politiques, elles collaborent avec les acteurs libéraux impliqués comme elles dans l'action sociale. Avec d'autres femmes "de bonne condition", elles s'attachent à promouvoir l'éducation des jeunes filles auxquelles elles veulent donner une nouvelle place dans la société. Logiquement, c'est dans l'action sociale et plus particulièrement sur le métier d'infirmière qu'elles portent leurs efforts car il leur semble pouvoir contribuer activement à la promotion des femmes, tout en leur procurant des débouchés professionnels. Défenseurs de l'initiative privée dans le domaine de la formation des infirmières et de l'assistance sociale, leur mode d'intervention s'enracine d'abord dans leur expérience du travail social ou de l'enseignement.

Dès le début du XXe siècle, elles mettent en place des écoles d'infirmières sous le patronage de hautes personnalités (baronne de Rothschild, Mme Taine) qui garantissent l'honorabilité de la profession. L'exemple de Léonie Chaptal est à cet égard significatif. "Dame infirmière surveillante 1er degré" de la société de secours aux blessés militaires (1899) et "infirmière hospitalière des hôpitaux de Paris" (1903), elle exerce comme "infirmière visiteuse" dans le quartier populaire de la Plaisance à Paris où elle fonde et dirige une école privée d'infirmières. En 1903, elle finance et y installe un dispensaire antituberculeux, afin de démontrer qu'il est possible

de combattre ce fléau en développant une prise en charge socio-sanitaire. Grâce à son action, la mortalité par tuberculose passe de 80% à 45%. Ce résultat attire l'attention sur L.Chaptal qui devient membre du comité international de la tuberculose et définit, en 1910, à la conférence de Bruxelles "le rôle moral, scientifique et social de la femme dans la lutte contre la tuberculose". L'année suivante, lors de l'inauguration d'un hôpital privé médico-chirurgical créé sur son initiative, elle est désignée par le directeur de l'Assistance Publique, G.Mesureur comme "l'artisan de l'alliance entre l'Assistance publique et l'assistance privée". Nommée membre du Conseil supérieur de l'A.P. en 1913, L. Chaptal va prendre une part active aux débats qui se développent sur la place et le rôle de l'Etat dans le domaine de l'assistance. Comme la plupart des militantes de l'action sociale, elle considère que les lois sociales et les actions publiques sont nécessaires à la condition d'être mises en oeuvre par des personnes bien armées sur le plan technique et moral. Dans ce "service social" le rôle de l'infirmière moderne est alors appelé à s'élargir à tout ce qui touche l'éducation sanitaire et à la prévention médico-sociale. Au lendemain de la guerre, c'est à elle que le conseil supérieur de l'Assistance publique demande un rapport sur l'état de la profession infirmière et les moyens de l'améliorer. Elle produit en 1921 un texte décisif approuvé à l'unanimité par le conseil supérieur de l'Assistance publique présidé par P. Strauss. Devenu ministre de l'Hygiène, P. Strauss fait promulguer le décret du 27 juin 1922 qui donne à la profession infirmière une reconnaissance officielle.

Ce décret institue notamment trois brevets de capacité (infirmière visiteuse de la tuberculose, de l'enfance et infirmière hospitalière), qui permettent de porter le titre d'infirmière diplômée de l'état français. Dans le même temps est créé un conseil de perfectionnement des écoles

d'infirmières (C.P.E.I.) composé de médecins, d'infirmières et de directrices d'écoles, qui a en charge le programme officiel, l'organisation des sessions d'examens, l'habilitation et la surveillance des écoles (60 en 1923). Ce conseil, dont L.Chaptal est la vice-présidente et Mlle Delagrangre la secrétaire, est aussi un lieu d'échange d'expériences pédagogiques et d'idées nouvelles pour les directrices des écoles d'infirmières. Sa création marque un tournant décisif pour l'unification de l'enseignement, mais surtout il devient une instance de représentations et de négociations entre l'Etat et les représentants de la profession. Militantes et exigeantes, les femmes qui y interviennent, tentent d'imposer leur conception du métier d'infirmière légitimée par leur expérience mais sans assise sociale. Premières expertes socio-sanitaires, ces représentantes préfigurent la structuration verticale du groupe professionnel infirmier qui existe aujourd'hui.

Parallèlement, les associations professionnelles relayées par une presse spécialisée vont constituer pendant de nombreuses années un moyen efficace de diffusion de discours réflexifs sur le métier d'infirmière. Essentiellement animées par des directrices d'écoles ou des militantes, ces revues et ces associations n'ont pas cessé depuis de jouer un rôle actif, à la fois comme porte-parole et comme relais amplificateurs des changements à l'oeuvre dans la pratique. En 1924, il existe trois associations majeures dans le paysage professionnel des infirmières (l'ANIDEF, l'UCSS, la Croix-Rouge) avec un idéal commun déjà mûri entre 1900 et 1914, mais avec des représentations sensiblement différentes du métier d'infirmière. L'Union Catholique des Services sociaux de Santé se donne pour objectif de regrouper, d'organiser et de prendre en charge les intérêts des infirmières catholiques. Soutenue par la hiérarchie catholique, c'est par son intermédiaire que le gouvernement prend connaissance de la réflexion

chrétienne sur la profession. Pour sa fondatrice, Mlle Marie de Liron d'Arioles, l'infirmière doit avoir une morale confessionnelle plus que professionnelle. Les trois sociétés de Croix-Rouge qui forment une grande partie des infirmières fidèles au bénévolat, demandent à ces infirmières de participer indistinctement à l'une ou à l'autre de ces associations. Les objectifs de l'Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'Etat Français sont différents. Animée par des directrices d'école renommées, l'A.N.I.D.E.F¹ regroupe toutes les infirmières diplômées et milite pour améliorer la qualité des soins, stimuler l'effort professionnel, soutenir les intérêts professionnels des infirmières, encourager les échanges avec les infirmières de toutes nationalités². Reconnue et écoutée par le gouvernement, elle représente un enjeu diplomatique déterminant pour le groupe professionnel infirmier alors qu'elle ne regroupe que 3 000 adhérentes en 1932 et 4 000 en 1936. Une revue périodique, "l'infirmière française, revue mensuelle d'enseignement technique et de développement professionnel" publiée sous le patronage de P. Strauss (ministre de l'hygiène), se fait l'écho de ces objectifs. Les projets les plus ambitieux, évoqués à l'étranger, y sont retranscrits. Le discours y est fortement axé sur l'aspect technique du travail infirmier (les tours de mains), sur la nécessité d'échanger les expériences et les pratiques de soins avec les pays voisins. Les médecins y mentionnent le rôle scientifique des infirmières dans la recherche médicale (notamment par l'observation).

Sans pour autant surestimer le rôle de ces instances de représentation, il est indéniable qu'elles ont constitué un levier important d'auto-

¹ L'A.N.I.D.E.F. est affiliée au Conseil International des Infirmières dont L.Chaptal a été élue présidente en 1929.

² Affiliées au Conseil International des Infirmières en 1925, elles mettent tout en oeuvre pour être reconnues par leurs pairs sur le plan international. Aujourd'hui, les infirmières sont présentes à l'O.M.S et au B.I.T.

institutionnalisation du groupe professionnel infirmier. Indépendamment des résistances rencontrées, des dissensions, de la diversité des origines sociales qui ont eu pour effet de cliver les infirmières, leurs actions ont permis de mieux délimiter les fonctions, de clarifier les responsabilités mais aussi de faire reconnaître le statut de l'infirmière hospitalière. Certes, dans leurs réflexions, il est plus souvent question de définir ce qu'est l'infirmière ou ce qu'elle doit être et plus rarement de s'interroger sur la portée de l'acte infirmier¹. Mais c'est principalement parce que "l'institution totale", Ecole/Internat/Hôpital constitue le lieu unique d'apprentissage et d'exercice de ce rôle. Dans ce contexte, qui fait de l'infirmière un trait d'union entre le chef de service et le malade, les premiers écrits professionnels portent essentiellement sur les outils de cette double médiation entre médecins et infirmières, entre infirmières et malades. Ceux-ci ne peuvent alors être que de nature technique comme l'impose le fonctionnement des hôpitaux ou renvoyer à des principes moraux et éthiques. En ce sens, le "recodage" laïque d'une partie des valeurs spécifiques du travail de relation des soeurs, en "morale professionnelle" tend à définir un "ethos" de la relation ou de la prise en charge des malades. Au delà du conservatisme qui transparait dans la plupart des ouvrages destinés aux élèves, on peut aussi y déceler une première tentative de définition et de formalisation des pratiques de soins des infirmières. La vocation, la morale et les qualités décrites dans ces manuels renvoient alors aux nécessités et aux particularités de ce métier de la prise en charge. Ainsi, "l'éducation morale" porte sur les techniques de manipulation des corps, l'écoute des confidences, la discrétion, la neutralité, l'esprit d'initiative, l'aptitude à sympathiser, etc. Il s'agit là de règles de conduite qui, associées à l'apprentissage technique, définissent les qualités

¹ Il faudra attendre 1978 pour que le rôle propre soit intégré à la définition juridique de l'exercice.

qu'il faut promouvoir chez les élèves. Ainsi, lorsque L. Chaptal¹ demande aux infirmières de se dégager de toute routine, d'apprendre à exercer leur esprit d'observation sur l'entourage des malades, à sympathiser, à s'adapter, à partager avec les malades, elle contribue à définir quelques dimensions particulières du travail de médiation de l'infirmière.

Aujourd'hui encore, une grande partie de la dynamique professionnelle reste centrée sur cette conception de l'exercice infirmier à travers laquelle on cherche à promouvoir de nouveaux rôles (techniques, relationnels, administratifs, éducatifs, etc.) ou à formaliser de nouveaux outils (diagnostics infirmiers, recherches en soins infirmiers). En d'autres termes, il s'agit là aussi de construire une pédagogie du soin permettant de perfectionner ce rôle de médiation qui spécifie la pratique des infirmières hospitalières.

Dès lors, on comprend que la première tentative d'approche alternative des soins infirmiers ait émergé à la marge de l'institution hospitalière. En dépit d'une formation commune aux hospitalières et aux visiteuses, ces dernières vont adopter un mode d'exercice différent. Au sein de la logique d'action empirique, le choix des visiteuses s'apparente alors à une stratégie de différenciation qui préfigure un processus de spécialisation dans le champ de l'action sociale. Bien qu'éphémères², les infirmières visiteuses ont eu pour mission de résorber les séquelles de la grande guerre. Ces professionnelles de première ligne de la médecine préventive, issues des bénévoles et des visiteuses des pauvres, vont transformer leur rôle en une activité sanitaire méthodique organisée autour d'un contenu professionnel

¹ C'est le cas aussi des ouvrages de L.Chaptal, Morale professionnelle de l'infirmière, Paris, éd. Poivrat, 1935. Le livre de l'infirmière, Paris, Masson, 1936.

² Elles n'ont existé que de 1922 à 1938, date; où le diplôme d'infirmière visiteuse fusionne avec celui d'assistante sociale.

précis. Spécialisée en tuberculose ou en puériculture, la fonction de visiteuses d'hygiène sociale, repose sur les principes de l'éducation sanitaire de masse et s'appuie sur l'action des dispensaires. Soutenues par les premières réformatrices de la profession comme L.Chaptal, J.Delagrangé, mais aussi par des hommes politiques comme L .Bourgeois¹ ou H. Sellier² et de nombreux médecins convaincus de l'efficacité d'une médecine préventive, ces femmes sont souvent issues de milieux aisés et ont reçu pour la plupart une éducation secondaire ou supérieure³. Présentes au sein de l'ANIDEF, elles se proposent "d'étudier toutes les questions destinées à améliorer la santé publique et de stimuler dans ce sens l'effort professionnel". Aussi, dès 1926, elles démontrent leur dynamisme en mettant en place la première enquête professionnelle⁴ sur le nombre et la qualité des infirmières visiteuses d'hygiène.

Déjà, en 1901 le docteur A. Calmette avait créé à Lille, le premier dispensaire antituberculeux qui servit de modèle jusqu'aux Etats-Unis. Dans un premier temps, il tente d'employer des "moniteurs d'hygiène", recrutés dans le milieu ouvrier. Mais les visites à domicile de ces hommes sont peu efficaces tant ils rencontrent de difficultés à pénétrer l'intimité de la sphère domestique des familles. A la fin de la guerre, les problèmes sanitaires s'aggravent et à la faveur d'un mouvement d'opinion, l'association des visiteuses est reconnue d'utilité publique. Rapidement un réseau d'institutions se met en place et l'infirmière visiteuse en devient la cheville

¹ Le ministre Léon Bourgeois, dont la fille était décédée de la tuberculose s'est fait l'apôtre de la lutte antituberculeuse. Il sera un des initiateurs du projet de loi sur les dispensaires d'hygiène sociale voté en 1916.

² Ministre de la Santé sous le Front populaire et apôtre du "socialisme municipal" qu'il applique dans la ville de Suresnes où il est élu maire.

³ A la fin des années 30, elles sont entre 68% à 78% à avoir reçu une éducation secondaire ou supérieure.

⁴ Il faudra attendre 1958 pour avoir une autre enquête sur les infirmières en France.

ouvrière. Elle a pour mission de remonter les chaînes de causalité de la maladie à partir d'un interrogatoire et d'enquêtes à domicile. C'est à elle que revient le diagnostic sociale et nosocomiale de la maladie grâce à une consultation ouverte qui doit penser la causalité de façon multivariée¹. Pensée et mise en place par les chefs de service hospitaliers, cette forme de prise en charge socio-santiaire des patients, de leur entourage, de leur histoire et de leur condition de vie inquiète les médecins libéraux. Bien qu'ils ne désirent pas procéder eux-mêmes à cette éducation et à la surveillance des traitements, ils craignent qu'en autorisant les visiteuses à réaliser des soins à domicile, celles-ci se substituent à leur rôle. Employées par des services publics, semi-publics ou privés, elles tiennent permanences et pratiquent couramment la visite à domicile. Avec un rôle social en amont et en aval des soins hospitaliers, elles ont non seulement une vue d'ensemble des problèmes de santé mais surtout elles sont libérées de l'emprise de l'institution hospitalière. Alors que les hospitalières vont rechercher dans l'auxiliarat médical et la technique une issue aux valeurs morales, chez les visiteuses c'est la dimension sociale qui va supplanter les techniques médicales. Perçue comme un élément essentiel de la médecine préventive, la vaccination par le B.C.G. accroît encore le rôle des dispensaires et donne aux visites à domicile une justification supplémentaire. Les infirmières visiteuses ne seront d'ailleurs jamais supprimées, elles vont se fondre avec le corps des assistantes sociales en 1938.

Pour Y.Knibiehler², on peut expliquer cette évolution par des raisons médicales et sociales³. En dépit d'un enseignement théorique voulu par le

¹ En 1930 elles sont environ 2400.

² Y.Knibiehler, *Cornettes et blouses blanches*, op.cit, 1984.

³ Bien que les acteurs en présence diffèrent, on retrouve ces résistances dans les différentes institutions (école, armée, entreprise) où ces professionnelles de l'hygiène sociale ont tenté de s'installer.

corps médical, les pratiques de soins et le mode innovant de prise en charge (enquêtes sociales, fiches, etc.) accordent trop d'autonomie aux visiteuses. Avec des pratiques de soins prises dans plusieurs champs, elles provoquent méfiances et inquiétudes corporatistes chez les médecins qui ignorent et bafouent leur autorité. Les tensions perpétuelles entre médecins libéraux et visiteuses auront raison des activités médicales de ces dernières. Enfin, au début des années 30, il apparaît clairement que la cause essentielle de la maladie est autant la misère que le microbe. De fait, beaucoup de visiteuses ont vu dans la spécialisation permise grâce à la multiplication des lois sociales, une extension de leurs compétences et une formalisation de leur rôle autour du recueil d'informations et de l'aide juridique et pratique. D'une façon générale, tant que les visiteuses se sont occupées de puériculture ou de lutte antituberculeuse, elles ont rencontré peu de réticences et ont bénéficié du soutien des pouvoirs publics. Mais lorsqu'elles ont voulu s'imposer dans des institutions anciennes et structurées (écoles, armée, entreprises industrielles), les résistances plus ou moins déclarées ont surgi. Même les soins à domicile n'ont pas évolué selon les souhaits des hygiénistes. Dans tous ces secteurs, l'infirmière n'a pas réussi à imposer sa spécificité.

3. Premier signe d'effritement du modèle laïco-patriotique

On peut évaluer le chemin parcouru durant cette période à la distance qui sépare un ouvrage comme celui de Saint-Joseph de Cluny, "au chevet de la souffrance" (1936-1955) où la morale, la vocation et les valeurs chrétiennes sont mises au premier plan, et celui d'une cheftaine de l'école Florence Nightingale de Bordeaux, "L'infirmière hospitalière, guide théorique et pratique" (1938-1952) où l'auteur fait un effort afin de définir

la notion de "soins infirmiers" et de réunir théorie et pratique. Des années 1920 aux années 1960, tout le problème de la définition des contenus de formation des infirmières renvoie à la recherche d'une complémentarité satisfaisante entre théorie et pratique ou pour le dire autrement entre pratique médicale et infirmière. Dès lors, le métier d'infirmière ne sera perçu qu'à travers le prisme d'un monde clos: celui de l'hôpital public qui lui assigne des formes rigides, des valeurs verticales et uniformes. Issue de cette institution totale qu'est l'école-hôpital, l'infirmière sera formée aux rituels comme à la vie commune étroite et contrôlée de ces institutions.

a) Certes, les pionnières ont défini un nouveau portrait de l'infirmière assez différent de celui qu'avaient proposé les médecins de la Belle Epoque mais l'inertie des routines et des traditions comme les réticences des médecins ont aussi tempéré leurs espérances. En réalité, la conception du métier d'infirmière qui a prévalu au point de rencontre de ces deux logiques d'action pragmatiste (bureaucratique, empirique) correspond avant tout à un compromis caractérisé par la double exigence d'une fonction qui amène les infirmières à développer un contenu professionnel à caractère technique et relationnel. Ce mode d'identification rendra difficile l'identification et l'estimation de la prestation de soins des infirmières contribuant de fait une reconnaissance partielle de la pratique infirmière. Reconnaissance qui oscille entre une surestimation de la valeur des gestes techniques et une minimisation de ce qu'elle fait, de ce qu'elle est. En d'autres termes, le métier d'infirmière reste une ascèse individuelle en dépit des efforts et de l'activisme des militantes.

D'une part, les actions de ces femmes ne s'appuient pas sur une concertation élargie des infirmières. Au delà des initiatives des visiteuses et

des réflexions engagées sur la fonction d'infirmière, l'enjeu que recouvre l'activisme de ces militantes professionnelles est peu perçu par les infirmières. En dépit des organisations mises en place (associations, syndicats, périodiques, commissions, etc.), la volonté lucide et persévérante de ces pionnières semble avoir manqué de relais et leur action va considérablement s'estomper jusqu'aux années 60. Enfin, dans leur combativité, les pionnières laissent dans l'ombre le problème des salaires. D'autre part, si la reconnaissance officielle de la fonction semble établie, la lenteur avec laquelle s'est effectué le contrôle de l'Etat sur les formations et le recrutement révèle les réticences des institutions¹. Bien que contrôlées par le bureau central des infirmières, de nombreuses équivalences sont attribuées à des soignantes en exercice et les hôpitaux continuent de recruter des non-diplômées qu'ils rétribuent plus modestement. Ainsi avant 1945, on compte encore 50% de bénévoles et 70% d'infirmières qui exercent sans titre et sans formation. Au delà des bénéfices que procure cette main-d'oeuvre "captive" pour l'administration hospitalière, ce constat démontre que la fonction d'infirmière est avant tout perçue comme l'expression d'une vocation sacralisée par l'uniforme. Certes, la technique tend à édifier un début de contenu professionnel, mais elle demeure attachée à la notion de service qui guide l'exercice et confond l'infirmière et la fonction. De fait, si l'infirmière est devenue le support indispensable de la pratique médicale, la valeur de sa prestation de soins demeure inestimable ou pour le moins sous-évaluée.

b) Par ailleurs, au lendemain de la guerre, les problèmes sanitaires ne figurent pas au premier rang des priorités. Le plan de modernisation et

¹ En réalité c'est en 1943 (la loi du 15 juillet 1943), sous le régime de Vichy, qu'apparaît la première définition de la profession ainsi que l'obligation de recruter des infirmières diplômées d'Etat dans les établissements hospitaliers publics.

d'équipement visait surtout à aider les secteurs touchés par l'occupation du pays: industrie, transports, agriculture. Aussi, en dépit des efforts de rationalité juridique et d'optimisation financière, la situation des hôpitaux restait dans le domaine de l'architecture hospitalière, des conditions d'accueil et de séjour des malades, très médiocre. Les salles communes pléthoriques et la promiscuité renforcent l'image dévalorisée d'établissements qui ne parviennent pas à capter la confiance d'une grande majorité de la population qui recourait d'abord à une médecine libérale avant d'être orientée sur le marché secondaire des établissements hospitaliers.

Dans ce cadre, l'apparition de l'hôpital moderne, mélange de haute technologie et de pratiques médicales de plus en plus scientifiquement sophistiquées, s'explique à l'évidence non seulement par le développement de la recherche médicale et du progrès pharmaceutique, mais également par la création et l'extension des régimes légaux et obligatoires d'assurance-maladie. Bien que l'on ne constate pas un parallélisme fidèle entre les grandes réformes hospitalières postérieures à la Deuxième guerre mondiale et les dispositions législatives ou réglementaires en matière de protection sociale, le système de santé publique va progressivement s'organiser avec l'apparition de la notion d'assurance en matière de maladie notamment et l'édification de la sécurité sociale bâtie sur le socle du tiers-payant. Instrumentalisé avec la généralisation de la sécurité sociale, "l'Etat social" prend en charge la promotion de la société. Il impose une politique volontariste pour définir les grands équilibres, les domaines d'investissements et améliorer le fonctionnement des hôpitaux. L'accès aux soins hospitaliers pour tous les citoyens est affirmé comme un droit, et l'hôpital qui demeure un établissement autonome, fait désormais parti du

service public hospitalier. Au cours de cette période qui s'étend jusqu'aux années 1970¹, de nombreux établissements publics ou privés sont construits ou rénovés. Souvent qualifiée de "far-west" hospitalier, cette "ère" de l'hôpital comme plaque tournante du marché de soins n'est compréhensible que si l'on considère qu'elle accroît la propriété sociale de l'Etat et affirme son ambition de conduire le progrès. La protection de tous par la solidarité et les assurances (qui financent le fonctionnement du système de santé) va ainsi dynamiser l'offre de soins. Bien que la croissance soit loin de résoudre les problèmes sanitaires², la mise en place de la protection sociale et du service public hospitalier montre d'une part, que l'avenir des institutions de santé est lié à l'économie politique, et d'autre part que la santé représente désormais un enjeu social. En dépit des disparités, selon les structures et les implantations géographiques, cette spécialisation technique des établissements exige un renforcement des moyens humains et matériels. Pour les frais de personnels (passés de 48 % à 67 % entre 1938 et 1969) comme pour l'activité générale des services hospitaliers, l'intensité de cette progression en matière de recrutement du corps médical et paramédical reflète celle d'établissements de plus en plus médicalisés.

Avec la révolution technico-scientifique du tournant du siècle, l'hôpital moderne change de raison sociale et l'infirmière devient la dispensatrice qualifiée de soins à toutes les catégories de la population. La généralisation des cours théoriques intègre alors les infirmières dans une vaste mutation de la production, de la diffusion et de la hiérarchisation des connaissances médicales et scientifiques. Parallèlement, après la seconde guerre mondiale,

¹ Cette période d'expansion n'aura pas duré deux ans. Les dispositions législatives et réglementaires prises en 1979, 1983, 1984, 1985 et 1987 sont intervenues pour placer les hôpitaux publics sous haute surveillance. Sur ce point voir CH. Maillard, Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours, Paris, Dunod, 1986.

² J.K. Galbraith montre que la croissance est loin de résoudre les problèmes de santé. L'Ère de l'opulence, Paris, Calmann-Lévy, 1970.

le modèle de la formation intrégrale se lézarde. La "morale professionnelle" change de contenu sous l'influence de l'hygiène sociale mais aussi en relation avec les progrès des sciences humaines. Les mentalités évoluent et les infirmières revendiquent une séparation des sphères privées et professionnelles comme elles n'acceptent plus d'être sous-payées et de subir des conditions de travail qui les marginalisent dans la société (A titre d'exemple, en 1950, une jeune infirmière diplômée percevait 18 000 fr (anciens) par mois alors qu'un ouvrier qualifié en percevait le double). Dans les années soixantes, la presse et les associations professionnelles se font l'écho des inquiétudes des infirmières. Les surveillantes entreprennent d'analyser méthodiquement le travail et les actes accomplis au cours d'une journée de travail. Les faits d'ordre démographique, économique ou statistique sont pris en considération et sans remettre en cause le procès de production thérapeutiques, la dépersonnalisation des soins est critiquée. En d'autres termes, les infirmières tentent de se situer par rapport à l'ensemble des femmes actives et par rapport aux projets du quatrième plan d'équipement sanitaire et social. Dès lors, ce bouillonnement idéologique n'a plus cessé de s'amplifier, ni la contestation de se durcir.

CHAPITRE 3

La logique d'action instrumentale ou quand les modèles professionnels et la rationalisation technocratique se rencontrent

Comme nous venons de le voir, c'est au confluent de deux logiques d'actions qu'émerge la forme contemporaine du métier d'infirmière. Les enjeux de la laïcisation et de la professionnalisation de la fonction d'infirmière étaient de maintenir la fonction communautaire d'aide aux malades et de ne pas faire de l'infirmière une simple auxiliaire du médecin. En ce sens, l'action prosélyte de personnalités marquantes comme L. Chaptal a contribué à perpétuer, au coeur même de la médecine moderne, la légitimité d'une activité de nature traditionnelle. Cependant, la diversité des modes d'exercice, des origines sociales comme les modes de recrutement contrarient les objectifs et les efforts d'homogénéisation des pionnières. C'est alors essentiellement à partir du mode d'exercice de l'hospitalière que va se forger un "imaginaire social commun".

Il est difficile d'estimer l'importance de la poussée hospitalière, car elle va faire de l'infirmière une salariée contrainte d'affirmer sa spécificité dans un environnement bureaucratique où de nouveaux métiers tentent de faire reconnaître leur propre territoire. Leur présence massive dans ces institutions en fait cependant un centre de gravité du groupe professionnel infirmier. Ainsi, entre 1970 et 1980, les effectifs des professions médicales et paramédicales¹ ont progressé respectivement de 68% et de 90%. A partir

¹ F. Acker, et G. Denis, "Professions et emplois de la santé. Points de repère pour un secteur en évolution", BREF CEREQ, n° 40, 1989.

des années 1980, le mouvement est moins marqué dans son ensemble et varie selon les segments professionnels et les secteurs d'activités. Le secteur hospitalier ne créant plus d'emplois, le personnel infirmier ne progresse que dans l'hospitalisation privée et dans le secteur libéral. Bien que les mouvements démographiques ne disent rien sur les contenus et les modalités de la pratique professionnelle, on peut interpréter l'engagement des infirmières sur le front social dès le début des années 1980 en liaison avec le ralentissement du taux de croissance des effectifs et l'augmentation des pathologies dites lourdes qui auraient augmenté la charge individuelle de travail.

Cependant, si les difficultés financières et les contraintes professionnelles ont eu pour effet de focaliser l'attention sur les problèmes matériels, force est de constater que cette dégradation des conditions de travail dont elles font état relève à la fois d'une évolution objective mais aussi d'une série d'éléments plus subjectifs, (tels que la qualité de travail, la représentation de ce que devrait être leur place dans la division du travail hospitalier ou l'investissement consenti lors de leurs études) insuffisamment prise en compte dans la relation salariale. Ce constat n'est pas nouveau, ni spécifique aux infirmières mais les doléances précises semblent renvoyer à des phénomènes plus profonds et plus complexes qui, par-delà même les revendications matérielles ou les frustrations liées au statut et la position occupée, soulèvent celle de la remise en cause du système de valeur qui fonde la légitimité de leur pratique. La multiplication des mouvements sociaux depuis les années 1980 chez ces personnels de santé traditionnellement peu engagés sur le front social est à cet égard exemplaire. Au delà des formes originales qu'elles ont pu prendre, ces actions collectives traduisent une évolution des pratiques sociales qui jusque-là

valorisaient le service au détriment de tout engagement politique et de toute action collective. Si il y a peu, la suspension de l'activité de soins dans le cadre d'une grève était aussi déplacée que l'invocation d'arguments financiers, les infirmières ont aujourd'hui supplanté ces réserves et démontré une prise de conscience par rapport à un environnement professionnel plus global¹.

Pourtant, cette évocation d'un "environnement en crise" qui se dégage des discours soignants, ne peut manquer d'apparaître paradoxal dans une période où la consommation médicale ne cesse de croître et où l'efficacité technique du système de santé n'a jamais été socialement autant reconnue. Or, il semble que ces indices ne suffisent pas à induire parmi les soignants une perception indiscutable de leur utilité sociale notamment dans le cadre de la production thérapeutique et de l'organisation du travail. Bien que ces discours sur la crise doivent avant tout être considérés comme des signes à décrypter², ils questionnent d'une manière inédite ce qu'Anselm Strauss appelle le "travail d'articulation"³ dans la production hospitalière des soins et des traitements. Articulation des différents registres de l'activité thérapeutique (relationnel et affectif, communautaire et traditionnel, cognitif et technique) à partir desquels chaque groupe professionnel s'est constitué un domaine thérapeutique propre justifié par la production, la formalisation,

¹ Le salaire octroyé est un indice de la valeur accordée au travail et aux travailleurs, mais la révolte des infirmières s'étend au-delà et renvoie à un désespoir vis à vis de l'Etat comme responsable de l'intérêt public. Ainsi, à la sortie de la nuit de négociations du 13 octobre 1988, un des conseillers du ministre déclare: "On leur propose une nouvelle grille de salaires et ils répondent en racontant leur vie. Comment voulez-vous négocier?".

² L'analyse sociologique ne peut se réduire à l'explication du discours des agents, voir à sa justification. A la fois produit de représentations hétérogènes et traduction de rapports de force, ce sont les enjeux sociaux sous-jacents du discours sur la crise et les réalités sociales qui le sous-tendent, l'appuient ou le récusent qui sont objet d'analyses.

³ Dans A. Strauss, La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par I. Baszanger, Paris, L'Harmattan, 1992.

la mobilisation de savoirs et de compétences singulières et distinctives, plus ou moins ésotériques, sur les pathologies et les remèdes.

Or, on le sait, l'évolution de la médecine hospitalière s'est faite en faveur de la dimension scientifique avec pour conséquence la spécialisation des connaissances dans la gestion des pathologies organiques, l'atomisation et la technicisation des interventions. Cette orientation intervient précisément au moment où l'activité hospitalière est pénétrée par la "rationalité technocratique" qui, avec la politique de planification devient un élément essentiel de régulation des coûts et du développement de l'hôpital. Ainsi, du milieu des années 1940 aux années 1970, les étapes successives de la planification ne feront que renforcer l'action de l'Etat dans le contrôle du système hospitalier afin d'obtenir une efficacité maximale au moindre coût. Plus récemment, l'instauration de la maîtrise budgétaire par les hôpitaux caractérisée par la mise en place de nouveaux instruments de gestion inspirés des Mécanismes Type Marché¹ s'inscrit dans cette logique contradictoire: accorder la priorité aux besoins sanitaires et réguler le système sanitaire visant à les satisfaire ou laisser se développer un secteur qui ne couvre que les besoins correspondants à sa propre logique.

Les changements induits par ces mutations sur le fonctionnement de l'hôpital sont multiples. Ils interviennent à des niveaux et selon des temporalités différentes. Le modèle techniciste des CHU qui doit, pour rester compétitif se développer, se spécialiser, s'équiper, rationaliser la prise en charge des patients et les soins, apparaît de ce point de vue dominant. Or, nos observations montrent qu'à l'hôpital, la plupart des innovations ne remet pas en cause le découpage institutionnel mais vient se fondre ou renforcer la

¹ L'idée générale est que l'efficacité sera améliorée en se rapprochant des pratiques en vigueur dans les entreprises privées et en se soumettant aux régulations du marché.

division du travail existante. Bien que leur mise en place donne parfois l'illusion du changement, elles relèvent généralement de la routine, pour un personnel qui a appris de longue date à prendre en compte les contraintes de l'organisation hospitalière.

A contrario, le changement de paradigme organisationnel induit par la rationalisation de l'hôpital, pose avec acuité le problème d'une structuration globale à long terme des technologies par le mode d'organisation et de gestion. De façon différenciée selon les catégories de personnels, la rationalisation néo-libérale et les formes organisationnelles qu'elle produit affecte le contenu même de l'activité soignante et plus généralement l'institution sanitaire. Se pose alors la question de l'innovation en milieu hospitalier. L'innovation peut-elle être intrinsèquement technique ou sa réalité même peut-elle être négociée sans cesse au point de présenter avant tout un caractère institutionnel ?

Ces innovations sont présentées tantôt comme des ressources mobilisables par les différents acteurs hospitaliers, (de nouvelles potentialités autour desquelles se recompose le travail soignant) ou comme des contraintes (un nouveau déterminisme imposé "d'en haut" par les gestionnaires hospitaliers, nouveaux stratèges de la régulation marchande du système hospitalier). Selon l'angle de prise de vue (global ou localisé) l'hôpital stratégique produit cloisonnement, intensification et contrôle "tatillon" du travail avec une "déqualification-surqualification" des personnels hospitaliers ou au contraire enrichissement du travail soignant stimulé par les nouvelles technologies et les démarches participatives d'un encadrement direct qui tente d'élargir les frontières des services, de promouvoir de nouvelles formes de prise en charge des patients.

Observateur de la "révolution informationnelle"¹ qui traverse l'hôpital public, nous ne pouvons nous résoudre à adopter l'une ou l'autre de ces approches tant les situations rencontrées, les éléments recueillis contredisent, invalident ou confirment les effets cités. Qu'elles soient d'ordre technique, organisationnel ou gestionnaire, ces mutations doivent avant tout être saisies comme "des potentialités contradictoires et non comme des conséquences automatiques d'une évolution linéaire"². Les pages qui suivent ne renvoient pas pour autant à une troisième voie ou une analyse exhaustive de ces transformations et de leurs modalités de mise en oeuvre. Comme pour les chapitres précédents, il s'agit plutôt d'une approche transversale qui tente de rendre lisible cette dynamique au niveau du fonctionnement interne des établissements à travers l'évolution de l'organisation et du contenu du travail soignant³. Certains traits de l'exercice hospitalier nous sont apparus plus significatifs que d'autres au regard des incidences qu'ils ont eu sur la médiation des relations entre les personnels hospitaliers, entre ces personnels et les usagers, sur les interactions entre technologie et professionnalité, sur la rationalisation de l'activité soignante. Ces traits constituent en quelque sorte un héritage des transformations du système hospitalier qui marque l'évolution récente des CHU.

¹ Le terme est de J. Lojkine, il renvoie aux bouleversements induits par les nouvelles technologies de l'information. Lojkine. J, La révolution informationnelle, Paris, PUF, 1992.

² J. Lojkine, La révolution informationnelle, op.cit, 1992.

³ Nous avons bien conscience que cette approche n'est pas originale. Elle doit avant tout être considérée comme un travail d'apprenti-chercheur qui après avoir compulsé la littérature classique (sur la médecine, l'hôpital et les infirmières) et l'avoir confrontée à la diversité des données d'observation s'est heurté:

- aux limites d'une approche de l'exercice infirmier fondée sur une causalité linéaire qui présente l'hospitalière comme une technicienne de soins soumise aux contraintes imposées par son environnement de travail;

- aux limites d'une approche centrée exclusivement sur la position des infirmières dans l'organisation hospitalière qui exclut les transformations du champ sanitaire et de la production thérapeutique hospitalière.

C'est donc à partir de données de nature différente que nous avons tenté cette mise à plat des variables influentes sur l'exercice infirmier.

Dans ce cadre, la logique d'action instrumentale renvoie à l'instrumentalisation de l'action de soins organisée selon un découpage organique, physiologique et séquentiel¹ des patients. Elle se caractérise par des formes plus ou moins abouties de mobilisation professionnelle autour du rôle des technologies et (ou) des outils de gestion appliqués à l'exercice hospitalier. Elle amène à tenir compte des variables influentes et à montrer que ce sont les rapports que les acteurs entretiennent par la médiation technico-gestionnaire qui orientent, bloquent ou stimulent les différentes formes d'appropriations sociales de ces outils. Bien que la logique d'action instrumentale s'appuie sur une combinaison d'outils, nous avons distingué ici deux aspects, tant les enjeux et les ambiguïtés qu'ils sous-tendent nous paraissent différents. Dans un premier temps, ce sont essentiellement les traits liés à la diffusion des techniques et son incidence sur l'exercice hospitalier qui seront évoqués. Les acteurs sont ici bien connus: médecins, directeurs, tutelles. Dans un deuxième temps, notre attention s'est portée sur des acteurs, moins visibles socialement, mais qui ont contribué de façon tout aussi décisive à rendre opérationnel cet hôpital du troisième type: l'encadrement soignant. Pour chacun des aspects, nous évoquerons successivement sa base socioculturelle, ses incidences sur l'exercice infirmier et ses limites dans le cadre hospitalier².

¹ Le découpage séquentiel renvoie aux différentes phases d'investigation et de traitement du malade selon un parcours défini par des protocoles standardisés et plus ou moins adaptés ou adaptables à son évolution pathologique.

² La partie suivante explorera plus en détail les incidences de ces mutations sur les pratiques de soins des infirmières.

1. Incidences de la collusion entre la rationalisation technico-gestionnaire et la diaspora médicale sur l'exercice hospitalier

Amorcée au cours du XXe siècle, la médicalisation de l'hôpital s'appuie d'abord sur les dispositions législatives de 1941, 1958 et 1970 qui ont eu pour objectif la construction d'une infrastructure hospitalière capable d'accueillir une population croissante et de stimuler la recherche et l'innovation médicale. Inspirée des modifications brutales que la fondation Rockefeller et Flexner¹ imposèrent aux écoles médicales américaines entre 1910 et 1920, l'ordonnance de 1958² relative à la création des Centres Hospitaliers et Universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, marque un tournant dans l'évolution hospitalière. Elle impose une nouvelle définition de l'hôpital marquée par l'insertion des sciences fondamentales désormais placées au même niveau que les sciences cliniques, le rassemblement au sein d'une même institution (les CHU) des activités de soins, d'enseignement et de recherche et la fin d'une médecine rattachée au secteur libéral avec l'astreinte du plein temps.

Cependant, malgré une adhésion quasiment générale aux effets d'une réforme³ qui confère un statut scientifique à la pratique hospitalière et une

¹ La réforme Flexner qui fit instituer la sélection, le barrage scientifique, le plein temps, etc., s'est traduite par l'hypertrophie du scientisme et de la spécialisation, la création d'un enseignement universitaire résolument axé sur la recherche au détriment de la pédagogie, la fin des omnipraticiens. Dès 1958 se dessine une réaction anti-flexnérienne aux Etats-Unis.

² Elle a été pour l'essentiel de son contenu, l'oeuvre du "Comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sociale" instituée par le décret du 18 septembre 1956 et présidée par le professeur R.Debré. Sur la réforme de 1958 et ses attendues voir, H. Jamous, Sociologie de la décision, la réforme des études médicales et des structures hospitalières, Paris, CNRS, 1969.

³ Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la France se caractérise par le "quasi-monopole" de la médecine hospitalière clinique. Le système hospitalier et universitaire est alors auto-entretenu par les cliniciens et n'intègre pas ceux dont dépendaient le plus les progrès spectaculaires de la médecine.

image dominante des Centres Hospitaliers Universitaires comme lieu de pratiques scientifiques spécialisées, son application a été limitée notamment par rapport à la volonté de briser le particularisme du corps médical hospitalier¹. Bien qu'elle autorise en principe la coexistence de deux formes d'exercice de la médecine dans les CHU, la loi Debré donne en fait une prépondérance au "plein temps". Rouage permanent et influent² de l'organisation hospitalière, le praticien³ va asseoir sa légitimité sur la base du service. Cette notion, qui prolonge celle du "service de santé de l'hôpital"⁴, trouve dans la création du plein temps hospitalier une justification administrative et médicale qui va faire émerger chez les praticiens un sentiment de propriété sur les installations et les personnels mis à leur disposition. Pour beaucoup d'observateurs, l'hôpital est présenté comme "l'atelier du médecin": il utilise les ressources que l'hôpital met à sa disposition, au service d'objectifs qui ne coïncident pas forcément avec ceux de l'institution hospitalière.

¹ Dès 1965, l'idée d'un travail en équipes médicales interdisciplinaires au sein des départements d'activités médicales associées et des départements de gestion commune est perçue comme une solution possible afin de rompre avec l'organisation de l'hôpital en services autonomes et indépendants. En dépit de grands mouvements de contestation hospitalière, les conseils de service ou de département seront mis en place très progressivement à partir de 1991. L'expérience prouve qu'ils n'ont pas rencontré un vif succès et qu'ils ne modifient pas les pratiques des praticiens.

² Grâce au rôle qui leur est attribué dans la "commission médicale consultative" et la "commission administrative d'établissement", l'indépendance professionnelle du médecin se double et se renforce de l'autonomie accordée au service hospitalier tant sur le plan de la gestion que de la spécialisation des soins. C'est une des raisons qui sera invoquée pour expliquer la dérive inflationniste des dépenses hospitalières.

³ La création de postes de praticiens hospitaliers date de 1987. C'est donc par une volonté politique, deux fois réaffirmée, qu'ont été liées les destinées des médecins et de l'hôpital.

⁴ La reconnaissance effective des "services de santé de l'hôpital" remonte à la loi de 1941 et au décret de 1943. Répartie par disciplines, leur direction technique est confiée à un chef de service qui dispose de lits affectés à la discipline et de moyens en personnels, notamment médical. Pour une analyse critique de ce mode de fonctionnement voir J. Courquet, L'hôpital aujourd'hui et demain, Paris Seuil, 1971. ou J. Saliba, "Evolution de l'hôpital public, stratégies, pouvoirs, objectifs", Revue Projet, n°20, 1974.

Cependant, la mise en place d'une manufacture hospitalière autour de grands services donnait à l'ensemble un équilibre socio-organisationnel¹ qui devait consacrer l'émergence du service public hospitalier en France. La période 1960-1975 correspond à cette phase de construction d'établissements, favorisée par la politique d'aménagement et de quadrillage du territoire par des infrastructures et des équipements lourds. Le grand nombre d'emplois créés, le recrutement de praticiens de haut niveau ainsi que l'utilisation de technologies de pointe ont assuré à l'hôpital public une position enviable à l'égard d'un secteur privé encore limité.

1.1 L'hôpital universitaire ou quand la conception prend le pas sur l'application

Sans doute justifiée par le rapport entre savoir et pratique médicale, entre développement des connaissances et progrès de la médecine, l'ordonnance de 1958 permit d'apposer la dimension universitaire à la structure de l'hôpital. Institutions d'enseignement, de recherche et de soins, les CHU vont devenir des instances de production et de reproduction de l'élite médicale et paramédicale. On le sait, cette médicalisation de l'hôpital a eu pour conséquence de façonner un modèle d'organisation où la gestion

¹ La réforme de 1954 a permis d'attirer les médecins sur la base d'un quasi contrat. D'un côté, les médecins acceptaient le statut du plein temps hospitalier et drainaient leur clientèle vers l'hôpital. De l'autre, les pouvoirs publics les autorisaient à garder un "secteur privé" au titre duquel ils pouvaient continuer à consulter et à hospitaliser des malades dans des conditions proches du secteur libéral. Bien que les incidences de cette mesure soient aujourd'hui connues rappelons que:

- dans tous les services hospitaliers, les PHU se sont assurés un quasi-monopole des lits "de clinique ouverte";
- le développement de l'exercice "privé" de la médecine s'est effectué au détriment du secteur intégralement public;
- les médecins hospitaliers à temps partiel (qui ne possèdent pas de secteur privé à l'hôpital) utilisent leur activité à l'hôpital pour orienter vers le secteur privé des malades atteints d'affections qui peuvent être traitées dans la clinique où ils exercent.

Sur la liaison entre spécialisation, sélectivité du recrutement et dominance du système professionnel à l'hôpital voir C. Herzlich, "type de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière", RFS n° spéc: Sociologie de la médecine, 1973.

du savoir médical et du faire savoir prime sur l'aptitude à organiser les soins et à appliquer les procédures les plus efficaces¹. Dès lors c'est "l'étendue du pouvoir de décision thérapeutique et diagnostique, le degré de spécialisation et par conséquent les possibilités d'exercer des activités de recherche, la possibilité d'une appartenance au double statut universitaire et hospitalier ainsi que le degré d'autonomie dans la définition de l'orientation de la politique médicale du service qui déterminent le statut hiérarchique des services et des médecins des différentes spécialités"². Il en résulte une course à l'érudition et à l'élaboration de nouvelles problématiques (pathologiques, thérapeutiques) qui structurent les règles de cooptation et organisent la sélection des médecins hospitaliers.

Contrairement aux médecins généralistes (artisans indépendants ou "médecins de la cité"³ qui vivent leur exercice comme un métier de relation que l'on maîtrise avec l'expérience), l'identité professionnelle des hospitaliers renvoie essentiellement à leur trajectoire dans l'institution, c'est à dire à un historique des lieux et des conditions d'exercice, des statuts et des conflits "territoriaux" au sein de l'établissement. La formation universitaire apparaît alors comme un mode de légitimation et de reconnaissance suffisant pour établir le praticien en tant que professionnel. Au cours des années 1970, l'explosion démographique médicale et la saturation de la plupart des postes hospitalo-universitaires vont exporter ce modèle vers les Centres Hospitaliers Généraux. Ainsi, la "dispora médicale

¹ Bien qu'indispensable à l'acquisition d'un savoir médical, la formation universitaire est considérée comme inadaptée à préparer les stagiaires médicaux à l'exercice de la médecine générale. Elle ne permet pas aux futurs praticiens généralistes d'acquérir l'essentiel des savoirs pratiques liés à l'exercice médical. Ce décalage entre les normes universitaires et les normes professionnelles constitue un point de friction entre les médecins et infirmières.

² A. Chauvenet, "Idéologie et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers", RFS, n° spéc Sociologie de la médecine, 1973.

³ Cette expression qui sous-tend un intérêt pour le développement local est de I. Baszanger, "La construction d'un monde professionnel: entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale", Sociologie du Travail, n° 3, 1983.

a-t-elle contribué à remodeler les orientations stratégiques et l'organisation de nombreux hôpitaux périphériques selon les critères de l'université"¹. Dans les CHU, les médecins ont été obligés (pour justifier leur agrégation universitaire) de développer des études spécialisées qui ont généré une parcellisation des activités médicales: pour permettre leur promotion, des services ont été créés par subdivision de ceux qui existaient déjà. C'est ainsi que les "services médicaux, dimensionnés à 90 lits dans les années 1970, sont tombés à 60, voire 45 et même 30 lits, dans les années 1980"². Cette médicalisation de l'hôpital, façonnée par l'université et le développement du savoir médical, s'est radicalisée au cours des années 1980 et 1990 comme le montre l'évolution régulière des effectifs médicaux, des investissements technologiques et de la structure des dépenses des établissements hospitaliers. Dans cette décennie, le recours aux équipements biotechnologiques et le rôle du plateau technique³ se sont considérablement renforcés et les retombées médicales de la recherche fondamentale n'ont jamais été aussi nombreuses.

En s'affirmant scientifiques et technicistes, les praticiens hospitaliers ont aussi défini une nouvelle image de leur rôle caractérisée par l'abandon de la causalité traditionnelle (sociale, morale, individuelle) et légitimée par l'insertion de plus en plus grande des examens dans le diagnostic et les thérapeutiques. Chaque étapes de l'évolution de la science médicale produit alors des sous spécialités qui remettent en question les hiérarchies existantes. Les praticiens des différentes spécialités ont de moins en moins d'intérêts, d'objectifs et de méthodes en commun. La valorisation de la

¹ P. Chandernagor, J.P. Dumond, "L'hôpital des années 1990 et ses médecins", dans L'hôpital stratège: dynamiques locales et offre de soins, coordonné par A.P.Contandriopoulos et Y.Souteyrand, Paris, John Libbey Eurotext, 1996.

² J.M. Clément, Les pouvoirs à l'hôpital, Paris, Berger-Levrault, 1993.

³ Plateau technique qui est rapidement devenu l'emblème de l'hôpital moderne et de l'évolution médicale vers encore plus de hautes technologies.

spécialisations et de l'acte technique au sein du corps médical traduit la domination du modèle hospitalo-universitaire couplée à une dépréciation de l'activité du généraliste. Dans ce cadre, la prise en charge des patients est fractionnée et c'est l'orientation des patients qui devient déterminante. Obéissant à des logiques sociales voir de classe¹, cette orientation se déplace vers les grands centres hospitaliers où l'acte médicale est le plus technique, le plus décomposé, le plus dissocié de la personne malade.

Désormais, la notion de maladie est réduite "à une exigence biologique en soi, substantivée, le biologique est réifié, renvoyant à la fois, par une succession de métonymies réciproques, à des pratiques scientifiques et à leurs objets"². La maladie est abordée à travers sa représentation désincarnée, symbolisée par l'image médicale qui substitue le voir au toucher³. Il y a là un véritable changement de la définition de la recherche thérapeutique dans ses rapports avec la clinique. Les pharmacologues, biologistes, néphrologues, immunologistes "formulent des hypothèses sur les causes de la maladie et, une fois qu'ils ont mis au point une molécule, expliquent aux cliniciens les effets qu'ils doivent constater"⁴.

¹ A. Chauvenet, Médecines au choix, médecine de classe, Paris, PUF, 1978.

² A. chauvenet, op.cit, RFS, n° spéc: Sociologie de la médecine, 1973.

³ Le déroulement de la visite du praticien reflète bien ce modèle professionnel. Avant d'entrer dans une chambre, le praticien se fait exposer par un interne le parcours pathologique du patient, les résultats des protocoles (médicaux et infirmiers), établit un diagnostic provisoire qui définit le nouveau parcours du patient dans l'institution. Puis il rentre dans la chambre, demande parfois à un stagiaire d'ausculter le patient, pose deux ou trois questions synoptiques au patient (" bien dormi" , "uriné", "fait des gaz" , "pas trop mal") et ressort pour passer au patient suivant. Dans tous les cas, ce n'est pas vers le patient que l'on se tourne pour rechercher une information mais sur ses bilans, son IRM, son échographie, ses radios. L'incertitude provoque d'abord une (re)lecture des données et un doublement des examens (l'image peut-être plus nette, le laboratoire peut faire une erreur) puis un autre protocole qui prescrit de nouvelles hypothèses que les résultats vont confirmer ou infirmer. Cette démarche aboutit soit à une résussite technique (le problème est résolu) soit au déclassement du patient (il ne relève plus du statut du malade hospitalier car le problème est devenu son problème et celui-ci relève d'une autre compétence). L'usager doit alors tenter de renégocier un nouveau statut de malade dans une autre institution ou auprès d'un autre spécialiste.

⁴ E. Zarifian, Des paradis plein la tête, Paris, Odile Jacob, 1990.

L'identification de la maladie est alors produite par un chiffre de laboratoire, d'un cliché radiologique, d'un scanner ou d'une réaction immunologique.

L'efficacité des soins renvoie à une gestion technique et spécialisée de pathologies organiques et la démarche d'investigation devient rationnelle, méthodique, prévisible grâce au raisonnement et au calcul probabiliste. Produite par des machines selon des processus industriels, les techniques médicales révèlent la domination du paradigme scientifique. Elles ouvrent des possibilités indéfinies et voue la médecine à une tâche infinie. Cette philosophie fonde idéologiquement l'hôpital comme lieu privilégié de la satisfaction du besoin de santé et donne au CHU une image idéale-typique de l'organisation sociale faisant don aux malades des bonheurs de la science. Liée à la hiérarchie d'une physiopathologie que des ingénieurs biomédicaux tentent de décoder, la notion de santé désigne alors un domaine de préoccupation où le statut du malade et du soignant est de plus en plus difficile à cerner. Les pratiques de soins deviennent des formes de réactions sociales aux manifestations de la maladie auxquelles l'institution soignante impose son organisation, sa spécialisation et sa standardisation. En ce sens, ces métiers de la santé "ne se bornent pas à offrir un service, mais définissent les besoins mêmes qu'ils servent"¹.

Cette orientation de la médecine hospitalière provoque chez les patients des attentes qui oscillent entre l'abandon de leur corps à la technique, lié à l'espoir d'un futur sans maladie mortelle, et le doute radical, à travers les revendications d'autonomie, de choix éclairés, de prise en charge globale. Dans cette rencontre avec la maladie, les dispositions des patients (âge, sexe, origine sociale, inclinaisons idéologiques, statut,

¹ Hughes. E. C., Le regard sociologique. Essais choisis, textes rassemblés et présentés par J.M. Chapoulie, Paris, éd. de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996.

formation) sont des éléments aussi déterminants que la lucidité et les aptitudes physiques¹. Individuellement les patients s'efforcent de donner un sens à la maladie comme évènement marquant ou comme rupture du déroulement de leur vie. L'absence de l'une des composantes précitées induit alors un réajustement de la vision de la maladie, de la vie et de la mort mais aussi de la relation avec les soignants. Des soignants pour qui la représentation de la maladie est aussi reconstruite par les catégories biologiques, sociales, éthiques².

D'une façon générale, quand une personne accepte d'être hospitalisée, elle sait qu'elle va perdre une partie de son autonomie et des liens réguliers avec son entourage³. C'est en quelque sorte le prix à payer pour acquérir le statut de malade. Mais jusqu'à l'énoncé du diagnostic ou des premiers traitements (qui remplacent parfois cet énoncé ou le clarifient), le patient ne sait pas encore s'il va devenir un cas digne d'intérêts ou un objet standardisé en transit d'un service spécialisé à un autre. Certes, le patient et l'entourage peuvent tenter d'intercéder dans cette classification, (en se faisant recommander par un autre spécialiste, en choisissant le secteur privé, en allant voir un autre spécialiste, en refusant l'hospitalisation, en accentuant

¹ Voir sur ce point les travaux de C. Herzlich, Santé et maladies. Analyse d'une représentation sociale, Paris, Mouton, 1969. "Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social" dans M. Augé, C. Herzlich, Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Paris-Montreux, éd. Archives contemporaines, 1983. A. D'Houtaud, M. Field, La santé, approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société, Nancy, PUN, 1989. Cette dernière étude montre que l'image de la santé serait plus négative et sociocentrique chez les personnes les plus exposées aux risques de la maladie (les manuels), et plus positive et égocentrique quand les personnes sont mieux protégées ou informées sur les risques (les cadres). Il faut noter cependant que le rôle des facteurs culturels dans les comportements sanitaires est difficile à apprécier individuellement sans une analyse multifactorielle qui prendrait en compte les facteurs démographiques, géographiques, assurantiels, etc.

² Pour analyse de ces deux dimensions (individuelles et collectives) concernant la tuberculose et le Sida voir C. Herzlich, J. Pierret, Malades d'hier et malades d'aujourd'hui, Paris, Payot, 1984. "Une maladie dans l'espace public: le Sida dans six quotidiens français" dans Annales ESC, sept-oct 1988, n°5.

³ Beaucoup de patients comparent l'hospitalisation au milieu carcéral non sans rappeler qu'à l'hôpital on ne sait pas toujours pourquoi on y est admis et surtout quand et dans quel état on va en sortir.

ou en minimisant certains symptômes, en réclamant leur droit à être informé, à être considéré comme sujet thérapeutique), mais plus ils redoutent le diagnostic, plus ils espèrent être à la fois un sujet digne d'attention pour l'homme de science et un objet que la technique va pouvoir sauver.

Au cours de cette rencontre avec la maladie, les techniques forment un écran entre le malade et les soignants. Son opacité est fonction des composantes précitées qui conditionnent à leur tour la forme de la médiation entre soignants et malades. Un patient acculé à une situation de dépendance par sa maladie ou son hospitalisation recherche et stimule des adaptations psycho-affectives chez les soignants. A contrario, un patient autonome (qui tente de se soustraire à l'autorité soignante, qui lutte pour maîtriser son devenir, pour maintenir une distance, des barrières) provoque plus souvent des adaptations techniques. Or, dans ce domaine, l'infirmière n'est pas l'interlocutrice privilégiée, même si elle réalise des soins complexes qui requièrent de la dextérité et une certaine proximité. De la même façon, quand Y. Ternon¹ évoque la fin du chirurgien généraliste, il démontre l'omnipotence de la technique spécialisée qui a disqualifié les compétences de l'omnipraticien auprès des patients. Grand prêtre parmi les officiants, le chirurgien était celui qui lutte sur le terrain, enlève le mal, rétablit l'ordre dans les viscères, modèle ou consolide le squelette. Seul maître d'un service auquel les médecins avaient recours, les interventions qu'il pratiquait avaient un caractère urgent, obligatoire et sacramentel. Lorsqu'elles réussissaient, il devenait aux yeux des patients, de leur entourage et des soignants un personnage magique, un sauveur. Ses échecs demeuraient la part nécessaire d'une profession à risque et la compétence du chirurgien

¹ Y. Ternon, "la fin du chirurgien généraliste" dans Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité (sous la direction de) P. Aïache et D. Fassin, Paris, Economica, 1994.

n'était guère remise en cause si ce n'est à demi-mot par ses assistants. Les évolutions sociales de cette profession auront raison de cette relation magico-charismatique entre le chirurgien et son patient. Avec l'intrusion de l'image, le mystère se dissipe, le chirurgien perd son masque, il devient interchangeable et le charisme qui lui était attribué est transféré à la science ou à l'outil technique dont on attend tout¹.

1. 2 De la diffusion des techniques à la domination de l'ordre technicien

Ces cinquante dernières années, les progrès ont d'ailleurs été si rapides que la communauté scientifique et plus spécialement médicale ne les ont pas encore assimilés. Aussi beaucoup de praticiens restent impressionnés ou aveuglés par tant de dextérité et très peu s'interrogent sur les effets de cette technicisation de l'hôpital qui gomme les réalités épidémiologiques et concurrentielles locales. Bien au contraire, sous le couvert de la modernité, on entretient la confusion entre les appareils à but diagnostique (imagerie médicale par exemple), à but thérapeutique (moins nombreux et à indication plus réduite) et les nouveaux traitements. L'achat d'un scanner, d'un lithotriporteur, de tout objet technique de dernière génération bénéficie d'un tel à priori favorable qu'ils sont indiscutables.

Il est vrai que l'évaluation de l'impact de ces "innovations" se heurte:

- à des problèmes cognitifs liés à la définition du produit hospitalier.

De façon schématique on peut dire que ce produit demeure un impensé tant

¹ Ainsi, quand un chirurgien déclare, sans trop de précisions, que l'on opère les appendices, les utérus, les vésicules par voie endoscopique, il assure sa promotion en tant que chirurgien spécialiste qui maîtrise cette technique mais aussi celle d'un produit industriel. Dans ce contexte, plus une technique sera appropriée par les spécialistes et réclamée par les usagers, plus elle se vendra. Cette diffusion s'est renforcée avec la baisse des coûts de certains de ces investissements techniques comme la vidéochirurgie endoscopique (il faut compter environ 300 000 f pour équiper un bloc opératoire).

gestionnaire qu'économique. "La difficulté vient en réalité moins de la complexité des services que de la tendance à ne les évaluer que du point de vue unilatéral - celui de la valeur marchande - sans voir la contradiction croissante entre leurs valeurs d'usage et les tendances privatives, élitistes, uniformisatrices, appauvrissantes que recèlent les critères d'évaluation marchandes et capitalistes de l'efficacité économique"¹. Aussi n'est-il pas surprenant de constater que les économètres hospitaliers se bornent à une estimation simplifiée de la fonction de production (ou du coût) hospitalière ou ne retiennent que des hypothèses dont le statut et la validité ne sont pas sérieusement discutés². La domination du discours techniciste, qui privilégie les performances intrinsèques et les gains de productivité directs, les pousse à faire abstraction des autres dimensions liées aux soins, (continuité, observance, confort, etc.), du rôle des patients et des personnels dans l'organisation et le déroulement de la prise en charge, de l'impact social du service rendu, du poids des variables épidémiologiques, concurrentielles.

- à des problèmes techniques liés à l'appréhension d'un concept polymorphe comme celui de la qualité des soins accentuée par la spécification des appareillages et la faible diffusion de certains équipements lourds. De fait, les analyses excluent les services à hautes technologies, considérés comme des exceptions dans le parcours thérapeutique du patient, qui perturbent l'évaluation du degré de concentration optimal du secteur (économies d'échelle et de gamme) comme la mesure du degré d'efficacité productivité et/ou allocative des établissements et la recherche de ses déterminants.

¹ Lojkine. J, La révolution informationnelle, op.cit, 1992.

² Les résultats contradictoires semblent démontrer que la recherche d'une efficacité économique par la rentabilité n'est pas adaptée pour penser la gestion hospitalière. Pour une approche différente, voir l'étude du CEREC La productivité globale dans les services publics, La Documentation Française, Paris 1994 et Boccara. P, Intervenir dans la gestion avec de nouveaux critères, Paris, Ed.Sociales, 1985.

Plus généralement, la technique apparaît comme un aboutissement et non comme le point de départ d'un éventuel ajustement de la division du travail ou de la forme de la prise en charge des patients. Une fois définie l'objectif (minimiser les coûts, acquérir une position dominante dans l'environnement régional, optimiser le fonctionnement du plateau technique, valoriser l'image de l'établissement) à partir d'une solution (l'achat d'une nouvelle machine) on procède à la reconversion professionnelle du projet d'investissement, à l'étude des fonctions, à leur décomposition en postes qualifiés et enfin à la demande de financements auprès de la tutelle. Dans ce contexte, l'illusion techniciste produit du suréquipement dans du matériel¹ à obsolescence rapide et du surinvestissement dont les coûts financiers se révèlent à moyen et long terme beaucoup plus élevés que prévu.

Cette diffusion des machines utilisées dans le domaine de la médecine et des soins qui a sous-tendu la conception des hôpitaux autour des plateaux techniques, suit les avancées techniques (automatisation, miniaturisation, numérisation, informatisation) et modèle la configuration comme l'organisation hospitalière². Elle engage les établissements dans une démarche d'ajustement perpétuel aux contraintes de la technique et soumet les personnels comme les usagers un ordre technicien. C'est d'ailleurs au nom de l'intérêt des usagers³ et de leur sécurité que la tutelle réorganise les urgences, regroupe les maternités, les spécialités, les équipements. La

¹ Chargé de faire l'inventaire d'un service de médecine, j'ai constaté à ma grande surprise que la majorité des produits pharmaceutiques, des machines et des outils dont disposait le service n'était pas utilisé voir pas identifié par les personnels.

² Il faut distinguer les petites innovations techniques (matériels à usage unique, pousse seringue) de la rationalisation et de la centralisation du plateau technique (bloc opératoire, unité de réveil et de réanimation, plateau d'imagerie, centralisation des laboratoires) et des techniques développées pour des spécialités particulières (exploration fonctionnelle, endoscopique, échographique cardiologique, etc.). Seules les deux dernières sont évoquées ici.

³ Usagers qui sont absents de tous les organes de décision que contient l'hôpital public alors que tout concourt à les désigner comme les principaux bénéficiaires de l'activité hospitalière. Non seulement son intégration institutionnelle reste à construire mais son statut reste tout aussi indéfini.

qualité de la prise en charge est alors appréhendée à travers le parc de machines, le nombre de spécialistes et leur degré de spécialisation qui seul permet de "techniquer" un patient dans de bonnes conditions. C'est aussi, au nom de la santé pour tous que le praticien hospitalier vit le retard pris (par son service) dans la mise en place de la nouvelle machine comme une injustice ou un risque majeur¹. Signe extérieur de compétence et symbole de positionnement professionnel, le nouvel appareil sophistiqué, le secteur d'hospitalisation hautement spécialisé et son corollaire (la productivité) sont les emblèmes polysémiques de cette médecine techniciste. Ils font de l'omnipraticien, chirurgien du "mou" ou gastro-entérologue, respectivement un spécialiste de la chirurgie coelioscopique et un expert en nutrition parentérale. L'effet des pressions budgétaires, la mise en place du budget global (1983) puis la loi hospitalière de 1991², ont tout au plus ralenti cette diffusion massive des appareils techniques dans tous les secteurs et toutes les disciplines³.

Cet enchaînement de transformations modifie de façon substantielle la nature des soins, le travail et les métiers des soignants. Alors qu'un séjour hospitalier était ponctué par une prise en charge aiguë (passage au bloc, réanimation, etc.) suivie d'une hospitalisation longue, il se résume

¹ Les propos recueillis auprès des chefs de services montrent que les représentants de l'administration sont décrits comme des technocrates incapables et politisés lorsque la demande d'équipement est rejetée et comme des administratifs intelligents qui savent percevoir les nécessités du travail médical quand elle aboutit.

² Elle change les modes de coordination externe en renforçant les outils de régulation administrée par l'introduction du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. Elle introduit un dispositif d'obligation de résultats par le régime des autorisations et incite les hôpitaux à repenser leurs modes de coordination interne.

³ C'est le cas notamment pour les équipements lourds pour lesquels la régulation technocratique de la carte sanitaire et la planification indiciaire élaborent un profil type du parc de machines que doit détenir un CHU, un CHG ou un CH en dehors des spécificités locales. Certains établissements voient alors leurs investissements retardés ou stimulés selon le niveau de l'indice régional d'équipement. D'une répartition limitée (à certains services ou secteurs d'hospitalisation), on est passé à une répartition diffuse dans tous les services avec la persistance d'une centralisation d'équipements lourds et une externalisation de certains procédés technologiques.

désormais à des séries de gestes techniques standardisés et réalisés dans un temps de plus en plus court. Cette technicisation entraîne la superposition des pratiques et la juxtaposition des modèles de soins où la pluridisciplinarité produit une accumulation de savoirs qui ne se répondent pas. Le diagnostic clinique et la rationalité qu'il sous-tend se confond avec la rationalité scientifique¹. La résolution de problèmes concrets auxquels sont confrontés les soignants passe de plus en plus par une série d'examens et de protocoles standardisés qui, pris comme hypothèses traduisent des signes et des symptômes repérés, codés et transmis par les biologistes et les techniciens. La spécialisation et la complexification de la prise en charge des patients consistent alors à appliquer des soins selon des normes et des procédures détaillées qui limitent les choix des intervenants.

Les examens et les protocoles prescrivent la pratique soignante qui se réduit à la prise en compte d'intervenants multiples qui appliquent des protocoles définis selon leurs propres normes professionnelles. Ces protocoles n'excluent pas le principe de l'urgence, mais favorisent les réponses immédiates codifiées et normalisées comme l'observation rigoureuse de règles prescrites. D'où des soins identiques, réalisés en série pour un même groupe de patients et un sentiment de routine dans leur exécution. L'aspect relationnel du travail hospitalier ne vient ponctuer que de façon épisodique cet ordonnancement régi par la rationalisation des transferts de machine à machine et la gestion des files d'attente. Dominée par la technologie, la vie à l'hôpital s'organise en fonction de ces impératifs, et toutes les pratiques de soins qui s'écartent de son champ d'intervention sont négligées ou déclassées. Le retard, voir l'archaïsme qui caractérise le

¹ E.Freidson démontre au contraire qu'il existe dans le contexte américain une distinction claire entre ces deux types de rationalité chez les cliniciens. E. Freidson, La profession médicale, Paris, Payot, 1984.

secteur public dans le domaine de l'accueil, de l'environnement général des soins, y compris la sécurité des agents est tout à fait révélateur. Ainsi, face aux problèmes de malnutrition de plus en plus fréquents chez les patients hospitalisés pour une longue durée, on répond aux carences alimentaires, (dues à la mauvaise qualité des repas et au refus obstiné du patient à ingérer les substances présentées¹), par une alimentation médicalement assistée (nutrition parentérale, sonde gastrique). La rééducation fonctionnelle, qui devrait intervenir après chaque opération chirurgicale, devient une affaire d'outils, de tubes et de machines qui, une fois supprimés démontrent leur inefficacité². D'une façon générale, les besoins fondamentaux de la personne humaine, trouvent pour partie, une prise en charge médicalisée (coûteuse mais rentable selon les nouveaux critères de gestion) ou sont minorés voir ignorés. Accentué par la réduction des durées de séjour, ce phénomène amenuise encore le "temps relationnel" sur lequel les soignants structurent leurs discours et limitent les réajustements, les initiatives prises par les soignants pour pondérer ou modifier un aspect du protocole.

Cette capacité des soignants à improviser renvoie à l'expérience, au savoir-faire, aux représentations et aux conceptions de la pratique, à la

¹ Avant que les cuisines centrales soient rationalisées, il était possible aux soignants d'améliorer et d'adapter les repas des patients (en fonction de leurs besoins et de leurs désirs) grâce aux bonnes relations entre les secteurs d'hospitalisation et les cuisines et quelques astuces (demandes spécifiques, commandes de plateaux supplémentaires, stocks de nourritures dans les unités ou le service, etc.) Aujourd'hui, la planification des repas est effectuée par tranches de 48h et toutes les demandes spécifiques relèvent de l'autorité de la diététicienne. Les stocks dans les services ne sont plus autorisés et les équipes soignantes doivent prévoir le nombre de patients qu'ils vont avoir dans 48h, leurs besoins et régimes spécifiques. La cuisine centrale ne répond plus aux sollicitations des soignants pour adapter les plateaux, donner plus de légumes, de compotes, de viandes, de laitages etc.) Désormais, il faut expliquer à un musulman qu'il peut manger la tranche de jambon qui est dans son assiette car la cuisine a certifié qu'il n'y avait pas de porc dedans.

² C'est le cas notamment de la rééducation des fonctions d'évacuation. Lorsqu'elle est prise en compte, les soignants utilisent des sondes à débit réglable que l'on ferme (pendant une durée plus ou moins longue) en guise de rééducation. Certains patients qui ne supportent pas ce supplice ou que l'on a oublié (de libérer) les arrachent. L'éducation consiste alors à laisser le patient dans son lit souillé (pendant une heure ou deux) avant de lui extraire sans ménagement les restes de l'ancienne sonde (le ballon qui est gonflé dans la vessie) et de la replacer non sans lui signifier que s'il continue comme ça "il devra porter des couches toute sa vie".

connaissance du contexte. Elle suppose "une vigilance incessante pour se laisser porter par le jeu, sans se laisser emporter par le jeu"¹. Or, pour ne pas se laisser emporter par le jeu de la rationalisation, il faut que les soignants puissent percevoir les effets bénéfiques de ces improvisations pour les patients comme pour eux-mêmes. Il faut non seulement pouvoir constater l'amélioration, voir le patient qui se sent mieux, toucher du doigt l'escarre qui se cicatrise, la gangrène qui se décongestionne mais aussi que ce travail soit pris en compte. Deux conditions qui sont aujourd'hui compromises dans les CHU car:

- les patients ne restent plus dans ces unités spécialisées une fois les premiers signes d'amélioration perceptibles. Pour les infirmières qui définissent leur métier comme "un travail manuel et intellectuel", ces départs génèrent une frustration liée au sentiment de ne pas voir le produit fini. Artisan du soin, l'infirmière a le sentiment d'avoir façonné une pièce sans pouvoir lui apporter la finition qui va faire durer l'ouvrage. Cette frustration se transforme en découragement quand une sortie précipitée et suivie d'une (ou de plusieurs) réhospitalisation. Retour dû à une complication induite par la non-prise en charge globale et continue du patient (alcooliques, tentatives de suicide, dialysés, greffés), par l'incapacité de certaines structures médicalisées à poursuivre les soins et à prendre en charge le patient (centres de soins pour personnes âgées, hôpitaux périphériques), par le non-respect ou l'arrêt des traitements (pour des raisons économiques, sociales, etc.).

- le temps consacré à ces improvisations n'est pas valorisé. Pour reprendre une opposition classique, mais qui se prête fort bien au mode de gestion des CHU, ce qui tient des rapports entre les hommes dans l'exercice infirmier est aujourd'hui considéré comme improductif alors que le geste

¹ Bourdieu. P, Esquisse d'une théorie de la pratique, Genève, Droz, 1972.

technique, l'examen et le traitement qui mobilisent l'utilisation de machines font partie du travail productif (de valeur et de plus-value). Avec une fonction hybride, l'hospitalière est donc à la fois improductive et productive. Un des enjeux pour les soignants consiste à faire valoir cet aspect de leur activité en démontrant qu'elle peut être productive en générant de la qualité (en réduisant le nombre de prestations) et des économies sur les biens consommés (consommables, produits pharmaceutiques). Or, aujourd'hui, ces improvisations dans l'action de soins renvoient essentiellement aux rémunérations symboliques qui elles-mêmes tendent à se déliter.

1.3 Quand la rationalité technique devient rationalisation gestionnaire

Cette modernisation/technicisation des hôpitaux n'a pu se faire sans une alliance objective entre les directeurs d'hôpitaux et les praticiens. Alliance sans doute quelque peu occultée par les différentes rationalités (médicales, administratives), mais qui a permis aux directeurs de jouer un rôle dans l'évolution des pratiques et des relations au sein des établissements hospitaliers. D'une certaine façon, on peut dire qu'ils ont cogéré le développement de l'hôpital à travers les principes de gestion des ressources financières, humaines, techniques et médicales. En charge des moyens, ils ont pu intervenir dans les prises de décisions relatives à l'organisation des services, mais par des ajustements négociés avec les praticiens ou l'encadrement soignant. A cet égard, l'échec de la départementalisation au début des années 1980 démontre à la fois les limites de leurs interventions et la force du fonctionnement traditionnel des services hospitaliers. C'est aussi à cette époque, qu'un nouvel esprit gestionnaire investit la littérature hospitalière et les rayonnages des bibliothèques des directeurs hospitaliers. L'hôpital cesse de se concevoir comme l'intendance d'une juxtaposition de

services. Il s'affirme en tant "qu'acteur stratégique" qui doit chercher à s'adapter à son environnement concurrentiel. "Il faut le faire passer de l'administration au management stratégique"¹. Dès lors, l'investissement et l'implication personnelle du directeur/gestionnaire devient une variable influente de l'évolution des établissements hospitaliers².

Avec la réforme hospitalière de 1991 qui fixe le cadre institutionnel d'une gestion par objectifs sur la base d'un projet d'établissement (établi à partir du projet médical) approuvé par les autorités de tutelle (c'est à dire compatible avec des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) et opposable aux acteurs hospitaliers, les directeurs vont accroître de fait leur emprise sur le travail de soins. Les ordonnances de 1996 ont encore accentué la régulation hospitalière et rendu le fonctionnement des services de plus en plus dépendant des principes de gestion et des orientations stratégiques des établissements. Dans ce cadre, le directeur d'hôpital devient à la fois metteur en scène et acteur principal de la mise en oeuvre des politiques publiques. Son autonomie d'action devient importante dans un contexte où l'activité de soins doit se définir par rapport aux priorités de la conférence régionale de santé, de l'agence régionale de l'hospitalisation, aux autres établissements (publics et privés). Porteur d'une conception globale du travail hospitalier, il doit imposer une dimension prospective dans l'activité de soins et forcer la coopération sur l'organisation du travail dans les services. Ce faisant, les équipes de directions s'élargissent aux

¹ Cremandez. M, Grateau. F, Le management stratégique hospitalier, Paris, InterEdition, 1992. Débutée dans les années 1970, la rationalisation des hôpitaux prend une acuité particulière avec la mise en place de la "gestion stratégique" des CHU qui définit la nature des biens et des prestations à produire, les options technologiques et médicales, les politiques d'emploi et de formation, les stratégies économiques et financières des établissements.

² La modernisation des procédures d'évaluation de "l'exécutif" de l'hôpital est significative de la volonté de l'Etat d'adapter les moyens aux objectifs qu'il s'est fixé. Les directeurs seront donc appréciés sur leur capacité à exécuter cette gestion par objectifs tout en préservant la paix sociale. Les directeurs généraux de CHU sont évalués par un entretien annuel avec le préfet. Les autres catégories de chefs d'établissement par les DDASS.

infirmières générales, aux ingénieurs, aux médecins experts, aux chefs de services, aux surveillantes chefs qui deviennent les acteurs de projets plus ou moins transversaux et institutionnels induits par les décisions (en matière d'équipement et d'orientations thérapeutiques) initiées par le directeur général en fonction des contraintes externes (exigences des tutelles, des agences régionales de l'hospitalisation, concurrence avec les autres établissements). Réunions, groupes de projets, formations en gestions, contribuent progressivement à modifier les pratiques et les discours de ces nouveaux partenaires de la direction dont le degré d'implication et les alliances contingentes deviennent déterminantes pour l'évolution de l'organisation du travail hospitalier. Que ce soit pour cesser une activité, la développer, la modifier ou la réorienter en fonction du contexte sanitaire, médecins, surveillantes, élus syndicaux, présidents de la CME sont aujourd'hui des alliés essentiels de la rationalisation des services hospitaliers¹.

Rationalisation permise grâce à la technicisation qui, en donnant prise à un type de mesure fondé sur la consommation de ressources², a contribué à rendre lisible et tangible le fonctionnement de la structure hospitalière, permettant à d'autres rationalités largement éprouvées dans le secteur industriel d'entrer dans ces "temples médicaux". Après la grande époque du sens clinique fondé sur des données d'anamnèse, d'inspection, de palpation et d'auscultation, la médiation pharmaco-biologique et technique a permis aux nouveaux gestionnaires hospitaliers de remettre en cause la spécificité

¹ Ce qui n'exclut pas les arrangements, les stratégies de contournement. Dans ce domaine, la décision est instrumentalisée mais elle reste bien souvent "irrationnelle", aléatoire, individualisée, contingentes, etc. Sur ce point, voir Engel. F, Moisdon J.C., Tonneau. D, "Contrainte affichée ou contrainte réelle? Analyse de la régulation du système hospitalier français, Sciences Sociales et Santé, Vol. 8, juin, 1990.

² Contrôler et évaluer du temps relationnel semblent bien incertain, tant il est difficile de définir une unité de mesure. En revanche, chronométrer du temps machine, compter le nombre d'exams, de gestes techniques donnent rapidement des repères objectifs et comptables de l'activité soignante.

du travail soignant. "A travers des indicateurs médicalisés (mis en place dans le cadre du Programme de Médicalisation du Système d'Information et de la comptabilité analytique par Groupes Homogènes de Malades et Résumés Standardisés de Sortie) qui ne peuvent traduire qu'en surface la dynamique médicale, c'est signifier aux médecins hospitaliers que l'époque de la différenciation clinique semble révolue au profit d'une logique d'intégration managériale et de standardisation des pratiques"¹. En perdant sa singularité, fondée sur la nature de la prestation de soins, l'exercice hospitalier s'insère dans un tissu de contraintes de plus en plus serré. Ce qui a eu pour conséquence de faire:

- du degré d'utilisation des équipements du plateau technique (qui appartient à l'hôpital) un des constituants essentiels de la prise en charge des patients. La prise en charge des patients est aujourd'hui devenue un problème d'optimisation des ressources et de gestion de production. Les systèmes d'informations (PMSI) comme la comptabilité analytique sont les principaux instruments de l'évaluation de l'activité des services. Avec la révolution informationnelle, c'est toute l'activité des services hospitaliers qui tend à être alignée sur le modèle des fonctions productives;

- de l'organisation du travail, un des éléments structurants dans la division entre conception et réalisation effective du travail soignant. Avec le renforcement du pouvoir du directeur de l'hôpital, (en charge de l'attribution des moyens) et de l'encadrement soignant (en charge de la direction, de l'évaluation, du contrôle et de la répartition des moyens), c'est tout le fonctionnement traditionnel des services qui est bouleversé.

¹ M. Brémond, "Peut-on faire naître l'hôpital à coup d'instrument de gestion: le cas du PMSI" dans M.Fieschi, P. Dujols, R. Beuscart, Information médicale et stratégies hospitalières, Paris, Springer-Verlag, 1993.

Autrement dit, la différenciation des services hospitaliers se fait en fonction du coût, de la productivité et de la rationalisation du travail. Le modèle professionnel technico-scientifique qui caractérise l'élite hospitalière se subdivise alors dans un rapport de concurrence où les déclassements sont synonymes de réduction d'activité ou de descente vers la gériatrie, les convalescents et le "tout venant". Cette peur, extrêmement sensible dans tous les hôpitaux, fait de l'accroissement du potentiel technique et de la spécialisation le meilleur moyen de la conjurer.

Les médecins dont le service était menacé de disparition ont bien tenté de lutter contre cette déviation technico-gestionnaire, notamment en réaffirmant les missions de ces centres de soins ouverts à la population environnante. Mais ces reproches formulés à l'encontre d'une médecine scientifique, productiviste et élitiste ne peuvent aboutir. D'une part, le rapport de force interne à la profession leur est défavorable. De fait ils ne peuvent que freiner le regroupement des services imposé par les fractions hégémoniques des médecins hospitalier et des gestionnaires hospitaliers. D'autre part, ces services qui nécessitent peu d'équipement technique ne peuvent développer une médecine orientée par des activités de recherche et des soins sélectionnés. Ces "bobologues" hospitaliers qui accueillent principalement une population locale orientée vers l'hôpital public en raison de la gratuité des soins et de la proximité de l'établissement sont doublement pénalisés. Non seulement ils soignent une clientèle peu "rentable" économiquement, mais ils ne peuvent réaliser des gains de productivité qu'en réduisant leur dotation en personnel souvent insuffisante ou en rationnant les soins. Dépendants vis à vis des services spécialisés pour leur compétences techniques, ils sont à terme condamnés dans les CHU. Souvent réduits à un rôle de désencombrement, ils perdent leur spécificité sans avoir

la possibilité de démontrer leur efficacité sociale vis à vis des techniques ambulatoires. Or, tout l'inérêt de ces services réside principalement dans la variété et le faible degré de complexité technique que réclament la prise en charge des patients qui y sont admis. De façon schématique, on peut dire qu'ils sont des grosses consultations qui recouvrent trois fonctions principales: remplir un devoir de service public en accueillant tous les malades à hospitaliser; offrir des soins de première nécessité qui réclament pour des raisons économiques, psychologiques, sociales ou médicale une hospitalisation; apprécier la gravité des cas traités et réorienter les patients vers un service plus adapté. Cette spécificité, intervient sur la forme et la nature de la prestation de soins tant médicale et paramédicale. Là plus qu'ailleurs, les stagiaires sont confrontés à des situations qu'ils sont susceptibles de rencontrer dans leur futur mode d'exercice. Beaucoup de ces patients nécessitent une bonne maîtrise de l'expérience clinique et des gestes techniques de bases indispensables pour réaliser les premiers soins. La variété des cas et des situations contraint le stagiaire et le praticien à réévaluer son diagnostic, à renégocier sa prise en charge (médicale et humaine) de l'usager. En réalité, tout comme les urgences, ils sont les seuls à pouvoir assurer une formation clinique et non pas seulement scientifique. Services d'urgence longtemps négligés par les praticiens hospitaliers mais qui avec le spectre de la réduction des lits ou de la départementalisation agitée par les décideurs hospitaliers (DRG), tend à devenir un espace de pratiques à investir, pour développer une médecine d'urgence basée sur une approche socio-sanitaire et éviter "l'hospitalisation abusive".

De fait, on constate dans tous les établissements s'opère une diffusion ordonnée¹ des différentes techniques dont la rationalité est à la fois budgétaire, technocratique et professionnelle. Lorsqu'il s'agit de négocier avec la tutelle l'implantation d'équipements, les représentants des établissements mettent en oeuvre des stratégies où s'entremêlent les logiques médicales et soignantes, économiques et politiques. Vecteurs essentiels de cette diffusion harmonieuse, la dispora médicale et les directeurs d'établissements voient à travers ces acquisitions des opportunités stratégiques, des "clefs de la réussite" permettant d'accroître le positionnement stratégique de l'établissement ou de leur service dans un environnement régional concurrentiel. Logique commerciale et logique techno-scientifique sont désormais étroitement entremêlées au sein des équipes de direction générale comme le montre J.C. Moisdon².

Dans cet environnement, les CHU (qui disposent de personnels hautement qualifiés et de moyens techniques et financiers importants), occupent une place dominante. D'une part, la mécanique de la procédure budgétaire faite de superposition de dispositions diverses a ouvert de nouvelles potentialités de comportements stratégiques, de micro-mécanismes qui ont permis d'échapper aux contraintes budgétaires. D'autre part, le jeu des forces socio-politiques locales, dans lequel sont pris les directions d'établissement comme les tutelles, a entériné le modèle de développement autonome des CHRU.

¹ Rénovation architecturale dans le cadre de l'humanisation, achat de machines, recrutement d'une main d'oeuvre spécialisée et rodée à l'utilisation des techniques au cours de sa formation dans le CHU, la mise en place de l'équipement.

² Moisdon. J.C., Tonneau. D., "Concurrence et complémentarité: stratégies de l'hôpital et de sa tutelle", dans Contandriopoulos. A.P, Souteyrand. Y,(sous la dir), L'hôpital stratège, op.cit, 1996.

Pour le CHRU observé, les décennies 1980 et 1990 marquent une étape importante de son développement. La mise en place du budget global¹ assorti d'un taux directeur a été appliquée de façon assez souple et la totalité des établissements a réussi à intensifier son développement autonome par des reconstructions partielles ou totales². De nouveaux services se sont créés autour du regroupement de plusieurs spécialités, ou de la création de nouvelles spécialités, des établissements ont été fermés, d'autres entièrement rénovés ou reconstruits. Ces constructions ont généré une masse considérable d'amortissements qui permettent d'abonder régulièrement le programme d'investissements, de suivre les progrès techniques, de renégocier l'ensemble des dépenses (de fonctionnement, de surcoût non soumis au taux directeur) et ce d'autant plus facilement que la superposition des différentes enveloppes (gérées de façon centralisée ou décentralisée) ne donne qu'une image très vague de ce que le CHU finit par toucher.

Mais ce développement autonome accompagné par les tutelles n'est pas pour autant dénué d'incertitudes:

- les différentes mesures mises en place depuis le début des années 1980 ont permis une concentration d'activités spécialisées fort coûteuses qui s'accompagnent de la diminution des offres courantes environnantes. Cette concentration provoque l'afflux d'une demande indésirable³ contre laquelle

¹ Le budget global a été mis en application en 1984 pour les CHU. De façon schématique, on peut dire que son principe est le suivant: au lieu que la sécurité sociale paie ce que l'hôpital dépense, l'hôpital dépense ce que la sécurité sociale paie.

² Notamment la construction d'une nouvelle faculté de médecine sur le site du CHRU et d'un hôpital mère-enfant dont le gigantisme est digne des constructions des années 1970 (il s'agit de la plus grande maternité d'Europe). Etablissement qu'il faut rentabiliser ce qui nécessite des démarches de communication externe (information auprès des généralistes et des spécialistes, journées professionnelles, visites officielles, reportages publicitaires) dont l'objectif essentiel vise à "capter les patients les plus rentables du marché régional". Le récent projet de loi qui met en correspondance la dotation technique de l'établissement et le type de patient qu'il doit accueillir pour dresser une classification des maternités va considérablement faciliter l'expansion de ce type de structures.

³ La gestion des CHU repose sur une classification des pathologies (dont le coefficient de technicité détermine fortement la rentabilité estimée), des spécialités techniques, médicales,

les CHRU se défendent en accaparant encore plus les moyens de sa spécialisation, ce qui accentue encore la pauvreté de son environnement. Ce repli vers les missions spécialisées ne permet donc pas au système hospitalier régional de sortir de ces difficultés puisqu'il crée des situations d'engorgement potentiellement explosives et n'offre pas toutes les dimensions dont ont besoin ces pôles d'excellences régionales pour se développer et pour assurer la formation des futurs praticiens¹. Dans ce contexte, non seulement la recherche d'une plus grande complémentarité entre les établissements semble incertaine, mais en dépit de ce qu'évoque le terme de "carte sanitaire", il n'existe pas d'outils liant l'équipement à des besoins dûment répertoriés.

- le gel des emplois, considérés comme une ressource limitante de l'activité des établissements, a concerné essentiellement le personnel non médical². Dans les faits, il y a eu redéploiement et recentrage des emplois disponibles entre les spécialités et sur les fonctions médicales au détriment de fonctions jugées moins indispensables. La réduction du nombre de lits (en intervenant sur la charge objective de travail) a contribué dans un premier temps à masquer ces mouvements pour les personnels soignants³. Aujourd'hui c'est tout le contenu de l'action de soins qui est remis en question et à travers lui sa valeur d'usage comme sa valeur d'échange.

chirurgicales (rentables, exportables, non rentables) sur une classification des clients (mutualisés, sous le régime général ou non). Dans le CHU observé, les deux premiers critères relevaient de la stratégie, le troisième critère faisait l'objet de directives écrites envoyées aux services afin d'éviter l'hospitalisation des patients "non solvables".

¹ J. Lojkine, (sous la dir.), Le tabou de la gestion: la culture syndicale entre contestation et proposition, Paris, Les Editions de l'Atelier/Les Editions Ouvrières, 1996.

² Les recrutements importants d'assistants au détriment des internes traduisent cette réalité. Elle est aussi due au fait que le nombre d'interne est lié au nombre de lits, que l'embauche de médecins échappe aux contraintes en matière d'effectif de personnels car les autorisations dépendent du ministère. A contrario, au début des années 1980, le CHRU observé embauchait l'ensemble des IDE sortant de l'école du CHU. Aujourd'hui, c'est en moyenne 8 par promotion.

³ Afin de faire face au manque de personnel soignant, les établissements recourent désormais aux agences d'intérim de personnels paramédicaux.

- la généralisation de techniques opératoires peu invasives (comme la vidéo chirurgie), le recours aux machines semi-autonomes de distribution (nutrition, chimiothérapies, dialyses) et la mise en place de secteur d'Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée se traduisent par une augmentation des dépenses¹ (de transport, de consommables et médicales) non compensée par les économies liées à la réduction de la durée des séjours (réduction toute relative si on comptabilise les séjours) et à la flexibilité du personnel soignant².

Tous ces changements, qui affectent la physionomie des CHU, génèrent de nouveaux espaces de démesure. Il y a donc un paradoxe entre d'une part, une efficacité technique des soins reconnue et d'autre part, une efficacité sociale de plus en plus limitée et discutée. Rien ne semble pouvoir atténuer cette disjonction, si ce n'est l'épuisement du capital solidarité³, c'est à dire le coût social qu'une société est prête à payer pour avoir encore plus d'images, d'examens, d'interprétations. Car, le poids de cette idéologie dans le fondement social de l'activité hospitalière n'a pu s'exercer pleinement qu'avec l'avènement massif et généralisé de la solidarité assurantielle qui ouvre l'accès aux soins y compris les plus spécialisés et les plus coûteux. L'assurance qui concilie individualisation et solidarité additive de tous, introduit la réciprocité et apporte aux cotisants une garantie contre le risque de maladie perçu comme une fatalité aveugle

¹ L'utilisation de cette machinerie médicale est à l'origine d'une grande partie des coûts de production de santé apparents. Ce constat a poussé certains grands établissements parisiens à soustraire les activités non rentables (comme la dialyse) à des associations à but non lucratives.

² La flexibilité des horaires et des tâches a toujours existé à l'hôpital public. On y alterne les postes de jour avec les nuits, des mi-temps de 24h, les unités de réanimation intensive avec les services médicaux. Ce non respect des règles et de la législation est en partie dû au système de la double planification des postes et des horaires mis en place par les surveillantes de soins. L'une théorique pour l'administration et un cahier (dit cahier des horaires) écrit au crayon de bois qui correspond à la planification factuelle.

³ Solidarité remise en cause par les systèmes d'assurances individuelles comme par le fonctionnement de ces établissements spécialisés. Rappelons aussi que la sécurité sociale est l'employeur indirect des personnels hospitaliers.

(et pourtant statistiquement régulière). Dans ce contexte, la caisse mutuelle qui automatise prestations et secours, devient une institution médiatrice entre donateurs et receveurs dans un jeu où la mise revient au gagnant touché par le hasard objectif de la maladie et guéri par le cérémonial du chirurgien spécialiste.

Fondées sur la régularité de l'agrégation des cas individuels, les représentations statistico-assurantielles renforcent la rationalité scientifique des pratiques de soins qui s'expriment désormais en terme de chance de réussite¹. La maladie statistiquement déterminée se fait alors une place à côté de la maladie comme expiation de la faute et punition divine². Dans ce système de réciprocité statistique automatisée, le soigné qui cotise s'ouvre des droits en vertu de sa participation et peut bénéficier de services de la part de soignants qui en retour sont rétribués pour leur prestation. Parallèlement, ce détour par l'assurance permet aux soignants de développer des stratégies syndicales et professionnelles pour faire reconnaître leurs compétences ou mieux vendre leur service. Ce fût le cas des infirmières dès le début des années 1970 puis en 1984, 1988, 1991, mais aussi plus récemment d'autres catégories professionnelles comme les internes.

1.4 L'hospitalière ou quand l'imaginaire technique pose les bases d'une culture professionnelle

C'est donc dans cet espace que les soignants doivent se situer entre l'anonymat du système de solidarité et la singularité de leur rencontre avec le malade. Comme beaucoup d'autres personnels hospitaliers qui exercent

¹ A.Petitot, "La profession d'infirmière, un siècle de mutations", dans P. Aiach, D. Fassin, (sous la Dir.) les métiers de la santé, op.cit, 1994.

² C. Herzlich, J. Pierret, Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, Paris, Payot, 1984.

sur cette frontière, les infirmières sont à la fois issues de cette bipolarité et contraintes d'adapter leur mode d'exercice en fonction de l'orientation socio-technique des CHU. Une partie d'entre elles va alors voir à travers l'utilisation des machines et la spécialisation technique un moyen permettant de réconcilier la personne et le système. Etroitement corrélés avec la hiérarchie des valeurs des disciplines médicales, les choix de ces infirmières vont préférentiellement porter sur les services où la dimension technique et l'abondance de machineries permettent de laisser à la fois entières et totalement résolues les questions de l'adaptation, de la causalité, de la santé, de la maladie et de la guérison. La maîtrise des savoirs liés à l'utilisation des machines, des techniques d'investigation et de traitement pose alors les bases d'une culture professionnelle avec son système initiatique, ses rites, ses normes de conduites et ses croyances qui évitent (pour un temps) à celle qui y souscrit de refaire continuellement l'enquête permettant de comprendre les relations entre le métier et son environnement.

Il faut dire que leur utilisation est gratifiante. Face à l'urgence d'un arrêt cardiaque la machine devient salvatrice. Voir une tumeur réduite après une cure de chimiothérapie (même au prix d'une diffusion massive et foudroyante des cellules cancéreuses), faire repartir un patient qui en est à sa troisième crise de delirium (même si au cours des hospitalisations précédentes personne n'a eu le temps, l'énergie ou l'envie d'aborder avec lui ou son entourage "son problème d'alcoolisme") apportent des satisfactions immédiates. Mais pour être opératoires, les gestes techniques, y compris les moins complexes, doivent être idéalisés et prendre sens dans la pratique quotidienne. Ils réclament un seuil de fascination et une manipulation permettant de transformer tous les problèmes interactionnels en problèmes techniques afin de pouvoir proposer une solution technique satisfaisante

pour le patient comme pour le soignant. La technologie suppose la maîtrise du geste mais plus encore l'assurance de pouvoir maintenir ce geste dans son versant positif, sans culpabilité face aux échecs éventuels. Certes, les échecs peuvent introduire le doute mais la technologie doit permettre au soignant de les dépasser en affinant encore plus sa maîtrise des techniques (l'erreur ne peut être que technique et renvoie à un problème d'adéquation). La technologie prend alors une valeur mythique de toute puissance en créant pour les patients des espoirs et des attentes parfois irraisonnés¹ et pour les soignantes des répertoires de réponses à apporter devant la manifestation de signes pathologiques. Particulièrement agissant chez les infirmières débutantes (pour des raisons évidentes), elle existe à des degrés divers chez toutes les infirmières. Bien souvent, elle permet et réclame une certaine dépersonnalisation pour ne pas dire une déresponsabilisation "confortable" des pratiques de soins.

(infirmière de réanimation 7 années d'ancienneté)

Moi, l'école j'ai aimé, mais c'est surtout les stages. Mon premier, c'était en MIA (médecine) il y avait une gangrène et je me suis dit que je pourrais nettoyer tout ça. En réa aussi j'ai aimé toutes les machines, ça ne me faisait pas peur, j'avais envie de le faire, tu sais ça me plaisait la technique, les malades intubés de partout, le confort tu vois ce que je veux dire. Mais un jour un malade que je soignais allait mieux, je lui ai enlevé sa gastrique (sonde) et il s'est mis à parler. Ce jour là écoute, je me suis dit je ne peux plus le soigner, il parle. Je n'y arrivais plus et j'ai dû aller voir la surveillante et lui dire, écoute moi je ne peux plus

¹ Les praticiens qui, pour éviter toute discussion, pour flatter leur ego et renouer avec cette relation magico-charismatique, déclarent "on va tout faire pour", "maintenant on obtient de bons résultats avec ces traitements", "mais non vous n'allez pas mourir maintenant" ou promettent, d'hypothétique greffe, un traitement ou une opération "de la dernière chance" jouent un rôle important dans l'émergence temporaire de ces espoirs. Espoirs que l'équipe soignante va devoir gérer quotidiennement.

soigner monsieur X il parle, et après je me suis dit mais c'est pas possible de considérer les gens comme ça, c'est quand même des ... Enfin je ne pouvais plus aller dans ce sens là et après tu vois j'ai commencé à soigner vraiment mais avant non "

L'infirmière de réanimation, de bloc opératoire ou de SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) stigmatise ce modèle sans compromission, qui représente le métier dans ce qu'il a de plus inaccessible: la maîtrise de machines, d'instruments, de gestes techniques exécutés avec dextérité, de savoir-faire et de savoir-être perçus comme pertinents, inévitables, justifiables et exigibles d'une infirmière compétente qui "possède son métier sur le bout des doigts".

(infirmière de médecine 4 années d'ancienneté)

"Le problème avec la technique, c'est toujours pareil. Quand tu commences, il y a plein de chose que tu sais pas faire, alors tu évites de les faire, mais il y a un moment où t'es obligé. Au bout d'un moment de toute façon l'équipe ne supporte plus que tu ne fasses pas ça ou ça. Alors elles (les autres infirmières) m'ont dit bon, il faut que tu le fasses sinon ça n'ira pas. A chaque fois, il y a plusieurs crises, t'y arrives pas toujours du premier coup à te lancer, puis ça aboutit à une progression dans l'acquisition des techniques. En fait la formation ça se fait en plusieurs étapes. A chaque problème que tu rencontres t'y arrives pas, tu craques, tu remontes la pente, t'as gravi un échelon. Mais ça ne doit pas durer plus d'un an, sinon c'est que tu n'es pas capable d'y arriver"

En ce sens, on peut considérer que les gestes techniques, et à travers eux l'imaginaire technique et sa rigueur scientifique, comportent tous les ingrédients d'une fonction mythique dont "l'infirmière technicienne de soins" serait l'héroïne. Avec son uniforme, ses instruments et sa gestualité, elle théâtralise cette compétence et joue un rôle déterminant dans la mise en scène de la technique¹. Parallèlement, l'argumentaire professionnel présente un passé qui sert de référence à cette situation en lui offrant par contraste une date de naissance ex abrupto (l'arrêté du 11 juillet 1961²) et un âge d'or (les années 1970). Dans ce passé recomposé, ce que l'infirmière sait faire, ce qu'elle fait et la reconnaissance sociale coïncident. Cette construction fondée sur une explication partielle qui se donne pour totale, fait de l'infirmière de spécialité (de salle d'opération, anesthésiste) une sorte d'aristocrate exophthalmique du groupe professionnel infirmier, un exemple idéal-typique d'exacerbation d'une professionnalité infirmière réduite à un produit d'évolutions technologiques.

Dès lors, les choix professionnels des hospitalières, leur dextérité à effectuer les gestes salvateurs, leur capacité à "s'accaparer" les soins les plus techniques (présentés comme valorisants) et à déléguer les "soins indirects" (présentés comme dévalorisants), deviennent des traits et des critères permettant d'explicitier ce modèle ou d'en démontrer les ambiguïtés.

¹ La tenue, les insignes, les instruments accrochés aux poches de la blouse, se déplacer de façon précipitée pour donner l'illusion de l'urgence, etc. Tous ces traits participent aux "représentations objectales" comme les nomme P. Bourdieu. dans, Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques, Fayard, Paris, 1982. La précipitation qui entoure l'exécution quasi systématique de gestes techniques (comme les trachéotomies et la mise sous assistance respiratoire), les déplacements et l'élocution des soignants de SMUR sont des exemples de mise en scène de la technique et de l'urgence. Afin de neutraliser l'exubérance des gestes d'importance qui accompagnent l'arrivée bruyante des "urgentistes" dans les services (souvent qualifiés de cow-boy par les autres soignants), mes collègues de nuit avaient pris pour habitude de se mettre à trotter en décrivant des cercles à l'entrée de l'unité de réanimation où nous travaillons.

² Autorise aux infirmières le geste salvateur, la réalisation de soins complexes nommés "soins infirmiers" à partir des années 60. En 1961, l'arrêté désigne les infirmières comme techniciennes supérieures. Cette classification sera confirmée par l'homologation du diplôme d'infirmière au niveau III de l'enseignement technologique en 1980 et 1983.

Essentiellement recensés par les cadres infirmiers et les sociologues, ces critères (y compris ceux qui sont perçus comme les plus négatifs) vont fonctionner comme des stigmates et des emblèmes pour les hospitalières.

A travers les déclarations qu'elles livrent aux enquêteurs de passage et les jeux de scène qu'elles offrent au regard de l'observateur pressé, elles mobilisent ces propriétés pour faire voir, faire croire et revendiquer leur appartenance à cette aristocratie du groupe professionnel ou plus récemment pour signifier leur distance avec ce modèle. Or, si être infirmière, c'est se présenter comme une technicienne submergée par un rôle technique et déçue de ne pouvoir faire du relationnel, il faut reconnaître qu'il ne s'agit pas seulement d'une rhétorique plus ou moins hypocrite, d'une image discursive soutenue par des emblèmes ou des stratégies intéressées de manipulations symboliques¹. En d'autres termes, pour exister et s'imposer, ce modèle doit aussi créer les conditions de sa propre réalisation.

2 Quand la logique d'action instrumentale renforce et légitime le modèle professionnel de l'hospitalière

Comme nous venons de le voir, l'orientation des CHU, en ce qu'elle modifie les exigences liées à l'exercice hospitalier et pose les bases d'une culture technique chez les hospitalières, constitue l'une de ces conditions. Pour autant, si on ne peut occulter le spectaculaire développement technique de la pratique hospitalière, il nous semble abusif de réduire cette

¹ Comme beaucoup de salariés régulièrement soumis aux regards croisés des "clients", des collègues et de la hiérarchie, les infirmières excellent dans l'art de la dissimulation et dans la production de discours programmatiques. Suite à une rencontre avec un enquêteur, une infirmière déclare: "je lui ai joué le rôle de la technicienne, je pense que c'était ce qu'il voulait voir, (...), il m'a posé des questions sur le boulot, les malades, les médecins, pourquoi ceci, pourquoi cela, (...), j'allais pas tout lui dire, de toute façon ça ne le regarde pas et puis on sait pas ce qu'il va en faire, alors je lui ai sorti le baratin habituel les malades difficiles, les médecins trop exigeants, les décès, trop de travail, etc., enfin pendant ce temps là j'ai pas bossé, c'est déjà ça de gagné". C'est là une des raisons qui justifie la description des pratiques des infirmières et le recours à l'observation participante active de longue durée.

construction à un produit d'évolutions techniques et structurelles. A cet égard, nous pensons qu'elle renvoie aussi au travail de formalisation et de certification des compétences techniques mené par les experts en soins infirmiers puis diffusé par les enseignantes et les directrices d'école.

A travers leur action prosélyte dans la production, le contrôle et l'imposition de représentations légitimes du métier d'infirmière¹, elles vont intervenir activement dans la construction d'une professionnalité infirmière basée sur un ensemble de compétences scientifico-techniques (rôle propre) et de gestes exécutifs des prescriptions médicales (rôle prescrit). Leur engagement dans ce travail d'expertise, qui contribue à fixer les normes, les contenus de formation et à perfectionner les méthodes pédagogiques, est inséparable de leur propre enjeu de positionnement professionnel, lié:

- à la définition d'une discipline d'enseignement homogène;
- à l'élaboration de standards de pratiques nécessaires aux fonctions d'encadrement, c'est à dire à l'organisation et à la gestion administrative des soins et des effectifs soignants.

2. 1 L'encadrement infirmier entre fétichisme de la fonction soignante et impératif comptable

Afin de répondre à cette double exigence et à leur désir de perfectionnement, la Croix-Rouge ouvre en octobre 1951 la première école de cadre, suivie en 1954, par L'Union Nationale des Congrégations d'Actions Hospitalières et Sociales et l'UCSS qui crée l'école catholique de

¹ Par leur omniprésence dans les organismes internationaux (comme le Conseil International des Infirmières) et nationaux (comme l'Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'Etat Français, l'Union Catholique des services Sociaux et de Santé), elles se sont instituées comme les garantes des intérêts des infirmières auprès des pouvoirs publics, des médecins, des directeurs d'hôpitaux et des infirmières.

cadres, d'infirmières et de monitrices destinée aux religieuses¹. Aussi, bien avant le décret de 1958 (qui institue le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante), des sessions de formations spécifiques pour les monitrices et les directrices des écoles se mettent en place². Prolongées par des réunions régionales (qui permettent d'adapter les programmes d'enseignement, les règlements de stage et de nouer des liens entre directrices et monitrices), le rayonnement de ces sessions de formations a contribué, tout au long de la deuxième moitié du XXe siècle, à une évolution régulière des textes fixant l'organisation et les contenus de la formation professionnelle³. Le programme de 1954, qui pose les bases d'une "culture générale de l'infirmière et de l'assistante sociale", reflète bien la conception du travail infirmier que tente de promouvoir cette fraction face aux pouvoirs publics, aux médecins, aux directeurs d'hôpitaux et aux infirmières⁴. Sous l'appellation générique de "culture générale", s'agrège en réalité un ensemble de procédures détaillées, de conduites à tenir dans la surveillance des traitements auxquels s'ajoutent des connaissances accessoires sur l'éducation sanitaire, l'hygiène, les institutions sanitaires et l'organisation de la profession. Pour l'essentiel, ces "théories de base", qui désignent les connaissances médicales et chirurgicales exigibles d'une infirmière font

¹ La troisième sera celle de l'Assistance Publique de Paris en 1956 puis cinq autres seront mises en place en province.

² Ces cours de perfectionnement reprennent et complètent l'enseignement des spécialités médicales proposées aux infirmières en y intégrant progressivement les instruments d'évaluation et de gestion des soins infirmiers.

³ Sans qu'il soit nécessaire de faire une analyse détaillée, il faut remarquer que ces textes précèdent la législation professionnelle.

⁴ Le programme d'enseignement des études d'infirmière qui suivront ne feront que préciser ces connaissances. Celui du 17 juillet 1961 introduit certes une dimension nouvelle: celle de la connaissance de l'homme sain, et les différentes étapes de son développement, ainsi qu'une approche de la santé. Mais il ne comporte plus qu'une seule page sur "le malade" et sous cet intitulé figure une série de techniques concernant les maladies infectieuses, ou les pratiques d'urgence. Ces gestes techniques effectués par l'infirmière seront regroupés sous l'appellation générique "soins infirmiers" après 1968.

appel à des mécanismes du type stimuli-reflexe, enseignés dans les écoles, puis mis en pratique et évalués au cours des stages hospitaliers.

Reprises et explicitées dans les premières publications professionnelles (fiches techniques de l'infirmière, points-clés, bibliothèque de l'Infirmière, Diplôme d'Etat, manuels techniques, cahiers détachables insérés dans les revues professionnelles, etc.), ces "théories de base" doivent permettre à l'infirmière d'identifier les besoins fondamentaux des patients et de recueillir rapidement les données précises du diagnostic médical. Exclusivement rédigés par les monitrices¹, ces premiers guides pratiques vont orienter toute une littérature technique sur les soins infirmiers et offriront des repères de classification, d'uniformisation et d'évaluation des techniques de soins à partir des "soins tâches"².

C'est donc autour d'un savoir-faire pédagogique lié à la formalisation et à la transmission de ces techniques que les monitrices vont construire leur qualification professionnelle. Or, la structure même de leur activité pédagogique implique un rapport spécifique aux savoirs professionnels. D'une part, la transformation des savoirs nécessaires à l'exercice infirmier échappe pour partie à leur contrôle. Elle est étroitement liée aux contraintes d'exercice des hospitalières et comme tous les savoirs techniques ils s'érodent rapidement. D'autre part, ayant pour fonction de coordonner et d'harmoniser les différents enseignements (médicaux, techniques ou issus

¹ Les infirmières en exercice ne pourront publier et signer des articles dans ces revues qu'à partir de la fin des années soixante.

² La nomenclature des actes autorisés aux infirmières libérales qui réduit l'exercice infirmier à une série d'actes techniques normalisés, codifiés et hiérarchisés pour lesquels est défini un temps et un prix, constitue un bon exemple d'évaluation et de formalisation. Dans ce cadre, le paiement rivié à l'acte fait du corps une valeur marchande, un support de production dont la rentabilité dépend de la fréquence des actes effectués. Les "soins tâches" serviront de base à différents travaux et études sur l'organisation du travail, sur l'efficacité des soins, les critères de sécurité et de confort pour les malades.

des sciences humaines) elles adaptent et reprennent ces cours spécialisés auprès des élèves infirmières. Face à la multiplicité des disciplines¹ et des contextes d'activité comme à l'éclatement des modes d'apprentissage (selon les lieux de stages et les écoles), les directrices et les monitrices vont alors rechercher une plus grande cohésion de l'enseignement des soins de base².

Débuté avec les "points-clés", ce travail d'élaboration d'un enseignement professionnel est aujourd'hui finalisé dans "les théories en soins infirmiers". Théories qui offrent des cadres conceptuels tout en permettant de réunir et d'adapter des connaissances théoriques issues de disciplines universitaires (pathologie, physiologie, sciences humaines, etc.) et des connaissances pratiques relatives à l'exécution des soins infirmiers. Inspirées des modèles de soins nord américains (canada et Etats-Unis) qui dissocient la prise en charge de la pathologie (le "caring" réservé aux médecins) et celle de la santé des patients (le "curing" relevant de la compétence de l'infirmière), ces théories composent une sélection des savoirs médicaux et scientifiques indépendante des spécialités médicales³.

La "démarche de soins"⁴ matérialise cette transition entre une conception du travail infirmier centrée sur la réalisation d'actes prescrits et

¹ La somme des spécialités enseignées représentent un tour d'horizon complet des études médicales auquel il faut ajouter un ensemble de connaissances accessoires et hétéroclites en sciences humaines, en santé publique, etc. A ces normes officielles de formation définies pour l'ensemble du territoire national, les directrices d'école formulent leurs objectifs pédagogiques en fonction des particularismes locaux en matière d'emploi ou de travail médical.

² C'est à dire des principes communs aux grands groupes de soins en laissant aux infirmières qui accueillent les élèves infirmières en stage la tâche de spécialiser leurs connaissances.

³ L'administration de médicaments, les soins de base, les protocoles infirmiers, la surveillance comportent des constantes indépendantes des spécialités médicales. C'est autour de la sélection des savoirs spécifiques et des connaissances propres à l'exercice infirmier que s'élaborent les théories en soins infirmiers et les modèles de soins. Des auteurs comme V. Henderson, R. Poletti, H. Riopelle, L. J. Capenito sont les auteurs d'ouvrages qui font référence dans ce domaine et constituent la bibliothèque de base des élèves d'instituts en soins infirmiers.

⁴ La démarche de soins est une méthode de résolution de problèmes comportant plusieurs étapes: identification des besoins en soins infirmiers, planification, réalisation des soins, évaluation et réajustement.

la prise en compte individualisée des besoins de la personne malade. Par cette démarche, les soins infirmiers se proposent d'aborder globalement la personne malade en intégrant toutes ses dimensions constitutives (biologiques, psychologiques, sociales et culturelles). L'aide et le soutien au malade sont alors réifiés et s'accompagnent d'une euphémisation du travail délégué par le médecin. L'infirmière devient une collaboratrice indépendante mais complémentaire, dans l'action de soins, avec les autres soignants. Or, l'exercice des hospitalières ne peut être déterminé par une autre finalité que celle de la fonction médicale et à travers ces outils ou ces notions (de rôle propre, de démarche de soins, etc.) transparait surtout un certain fétichisme de la fonction soignante. Notamment quand il s'agit de définir la part relationnelle du travail infirmier ou d'ériger en compétences un "rôle propre" dont la filiation avec la vocation (au sens ou celle-ci implique un rapport immédiat entre l'individu et la fonction) n'est pas dénuée d'ambiguïtés. Cependant ils permettent aussi de circonscrire les connaissances propres aux infirmières et élèvent symboliquement les monitrices au rang d'enseignantes d'une discipline: "les soins infirmiers". C'est d'ailleurs, cette subdivision verticale du groupe professionnel infirmier qui bénéficiera d'une reconnaissance sociale et institutionnelle forte avec la création des écoles de cadres infirmiers¹.

2.2 Travail social de placement et traitement politique de l'encadrement soignant

La mise en place des écoles de cadres permet de rapprocher deux structures (l'école et l'hôpital) et de créer une filière de promotion

¹ Le décret du 4 octobre 1975 remplace les certificats d'infirmière monitrice et d'infirmière surveillante par le certificat de cadre infirmier ce qui permet le passage d'enseignante à surveillante et réciproquement. Il crée également l'infirmière générale.

sanctionnée par un diplôme pour les hospitalières. Désormais, c'est le niveau hiérarchique qui remplace la fonction spécifique et la nature de l'activité. Le lieu d'exercice comme les conditions de travail s'effacent devant la prépondérance de l'échelon supérieur. Centrée sur le développement des compétences d'encadrement et de gestion, la formation dans les écoles de cadres traduit cette volonté d'établir la fonction de surveillante en un métier reconnu administrativement et socialement¹. Ce travail social de placement renvoie simultanément à la hiérarchisation du groupe professionnel infirmier et aux impératifs de rationalisation des hôpitaux publics.

La création des postes d'infirmière générale², de conseillère technique auprès du directeur des hôpitaux, auprès du directeur des affaires sanitaires et sociales, la mise en place des "commissions en soins infirmiers"³ comme la reconnaissance de la "recherche en soins infirmiers" et du "service infirmier" démontrent que l'administration de tutelle s'est engagée dans une démarche de valorisation sociale des cadres infirmiers et de promotion de l'action des pouvoirs publics à leur égard. Mais cette prise en compte formelle des demandes des experts en soins infirmiers comme l'écoute critique portée par les pouvoirs publics aux rhétoriques professionnelles

¹ A travers la densité des contenus de formation et l'étendue des attributions des surveillantes (organisation des soins, gestion des équipements, relations internes et externes, rôle pédagogique envers les élèves, etc.) on sent bien qu'il y a quelque chose d'artificiel à vouloir leur faire endosser tout ce qui se passe d'important dans les services. La surveillante est à la fois, animatrice et porte-parole des équipes soignantes tout en assurant un rôle de déléguée de la direction.

² Responsable de l'organisation et de la gestion du service infirmier pour l'ensemble de l'établissement hospitalier public. Anciennes surveillantes chefs recrutées sur concours, elles suivent une formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes et peuvent (depuis 1994) occuper par promotion des postes de directrice d'hôpital. La réforme de la formation des directeurs d'hôpitaux est tout aussi exemplaire en ce qu'elle engage les directeurs à s'investir dans une dynamique économique et gestionnaire. Appuyés par un syndicat majoritaire, actif et organisé (SNCH) ils développent des actions pour obtenir une décentralisation politique de la conduite du système hospitalier. L'actuel directeur des hôpitaux était précédemment président du SNCH.

³ "la commission en soins infirmiers" (composée de 3 cadres infirmiers, de 4 infirmières et d'une représentante des AS et ASH) apporte un avis consultatif sur l'organisation et la gestion des soins infirmiers.

peuvent aussi trouver une explication dans le traitement politique dont font l'objet les catégories de l'encadrement soignant.

Imposée de façon technocratique, la rationalisation des hôpitaux publics a considérablement modifié l'environnement structurel, matériel et institutionnel des personnels hospitaliers¹. Mais parallèlement à cette réforme du financement des hôpitaux, la tutelle a souhaité une implication des personnels dans l'évaluation, la gestion et la planification des soins hospitaliers. Aussi, en liant la carrière des infirmières à la structure administrative, la Direction des Hôpitaux s'est dotée de personnels d'encadrement pour appliquer ses orientations et promouvoir sa conception de l'hôpital. Symbolisée par la mise en place d'outils (PMSI²) ou de notions comme le projet d'établissement, de service ou de département médical, la mobilisation des personnels d'encadrement prend elle aussi des formes explicitement transférées du secteur marchand. Cette réorganisation managériale de l'hôpital du troisième type passe par un ensemble de transformations organigrammatiques³, mais aussi par une modification des règles, des discours et des pratiques.

Corollaires immédiat d'une gestion par objectif, la prévision et la planification, sur la base d'indicateurs d'activités quantifiables, sont

¹ Dans ce cadre, la décision est organisatrice (elle s'appuie sur une classification des pathologies en secteurs rentables, exportables et non rentables qui définit les orientations thérapeutiques des établissements et des services) et repose sur une vision globale du système sanitaire où la volonté de maîtriser la croissance des coûts est explicite. Il ne s'agit pas de modifier les pratiques des soignants mais d'intervenir sur leurs conditions d'exercice afin de faire passer dans les faits et les comportements la logique comptable. C'est d'ailleurs la force de l'approche technocratique même si elle sous-estime les fonctionnements traditionnels et prévoit mal les effets de ces décisions.

² Le Programme Médicalisé de Système d'Information permet une comptabilité analytique du produit hospitalier par "Groupes Homogènes de Malades" dont le coût est calculé à partir des Résumés Standardisés de Sortie.

³ Une série de réformes partielles a été mise en place: alignement des statuts sur la fonction publique en 1986, modification du système de représentativité et autonomie élargie des établissements en 1991.

devenues des préoccupations centrales pour la tutelle et les directeurs généraux d'établissements. Aussi, si les économies et les gains de productivité ont d'abord porté sur les services généraux et logistiques des hôpitaux, c'est autant pour éviter une confrontation directe avec les praticiens hospitaliers et les soignants que par manque d'indicateurs quantitatifs fiables sur l'activité des services hospitaliers¹. Or, depuis le début des années quatre-vingt la direction des hôpitaux a incité l'encadrement soignant à améliorer l'analyse de l'activité hospitalière et à se doter d'outils de gestion du personnel afin de contenir les dépenses en personnel.

Résultant d'une convergence d'intérêts entre une administration soucieuse d'améliorer sa connaissance de l'activité soignante et la volonté de valorisation du travail infirmier exprimée par les cadres, les "guides du service infirmier" sont la formalisation la plus achevée de ces efforts de rationalisation du travail soignant. Elaborés par une minorité active de cadres infirmiers², coordonnés par les conseillères techniques de la direction des hôpitaux, ils se présentent comme des propositions de normes pour l'organisation et l'exécution du travail infirmier. Ce travail d'expertise a

¹ Les directions ont cherché une marge de manoeuvre budgétaire dans la rationalisation des services techniques. A la faveur des opérations de rénovation partielle ou totale, blanchisserie, services logistiques, cuisines, ont été dissociés du reste de la production hospitalière puis placés dans une situation de concurrence avec les entreprises commerciales. A la suite de cette confrontation brutale, ces unités de production ont été privatisées (partiellement ou totalement) ou réorganisées pour devenir des prestataires de services indépendants pour d'autres collectivités publiques (recours massifs aux intérimaires, aux salariés précaires comme les TUC, CIF, contrats de qualification, etc.). Cette démarche est désormais appliquée aux services de soins.

² Ce sont essentiellement des cadres infirmiers soignants ou enseignants qui réalisent ces guides avec l'aide de la Direction des Hôpitaux. F. Acker, qui a observé ces groupes travailler, écrit qu'au fur et à mesure que se mettent en place de nouveaux chantiers, les personnes ayant participé aux premiers sont associées aux suivants. On ne sait rien sur les critères de choix des participants. F. Acker, "La fonction d'infirmière l'imaginaire nécessaire", *Sciences Sociales et Santé*, Vol. IX, n°2, juin 1991. Trois associations nous semblent particulièrement actives dans ces démarches d'affirmation du modèle professionnel infirmier: le Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières et des Ecoles de Cadre (CEEIC), l'Association Nationale des Infirmières Générales (ANIG) et l'institut national d'Etudes et d'Unités de Recherche et d'Organisation Pour l'Enseignement (EUROPE).

permis d'améliorer la définition d'indicateurs, de procédures d'objectivation et de codification de l'exercice infirmier tout en élaborant une terminologie commune pour les cadres infirmiers. Une doctrine explicitée à travers ces guides techniques destinés à faciliter la pratique quotidienne et la gestion des soins .

Essentiellement relayé par le système éducatif et l'encadrement soignant, ce travail d'objectivation des compétences infirmières autour d'un corpus idéologique, de règles professionnelles, d'une éthique commune, de la formalisation des terminologies¹, construit une version du travail infirmier (statut, diplômes à équivalence universitaire, ligne hiérarchique) qui appréhende l'activité de soin comme un procès de travail quasi scientifique: la "démarche de soins". Alimentée par des outils ("diagnostic infirmier", "rôle propre", "dossier de soins", "planification murale", "fiches d'actions") et des méthodes ("guides du service infirmier", "planification des soins", "recherches en soins infirmiers") applicables dans une sphère d'intervention spécifique (le "service infirmier"²), cette démarche d'affirmation et d'institutionnalisation de méthodologies d'action définit un cadre pour réaliser, planifier et évaluer les soins infirmiers.

Considérés par ces "visibles scientifiques"³ comme des préalables au bon fonctionnement des unités de soins, ces outils sont accompagnés d'une panoplie d'instruments de gestion administrative des soins qui découpe le travail hospitalier en domaines d'interventions (politique, stratégique, tactique, opérationnel) auxquels correspondent des statuts (infirmière

¹ F. Acker, "la fonction d'infirmière l'imaginaire nécessaire", op.cit, juin 1991.

² Apparue en 1975 dans les décrets, le terme de "service infirmier" est utilisé pour désigner la dimension organisationnelle et gestionnaire des "services de soins".

³ Ce terme est de E. Friedson, La profession médicale, Paris, Payot, 1984.

générale, surveillante chef, surveillante, infirmière). En ce sens, la logique technocratique rencontre et légitime ce "modèle professionnel" qui comporte des outils transférables et permet de passer d'un travail soignant défini par référence aux "soins infirmiers" à un travail soignant défini par référence aux coûts. Désormais, une infirmière ou une aide soignante ne doit plus seulement accomplir des gestes sur le malade, elle doit aussi qualifier, quantifier son action.

Par cette opération épistémique qui codifie l'exécution, l'organisation et l'évaluation du travail infirmier, les cadres infirmiers deviennent les maîtres d'oeuvre de la rationalisation du travail soignant¹. Les transformations qui ont affecté les missions, le contenu des tâches et les méthodes de travail traduisent cette nouvelle position institutionnelle de l'encadrement soignant. Mais, pour s'imposer, cette conception de l'encadrement doit rompre avec les anciens comportements et les modèles professionnels des surveillantes présentés respectivement comme inadaptés et sans issues². Pour les directions d'établissement comme pour l'encadrement (essentiellement les infirmières générales et une partie des surveillantes chefs), un cadre infirmier ne peut exister qu'à la condition de ne plus être³:

- une "super-infirmière" experte des techniques, des appareillages et des activités sophistiquées qui n'a pas su faire le deuil de sa fonction d'infirmière. Mère protectrice de toutes les infirmières, elle est tantôt collègue, conseillère conjugale, assistante sociale. Elle ne ménage pas ses

¹ Comme le démontre l'intérêt que les cadres infirmiers portent aux questions d'effectif, de charge de travail, d'informatisation des unités de soins.

² Dans le CHU observé, la mise en place de la démarche stratégique et la "professionnalisation" de l'encadrement, s'est traduite par des tentatives de destabilisation, de mise à l'écart ou de sanctions à l'encontre des surveillantes "traditionnelles".

³ Il ne s'agit pas d'une typologie de comportements stéréotypés, mais d'un regroupement empirique des critiques évoquées lors d'entretiens par des cadres infirmiers et des personnels de la direction générale du CHRU.

efforts pour rester en contact avec les soignants, et est prête à toutes les concessions pour garder leur estime y compris les remplacer;

- la "servante du médecin", gardienne des traditions qui arbore ses étoiles¹ et a remplacé la technique par les relations humaines manipulatrices. Autocrate entourée de subordonnées soumises, elle diffuse avec parcimonie les informations et consacre l'essentiel de son temps à aider le praticien. Elle n'anime pas le service mais laisse s'actualiser la spontanéité des soignants dans les limites du respect de la tranquillité de l'équipe médicale;

- une "bureaucrate attentiste", captivée par l'ordre et la méthode qu'elle a érigé en compétences personnelles. Elle évite toute initiative susceptible de déranger l'ordre des choses car elle sait que la force d'un service hospitalier, c'est l'immobilité. D'ailleurs, elle ne voit rien de nouveau dans ce qui lui est proposé, démarches de soins, dossiers de soins ou diagnostics ont toujours existé. Par son expérience, elle sait que tout finit par s'arranger, les modes vont passer et en attendant, elle tente de se maintenir à son poste en employant le minimum d'énergie.

Sur le chemin qui doit mener l'encadrement direct vers une "identité de professionnelle", ces formes d'adaptation aux contraintes qui s'exercent sur les surveillantes sont des fausses routes à éviter pour les nouvelles surveillantes cadrées. Trop ou pas assez investie dans le fonctionnement du service, elle ne peut être une gestionnaire/animatrice efficace capable d'optimiser les moyens mis à sa disposition. Le regroupement des statuts², les critères de sélection à l'entrée de l'école des cadres, le recrutement sur

¹ Les surveillantes de soins ont un badge bleu marine avec une étoile dorée et les surveillantes chefs ont le même badge mais avec deux étoiles.

² Infirmières générales, infirmières générales adjointes et surveillantes chefs (sur concours) font partie des cadres A de la fonction publique.

titre et la gestion des emplois¹, la mise en place de formations continues spécifiques (sur l'entretien d'évaluation, l'animation des équipes, l'audit, la gestion, etc.), l'obligation d'actions communes et concertées, l'élargissement des pouvoirs et de la marge d'initiative des surveillantes chefs, sont les éléments qui vont permettre de dessiner la voie à suivre ou à défaut de tenter de convertir les moins réticentes des surveillantes².

Plus généralement, ces modifications institutionnelles d'ordre réglementaire ou incitatif font désormais apparaître la fonction d'encadrement comme un métier exigeant une conscience des responsabilités mais aussi des compétences managériales, des outils et des techniques spécifiques. En d'autres termes, il ne s'agit plus de faire respecter des façons de faire, des règles particulières ou des traditions mais d'animer, d'accompagner et de stimuler le changement, de développer un "service infirmier", de stimuler une culture d'entreprise en correspondance avec "le projet d'établissement" et la démarche stratégique. Là aussi, la rationalisation du travail soignant, la gestion au plus juste du service et des effectifs, la sectorisation sont réalisées au nom du confort du malade. Diminuer les hospitalisations par la mise en place de secteurs d'HPDD, prendre en compte le coût social de l'absence au travail (pour les personnes en situation précaire) minimiser la durée d'hospitalisation des personnes en

¹ Traditionnellement nommées à l'ancienneté et aux mérites, elles étaient considérées par l'administration hospitalière comme "les instruments des praticiens hospitaliers". Aujourd'hui, la distinction qui est faite entre "les surveillantes cadrées" (celles qui ont le diplôme) et les "non cadrées" (nommées à l'ancienneté), le refus systématique qui l'on oppose aux diplômées qui postulent dans leur ancien service, la nomination d'une surveillante chef pour plusieurs services (département) démontrent que les attentes de l'administration vis à vis de ces personnels ont changé.

² Une infirmière qui vient d'obtenir le concours d'entrée à l'école des cadres du CHRU déclare à ce propos: " A l'oral, je me suis plantée deux fois,(...), il faut rentrer dans le moule et il faut qu'elles (les membres du jury d'admission) sentent que t'es en accord avec leurs idées et c'est pas évident surtout quand comme moi t'as un enfant et que t'en attends un deuxième, pour elles t'es pas disponible, tu peux pas être cadre, t'investir dans la gestion". Plus généralement, les profils des candidates doivent être conformes aux idéaux "professionnels" et la possession d'un diplôme universitaire est fortement valorisée.

long séjour (qui risque d'entraîner une perte d'autonomie), participent de cet argumentaire idéologique sur le bénéfice social attendu pour les patients.

Durant ces dernières années, une tâche importante de l'encadrement infirmier a donc été de mettre en place ces nouveaux instruments de programmation des soins relatifs à leur fonction d'ordonnatrices des dépenses, de gestionnaires des approvisionnements (consommables¹), des matériels et des effectifs. Une partie de leur travail consiste à intégrer dans ces outils tous les aspects de la prise en charge du malade qu'ils permettent d'objectiver². Les données recueillies constituent alors des indicateurs quantitatifs d'activité (qui n'ont pas valeur de prévision) qui servent de base à une programmation des moyens (effectifs et matériels). Au niveau des services, ces données sont nécessaires pour étayer une demande de moyens (elles justifient le niveau d'activité) mais impliquent rarement une prise de décisions ou la mise en place de projets d'actions dans le cadre de la prise en charge des patients.

Bien qu'il soit péremptoire de parler d'une culture de l'encadrement tant la diversité des positions et des pratiques inscrites dans les traditions culturelles, les ressources et les choix stratégiques est grande³, on peut dire que les aspirations professionnelles des cadres infirmiers (ou tout au moins d'une partie des cadres) sont tout à la fois prises en compte, parce qu'elles

¹ Ce terme désigne le matériel renouvelable sous la forme de "kits".

² Ainsi, le Barthel, le Mental state ou Géronte, qui sont des outils permettant de définir des indices d'évaluation de l'autonomie de la personne sont transformés (avec l'aide d'économistes ou d'ergonomes hospitaliers) en indice d'évaluation de l'activité des soignants et donc de la dotation en personnel. Pour un exemple, P. Camel, "Mesure de l'indépendance fonctionnelle par l'indice de Bathel", *Journal d'Ergothérapie*, 14, 4, 1992.

³ Faisant suite à une demande de la direction qui proposait de "redéfinir les missions des surveillantes dans l'hôpital", un groupe de travail composé de surveillantes de soins et de surveillantes chefs s'était mis en place pour tenter de cerner le rôle des surveillantes. Le compte rendu des "pilotes" de ce groupe de travail fait essentiellement état des différentes conceptions du métier de surveillante.

répondent aux besoins informationnels et stratégiques des directions d'établissement, et transformées dans des formes sociales compatibles avec les objectifs stratégiques des établissements¹. Les démarches d'expertise généralement menées dans le cadre de groupes de projet (qui réunissent cadres et personnels hospitaliers pour tenter de mettre en place "le service infirmier", évaluer la charge de travail, améliorer l'accueil et la prise en charge des patients) font l'objet, de la part des directions d'établissement, d'un traitement social qui les débarrasse de leur signification catégorielle et les convertit aux exigences de gestion. Elles sont ainsi subsumées dans la logique collective de l'établissement comme le sont les expériences co-financées par la tutelle (Départements d'Informations Médicales, Conseil de l'Observation Sociale, Fond d'Amélioration des Conditions de Travail).

Organisées localement ou de façon centralisées (par la tutelle), ces démarches participatives existent parce qu'elles permettent de faciliter l'adhésion des acteurs de terrains aux contraintes budgétaires et de mieux saisir les évolutions socioprofessionnelles à travers des mises en forme et une interprétation des données recueillies localement. Généralement réduites à un nouvel habillage des rapports sociaux, leurs impacts demeurent limités notamment lorsqu'elles tentent de remettre en cause les pratiques professionnelles ou d'intervenir sur les collectifs de travail pour motiver les personnels et rendre plus productif le travail hospitalier.

¹ Par delà l'opposition entre les traditionnels et les modernes, les cadres infirmiers les plus attachés à ce modèle professionnel d'encadrement sont:

- les infirmières générales qui rejoignent l'encadrement avec la volonté d'intégrer par la suite la hiérarchie administrative comme directrice des ressources humaines par exemple,
- les surveillantes "mercenaires" irritées par le fonctionnement bureaucratique de l'hôpital, elles souhaitent transformer l'institution et se fixent des objectifs pour y parvenir,
- les surveillantes "convaincues" par le discours entrepreneurial de l'administration, pour qui il est impératif de pousser plus avant la logique gestionnaire afin de démontrer que les CHU sont des structures performantes et rentables,
- les surveillantes proches ou issues des militantes pédagogiques qui tentent de promouvoir les nouveaux outils infirmiers et pour qui il s'agit de saisir l'opportunité que représentent ces changements organisationnels pour y inscrire leur conception des soins.

2.3 L'innovation à l'hôpital est-elle possible? Le cas des démarches participatives de l'encadrement soignant

De façon schématique, on peut dire que dans les services hospitaliers, l'innovation n'appelle pas l'innovation. La mise en place d'un nouvel outil technique, d'un appareillage sophistiqué, de dossiers de soins personnalisés ou d'un livret d'accueil implique rarement un développement des capacités collectives à créer une dynamique, à engendrer une appropriation culturelle et professionnelle¹. Comme la recherche en soins infirmiers, ces outils ou ces techniques ne jouent qu'un rôle marginal et ne sont pas en mesure d'initialiser des changements réels des pratiques des infirmières. Ils permettent néanmoins de valoriser l'expertise des cadres infirmiers ou de certaines infirmières qui, pour des raisons de légitimation professionnelle, inscrivent leur exercice dans ce cadre conceptuel, retranscrivent leur pratique à partir de "méthodes scientifiques" ou maîtrisent l'utilisation de ces outils. En d'autres termes, ce sont là aussi les capacités des cadres ou de certains soignants à donner sens à ces outils en se les appropriant qui en font des supports pragmatiques d'interactions et (ou) de stratégies.

Peu assimilables par les soignants, les outils infirmiers (comme les diagnostics infirmiers qui concentrent savoirs pratiques, travail théorique, procédures de légitimation et postures professionnelles) suscitent des malentendus notamment lorsqu'ils sont utilisés comme objets de différenciation individuelle. Ils renforcent alors les logiques centrifuges, la

¹ Destinés aux usagers, ces livrets d'accueil oscillent entre la plaquette publicitaire (qui met en avant les capacités et les compétences de l'équipe médicale) et le guide pratique (démarches administratives, mode de vie, informations sur les traitements, etc.). Elaborés sur l'initiative de la surveillante de soins en collaboration avec les soignants, ils devaient être distribués par l'infirmière au cours du questionnaire d'entrée. Présentés comme un support de discussion sur ce que le patient allait vivre lors de son hospitalisation (sa perception du service, ses craintes, ses interrogations etc.), ils sont généralement abandonnés dans le tiroir du chevet des patients.

segmentation, le cloisonnement et ne sont opératoires que pour celle ou pour le collectif qui les a mis en place. Utilisés dans une unité de soins ou par une infirmière, ils ne parviennent généralement pas à franchir les frontières du collectif de travail et bien que leur mise en place donne parfois l'illusion du changement, ils relèvent souvent de la routine. Une fois dépassé le stade de la mise en place, l'intérêt s'atténue, l'utilisation quotidienne se révèle souvent astreignante et non valorisante car non valorisée par les collègues soignants ou l'institution.

En dépit de la bonne volonté, voir de l'opiniâtreté de l'encadrement, les démarches participatives se heurtent, elles, au fonctionnement traditionnel des services hospitaliers et à la capacité des surveillantes à y inscrire leurs tentatives¹. D'une façon générale, ces démarches sont confrontées à l'incapacité des soignants à promouvoir collectivement leur propre dynamique sur une base inter ou infra catégorielle. Deux raisons nous semblent expliquer ces blocages²:

- au niveau des services hospitaliers, les systèmes de règles sont fonction des interactions et des situations. Rien n'est fixe et la libre interchangeabilité constitue la règle. Médecins, paramédicaux, personnels techniques, patients ne forment pas des entités homogènes qui développent des stratégies, des relations de pouvoir, adoptent des règles communes comme tendrait à le laisser penser le management stratégique hospitalier³. Certains développent des stratégies, d'autres sont hors-jeu, volontairement

¹ O.Dembinski, Les cadres hospitaliers, CLESE-LASTREE/CHRU de Lille, 1994.

² Il s'agit ici d'une présentation synoptique qui sera développée dans la partie suivante.

³ L'analyse stratégique et systémique repose sur l'idée d'un décor immuable, d'acteurs stables et de comportements prévisibles. Cependant, nos observations et ce qui vient d'être dit montrent que les managers hospitaliers ont au contraire basé leur mode d'intervention sur une analyse beaucoup plus pragmatique du fonctionnement hospitalier, démontrant une connaissance assez fine des fonctionnements traditionnels de l'hôpital. Plus généralement, ils ont largement profité de l'atomisation du milieu hospitalier pour mettre les individus et les groupes professionnels en concurrence.

ou involontairement. A l'hôpital, les alliances, les solidarités négatives existent, mais elles s'établissent rarement sur la base d'une catégorie professionnelle ou d'un groupe d'acteurs stables. Toute démarche participative qui tente de regrouper "artificiellement" les infirmières ou plusieurs catégories de soignants est alors confrontée à la diversité des positions (éthiques, politiques, culturelles), des pratiques et des ordres locaux. Diversité revendiquée par les soignants comme étant intrinsèquement liée à l'action de soins. Il n'est pas question ici d'individualisme mais d'une affirmation de soi, de son autonomie dans le travail qui s'appuie sur l'expérience. Une sorte "d'artisanat du soin" que l'on refuse de dévoiler totalement par pudeur ou par peur de le voir cristalliser dans des règles collectives. Cristallisation qui lui ferait perdre son sens, qui briserait le secret du geste relationnel ou plus simplement de ce qui se passe entre une infirmière et un patient une fois la porte de la chambre fermée. Défendre le droit à la dépersonnalisation, à la déresponsabilisation des soins ou invoquer les données sur lesquelles l'équipe soignante n'aurait pas prise y compris en utilisant les souhaits des patients comme alibi, deviennent des attitudes compréhensibles et légitimes dès lors qu'elles s'insèrent dans ce cadre. D'une façon générale, on peut dire que l'exercice infirmier est un travail "solitaire" pris dans des collaborations multiples et sans cesse perturbé par des événements internes ou externes à la situation de travail.

- La seconde raison est en partie liée à la première. Pour les hospitalières, le service ne constitue pas l'univers professionnel de référence. Les interactions entre les différents prestataires de service (soignants, encadrements, administratifs, patients, entourage, etc.) qui concourent à la prestation finale (le soin) sédimentent un territoire (l'unité de soins) où s'élaborent les règles de vie, les façons de faire, les croyances, les codes, les alliances, les marges de manoeuvre et les initiatives. Ces

unités sont des espaces organisationnels qui prennent forme et s'actualisent par l'action des membres du collectif de travail. C'est au niveau des collectifs de travail, dont la structuration et le mode de fonctionnement sont très variables, que les représentations, les rôles, les objectifs, les pratiques se constituent en système équilibré et se figent. C'est à ce niveau que se gère la transmission des savoirs et que se définissent les spécialités. Spécialités qui constituent des sphères d'activités autour desquelles s'organisent des compétences multiformes spécifiques. C'est autour de ces compétences (techniques, organisationnelles, décisionnelles, communicationnelles) que se structurent la professionnalité des hospitalières. Chef de file de cette vie de groupe, l'infirmière y dispose d'une autonomie fonctionnelle importante. C'est dans son travail quotidien au sein de ce collectif qu'elle invente, négocie et met en place de nouvelles manières de faire. C'est grâce au collectif qu'elle peut s'affirmer en tant que soignante compétente capable d'improviser.

Dans ce contexte, l'instabilité générée par un environnement technico-gestionnaire évolutif (regroupement de services, restrictions sur le personnel, le matériel et les fournitures) et un encadrement qui tente de briser ce mode de fonctionnement traditionnel (projet de service, sectorisation) provoquent le repli défensif des collectifs. Afin d'éviter toute prise à la critique, "on cloisonne" les fonctions et les rôles par crainte du médico-légal¹. Le glissement des tâches, l'aide spontanée, le remplacement au pied levé existent encore mais dans des domaines d'intervention de plus en plus limités. Dans cet environnement ou "parler n'est pas travailler", l'improvisation devient "clandestine". En dehors de ce cadre, tous gestes, actes, ou paroles sont désormais soumis au règlement, à la prescription

¹ La multiplication des procès intentés contre des hospitalières joue un rôle certain dans ce repli sur le règlement. Certaines infirmières ont d'ailleurs souscrit à une assurance spécifique.

signée et dûment authentifiée¹. Il en résulte une organisation du travail sectorisée, contre-productive et inefficace pour la prise en charge des patients. Parallèlement à cette forme de grève administrative, les différences de position (au sein de l'encadrement et des autres personnels hospitaliers) ou les incohérences (du fonctionnement du service, de l'hôpital, de certaines décisions, etc.) sont utilisées par les soignants pour limiter le contrôle que l'encadrement tente d'exercer sur leur activité.

De fait, bien que les surveillantes conservent un droit de regard sur les pratiques des soignantes, elles parviennent difficilement à impulser une dynamique de changement qui touche plusieurs unités, plusieurs catégories de personnels d'une même unité ou plusieurs soignants d'une même catégorie professionnelle. Cette résistance des collectifs de travail explique le retard pris par les services dans la mise en place de la sectorisation. Présenté comme une innovation conçue dans le but d'humaniser la prise en charge des patients, le regroupement des lits en "secteurs" doit permettre:

- de limiter le nombre d'agents hospitaliers au lit du malade grâce à la mise en place de binômes (une infirmière et une aide-soignante qui assurent la totalité des soins);
- de clarifier les responsabilités et l'attribution des tâches par une répartition stricte entre les différents agents hospitaliers.

(Surveillante chef, médecine, 33 ans d'ancienneté)

"J'ai une certaine conception des choses, quand on est soignant on doit développer des choses. Mais c'est pas facile et ici depuis que je suis

¹ Dans le cadre des remplacements dans une autre unité, les soignants effectuent en quelque sorte un service minimum. Les dossiers sont remplis et signés, les prélèvements effectués (si ils sont écrits et signés par un médecin) mais tout le reste du travail est négligé. De fait, la journée semble plus longue et en attendant que ça se termine, on joue aux cartes ou on discute dans la salle de garde.

arrivée (1 an) je peux vous dire que c'est la révolution. Cette année, j'ai basé les entretiens d'évaluation des personnels soignants et des surveillantes sur les textes (définissant l'exercice infirmier). Donc, je leur ai donné les textes et demandé de les lire attentivement et en entretien j'ai demandé que l'on discute sur les points qui me paraissent importants, justement leur place par rapport aux AS de manière à ce que, c'est quand même mon objectif de pouvoir les ramener à travailler plus en équipe et ça demande une réorganisation des soins, c'est à dire avoir en responsabilité un petit nombre de patients, travailler plus en collaboration avec les AS. (...) mais il y a un frein, j'ai du mal à comprendre pourquoi, si je comprends qu'ils ont du mal à travailler seul, à rentrer seul dans une chambre. Alors vous allez me dire une infirmière et une AS pourraient mais c'est pas pareil. Ici elles entrent à deux les infirmières, elles travaillent ensemble. (...) Je pense qu'elles n'ont pas envie de cette relation intime avec le malade. Je me suis dit au niveau de la formation il faudrait développer tout ce qui est communication, relation mais on a du mal à les accrocher même si elles disent être partantes (...) J'ai fait passer un psychologue chaque semaine pour les aider à parler mais c'est pas concluant (...) En fait, elles voient les gens (les patients), elles exécutent et puis voilà au revoir et on passe à un autre et ainsi de suite".

On le perçoit à travers cet extrait, les difficultés rencontrées par les cadres infirmiers pour stimuler l'innovation, se montrer innovants dans leurs interventions, mettre en place des instruments d'apprentissage collectif ou résoudre les problèmes de vie quotidienne¹ constituent autant de limites qui

¹ Pour fonctionner, les équipes ont avant tout besoin de personnels et de matériels. La planification des entrées en "flux tendus" et la gestion prévisionnelle des effectifs et des fournitures, transforment parfois le travail hospitalier en une succession de scènes ubuesques ou kafkaïennes.

fragilisent cette nouvelle philosophie de l'encadrement. Elles affectent plus particulièrement la position des surveillantes vis à vis des encadrées et atténuent l'impact des démarches participatives sur les pratiques des soignants. Contraintes d'adopter un nouveau mode d'encadrement, les surveillantes sont aussi confrontées à l'incapacité matérielle et technique d'en assurer la promotion. L'encadrement soignant est aujourd'hui au milieu du gué, pris entre une fonction dont la légitimité principale est celle de l'expertise professionnelle et une fonction de courroie de transmission de l'administration en matière d'évaluation bureaucratique et de rationalisation de la gestion. Les outils de planification des soins infirmiers sont alors perçus comme des réponses organisationnelles et techniques aux problèmes interactionnels de l'encadrement. A travers leur utilisation, les surveillantes cherchent une simplification et une optimisation de leur mode d'intervention mais pas une refonte des rapports sociaux, ni même une organisation plus efficace des pratiques de soins.

C'est parce qu'une partie des surveillantes ou des infirmières n'arrive pas à équilibrer leur relation (avec les autres membres du collectif de travail et les patients) et donc à se trouver une place satisfaisante dans l'institution hospitalière qu'elles vont utiliser ces outils mais cela ne signifie pas pour autant qu'ils vont remplir ce rôle. Plus généralement cela se traduit:

- par des pratiques contradictoires (qui visent à déstructurer l'équilibre des collectifs de travail tout en stimulant le travail en équipe) dont le style est tantôt bureaucratique (respect de la norme, de la hiérarchie, des roulements d'horaires, convocation au bureau, etc.) traditionnel (paternalisme, écoute, aide ponctuelle, protectionnisme, etc.) ou participatif

Les soignantes font souvent référence au début des années 1970 où les restrictions budgétaires avaient produit des effets semblables.

(recherche collective de solutions, prise de décision concertée, délégation, etc.),

- par une fuite en avant vers une gestion toujours plus comptable de l'activité du service qui confère aux surveillantes reconnaissance (auprès d'une direction qui recrute les plus "efficaces" sur des postes de DRH) et une certaine forme de pouvoir sur l'ensemble du service (celui de dire aux soignants qu'ils coûtent trop chers, qu'ils consomment trop de matériels).

De façon plus fondamentale, cette réorganisation managériale des établissements hospitaliers rencontre les espoirs d'une partie des cadres infirmiers qui ont su profiter stratégiquement de ce changement, mais elle n'a pas (ou pas encore) produit un nouveau modèle d'encadrement¹. Pour beaucoup de surveillantes, il s'agit d'une adaptation plus ou moins volontaire aux nouvelles exigences de la gestion stratégique des établissements comme le sont les restructurations des services pour les praticiens hospitaliers (départementalisation, regroupement d'unités, mise en place d'un secteur d'HPDD, baisse de la capacité d'accueil, etc.).

Inscrite au tableau des projets à mener, sous peine d'être perçue comme rétrograde, la rationalisation du travail soignant (évaluation ergonomique du travail infirmier, planification des effectifs et des entrées, contention des frais de fonctionnement, sectorisation et rotation du personnel dans les unités) fait partie du travail prescrit. La connaissance de la réalité du service et sa confrontation à la tyrannie de la durée moyenne de séjour, du taux d'occupation des lits peut certes devenir une base de

¹ C'est le cas des surveillantes nommées aux côtés des infirmières générales (chargées de la restructuration des services) des surveillantes dont les missions sont transversales (hygiène hospitalière, prestations hôtelières) ou des surveillantes "de liaison" (dont la fonction consiste à ajuster les effectifs de plusieurs unités de soins de différents services en fonction de la charge de travail et de la nature des activités).

négociation pour l'attribution de moyens mais dans un cadre conceptuel strict: celui de la rédition des comptes. La dynamique de concertation (commissions de soins infirmiers, réunions de secteurs, d'établissements, projets de services et d'établissements) à laquelle participent les cadres infirmiers a aujourd'hui montré ses limites face au contexte de prise de décision et à l'irréversibilité des choix. En d'autres termes, les cadres ont clairement perçu que leur expertise porte sur un segment des décisions dont la logique leur échappe. L'échange d'informations (quantitatives et qualitatives sur l'activité des services) et le contrôle de son utilisation sont des processus clairement distincts dans les CHU. Enfin, si un certain nombre de soignantes se sont investies avec l'encadrement dans différents projets collectifs (sur l'accueil, les missions de l'encadrement, les conditions de travail, etc..) l'augmentation du temps de travail contraint (non rémunéré) qu'implique la mise en place de ces démarches et le faible retentissement ou le recodage des résultats provoquent le découragement.

(Infirmière générale, un an d'ancienneté)

"C'est vrai que c'est un peu la période du désenchantement pour tous ceux qui ont participé à la démarche stratégique ou au projet social. On ne sait plus très bien où l'on va et c'est la même chose pour les médecins. On nous demande plein de chose, des papiers, de gérer, d'évaluer et d'un autre côté on a l'impression que tout est déjà fait sans nous.(...) Bon ça nous a permis de nous faire reconnaître, de défendre ce que l'on a envie de défendre, de redéfinir les fonctions. Mais il faut aussi tenter d'obtenir quelque chose pour nous et pour les infirmières parce que on a réussi à faire baisser les coûts en supprimant des moyens mais maintenant il va falloir le faire en supprimant des effectifs (...) Maintenant je suis dans une situation d'analyse,

d'observation et je crains fort que l'on arrive dans une période de crise quasiment sans solution"

(infirmière de pédiatrie, 5 années d'ancienneté)

"De toute façon, on n'a pas eu le choix, un jour la nouvelle est tombée on allait disparaître. Enfin, on devait être regroupés dans le nouvel établissement qui à l'époque était seulement une ébauche. Alors, ils nous ont demandé notre avis sur ce que l'on voulait comme aménagement, le matériel, les salles de préparation, etc. On a bossé comme des dingues, les pilotes, les copilotes (du groupe de travail) tout le monde. On a redéfini nos objectifs et tout, des heures et des heures de "méta-plan", on a même testé du matériel (...). Enfin bref, aujourd'hui on est installé dans ce nouveau bâtiment immense avec du matos tout neuf et plein d'espaces vides. Mais pour les pompes on avait dit surtout pas celles-là, elles se mettent tout le temps en sécurité, elles font des bulles et c'est les plus chères et ben on les a eues ces M... et maintenant il faut bosser avec. Pour les locaux c'est pas mieux, enfin là c'est plus simple, tout ce que l'on avait demandé n'y est pas. Et le mieux c'est pour les effectifs, alors là ils devaient pas toucher aux équipes, on devait être regroupés et déplacés. Et ben pour faire les 500 mètres qui nous séparent des anciens locaux, on en a perdu la moitié. Bilan tu vois le truc, aujourd'hui je suis toute seule avec des aides soignantes sectorisées qui ne font plus que du ménage et des toilettes, une surveillante qui doit plus faire de soins parce que elle nous gère, alors tu comprends elle peut pas tout faire. Après quand ils viennent, ils disent (surveillante chef et IG) ben pourquoi tous les enfants ils hurlent et y se promènent tout seuls dans les couloirs. Moi j'y réponds t'as qu'à les attacher et les bâillonner, ça fera plus propre".

Bien qu'il soit difficile de faire de la prospective sur cette réorganisation managériale qui oscille entre une approche gestionnaire et participative, il faut reconnaître qu'elle a permis des améliorations objectives du fonctionnement des services (recentrage de l'activité des services, réduction de la capacité d'accueil et donc momentanément de la charge de travail, planification des entrées, répartition du travail entre les équipes). De la même façon, l'utilisation d'outils infirmiers dans le cadre d'une évaluation de la charge de travail a rendu plus visible des activités jusqu'alors jugées secondaires ou traditionnellement attachées à cette conception des soins qui appelle des "qualités féminines". C'est le cas avec la mise en place des "dossiers de soins infirmiers" en ce qu'ils permettent d'isoler et de formaliser des procédures d'interventions traditionnellement inscrites dans la pratique soignante mais non différenciées des autres tâches¹. Certes, leur utilisation demeure un exercice d'école mais ils ont l'avantage d'obliger l'infirmière à énoncer et à justifier les actions entreprises dans un cadre conceptuel pré-défini². C'est d'ailleurs à la fois sur ses capacités langagières et d'adaptation à l'organisation locale du travail que sont évaluées les élèves infirmières. Se situer dans un collectif de travail, maîtriser les flux d'informations, savoir trier et transmettre les informations, exposer le parcours pathologique d'un patient, intervenir avec détachement, la dextérité, avoir le sens de l'espace proche, de l'organisation, sont des critères utilisés pour évaluer les élèves infirmières qui recourent assez bien une partie des capacités que mobilisent quotidiennement les

¹ On pense ici notamment à tout ce qui concourt à mieux cerner les dispositions psychologiques, sociologiques, économiques du patient. Son histoire vis à vis de sa maladie, sa perception des soins et des traitements, ses projets à court ou moyen terme, etc., bref tout ce qui devrait être pris en compte lorsque l'on intervient sur ces "matériaux" que sont les hommes.

² Dans la majorité des unités, il demeure sous-utilisé et lorsqu'il existe, la "démarche de soins" est rarement écrite. Seuls quelques éléments synoptiques concernant le patient figurent dans les classeurs des infirmières. Il faut remarquer que les AS en sont exclus, que comme moyen de contrôle du travail il est contesté par les infirmières, que son utilisation en matière d'évaluation de la charge de travail ne permet pas de prendre en compte l'articulation des différentes étapes des soins ni les aléas qui perturbent son déroulement.

hospitalières. En ce sens, il n'y a pas de contradictions ou de conflits entre ces normes scolaires et les requis de la situation de travail¹.

L'intérêt des hospitalières pour ces outils et leurs applications possibles dans le cadre hospitalier² démontrent au contraire qu'elles ont clairement perçu l'intérêt ou le danger qu'ils représentent. En effet, les mettre en place, c'est exposer la diversité, la plasticité des missions d'une partie des hospitalières et révéler par contrecoup la déresponsabilisation et le réductionnisme confortable qui caractérisent les pratiques de certaines hospitalières. C'est en quelque sorte formaliser une partie de l'improvisation dans l'action de soins, de ses secrets, des réglages, des tours de main qu'ils soient d'ordre technique ou relationnel. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les infirmières soient plus faciles à motiver pour des activités de "dépannage" (mise en place d'une nouvelle machine, d'un nouveau traitement) que pour une activité qui vise à réduire les improvisations et donc à exposer leurs "trucs". C'est aussi bouleverser les modes de transmission de l'information (tant médicale que paramédicale) basée sur l'oralité. Obliger les soignants (médecins et infirmières) à écrire et à signer les procédures, c'est les rendre individuellement responsables de leurs actes alors "qu'ils sont prêts à sacrifier leur responsabilité, attribut pourtant essentiel d'une profession, pour mettre fin aux procès dont ils font l'objet"³. Enfin, c'est promouvoir une conception des soins (dans laquelle le patient est perçu comme sujet susceptible d'actions thérapeutiques) qui est en contradiction avec les choix épistémologiques établis depuis plus de quatre

¹ Pour un exemple de cette conception, I.Feroni, "La construction des modèles professionnels infirmiers: du geste à l'expertise", communication au colloque Genèse et dynamique des groupes professionnels, Paris, 19-20 novembre 1992.

² Parmi les colloques et les salons professionnels (comme le salon européen infirmier), les conférences et les exposés au cours desquels les soignantes présentent l'approche et les outils qu'elles ont mis en place, recueillent toujours un grand succès auprès des infirmières.

³ F. Ewald, "Le problème français des accidents thérapeutiques, enjeux et solutions", rapport CNRS/ Ministère de la santé et de l'action humanitaire, novembre 1992.

siècles et avec l'organisation des soins dans les grands centres hospitaliers. Il y a donc quelque chose d'alternatif dans les démarches des infirmières et des surveillantes de soins (parfois aidées d'enseignantes) qui sont parvenues à mettre en place ces outils dans le cadre hospitalier¹.

A contrario, il faut reconnaître que leur utilisation par l'encadrement apparaît souvent comme un processus exogène qui conduit à des utilisations déplacées de ces outils. Dans ce cadre, ils deviennent les instruments d'une (re)mobilisation des personnels soignants qui sous-entendent que l'origine des problèmes (d'absentéisme, de charge de travail, de conditions de travail, d'épuisement moral, etc.) vient:

- d'un manque d'organisation et de rationalisation du travail soignant. La décomposition des tâches, l'analyse de la charge de travail par chronométrage des gestes techniques élémentaires sont alors perçues comme les seules solutions possibles,

- d'un problème de personnes et les blocages sont identifiés comme des résistances individuelles aux changements. Ces résistances seront dépassées avec la sectorisation du travail des infirmières et des AS.

On sent bien là toute l'ambivalence de cette révolution informationnelle qui traverse les CHU avec d'un côté, une intégration plus fonctionnelle et informationnelle de l'encadrement soignant et de l'autre une logique dominante qui privilégie l'instrumentalisation des soins (avec les techniques, l'informatique, les outils infirmiers, le management participatif) comme moyen pour faire des économies sur le travail vivant. Le corollaire immédiat de cette logique de rationalisation pour les infirmières renvoie alors aux incidences de la décomposition de l'action de soins en procédés

¹ O. Dembinski, "Mobilisation gestionnaire d'une équipe soignante: le cas d'une unité de soins palliatifs", CLES, n°29, septembre 1991.

standardisés et normalisés qui accentuent l'intensité du travail, le cloisonnement des unités et entretiennent la confusion entre une relation personnalisée et une relation qualifiée qui exige coordination et coopération d'intervenants multiples.

Cloisonnement que le législateur a récemment confirmé en tentant d'organiser et de définir la place et le rôle des infirmières dans la santé publique. Certes, ces mesures réglementaires visent à améliorer l'efficacité des systèmes de recrutement et de formation tout en adoptant une utilisation plus rationnelle des ressources en personnel infirmier¹, mais ces priorités traduisent aussi une problématique opératoire qui vient appuyer celle des réformes hospitalières de 1954 puis de 1991. Ainsi, les différentes codifications de l'exercice infirmier où prédominent les actes techniques (pour lesquels les textes sont précis et généralement assortis d'une liste), entérinent les rapports sociaux comme la division du travail. Elles traduisent une surestimation de la part des gestes techniques au détriment de l'étendue et de la plasticité des missions des hospitalières². La loi du 1er juin 1978³ qui accorde aux infirmières une spécificité à travers "un rôle propre" tente

¹ Au début des années soixante, les 171 écoles forment 6 000 diplômées par an, quand il en faudrait 9 000. La mise à disposition de logements pour les jeunes recrues, la création de crèches, de filières hiérarchiques, le relèvement des salaires, la gratuité des études, la promotion sociale des agents hospitaliers, etc. sont des mesures qui visent à résorber cette pénurie et à enrayer l'hémorragie que représentent les départs au cours des premières années d'exercice. Au début des années 1980, l'abaissement du niveau de recrutement et le rapprochement du statut des personnels hospitaliers avec celui des agents de l'Etat puis celui des personnels des collectivités territoriales participent du même mouvement.

² En moyenne, les hospitalières consacrent 40% de leur temps de travail à effectuer des soins directs sur les patients (les actes techniques). Dans ce contexte, on comprend tout l'intérêt que peut recouvrir la seule prise en compte des actes techniques dans les grilles d'ergonomie hospitalière mises en place pour évaluer la productivité des services et les dotations en personnel par les directions du personnel.

³ Ce décret d'application du texte de 1978 sortira le 12 mai 1981. Annulé en mars 1984 suite à un mouvement de protestation des monitrices et remplacé par le décret du 17 juillet 1984 qui "réintroduit" la nécessité d'avoir le baccalauréat ou une équivalence pour entrer dans une école d'infirmière. Enfin l'arrêté du 23 décembre 1987 qui abaisse de nouveau le niveau de recrutement dans les écoles d'infirmières va faire entrer les monitrices, les élèves puis toutes les infirmières dans le plus grand mouvement collectif de leur histoire.

de reconnaître la contribution des infirmières à la formation et à l'encadrement des élèves aux actions d'éducation, de prévention de la santé mais ne lève aucune des indéterminations comprises dans la définition des "soins infirmiers". Bien au contraire, ces textes ne disent pas de quelle façon l'infirmière participe à ces actions et en consacrant une autonomie progressive de l'exercice infirmier à travers un "rôle propre", ils traduisent une extension symbolique de la fonction d'infirmière en référence à la norme de santé à un moment où elle correspondait à un investissement dans la technique, dans l'organisation des soins ou plus récemment dans un hypothétique rôle de travailleur social. Dans ce cadre, le coeur du travail de prise en charge de la personne reste un objet en marge et les ambiguïtés de l'exercice hospitalier s'en trouvent renforcées au point de recomposer la fonction d'infirmière autour de compétences techniques composites.

L'indétermination que comportent les soins infirmiers a récemment conduit le législateur à proposer une explication de l'objet des soins et à détailler la procédure cognitive au moyen de laquelle l'infirmière intervenait sur son objet¹. Ces définitions qui présentent l'activité des infirmières à partir d'une juxtaposition d'un "rôle délégué" et d'un "rôle propre" (conçu comme un ensemble d'actes codifiés) accentuent les cloisonnements et révèlent le flou qui règne dans la pratique, (face aux urgences, à la responsabilité, à la prise de décision, à la prise en charge globale des patients) comme la difficulté du législateur à maintenir la fonction d'infirmière sous tutelle médicale exclusive dans un contexte où les frontières entre le champ des compétences médicales et les savoirs

¹ Les rapports officiels publiés à la suite des mouvements sociaux des années 1980 (comme celui de la Commission Nationale des Infirmières) soulignent l'insuffisante prise en compte par les médecins et l'administration hospitalière du savoir spécifique des infirmières. Le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière, comporte un article d'une vingtaine de lignes qui précise la nature intellectuelle du travail infirmier.

d'expériences des infirmières, entre pouvoir décisionnel légal et autonomie de décision déléguée à l'infirmière s'effritent.

Egalement perceptibles dans le cas d'autres professions médicales et paramédicales (sages-femmes, kinésithérapeutes, aides-soignants) confrontées au carcan des divisions institutionnelles du travail soignant, ces glissements de fonction sans coopération véritable occasionnent tensions et tiraillements au sein des services hospitaliers. Souvent extériorisés à partir de désaccords concernant la prise en charge des patients, ces conflits sont renforcés dans le cadre hospitalier par la prolifération de spécialités qui provoquent une balkanisation des soins. Dans les services où la rationalisation et les logiques professionnelles centrifuges se renforcent mutuellement, apparaît alors une configuration organisationnelle caractérisée par une juxtaposition de segments productifs interdépendants mais régulés de façon autonome. Les nouvelles professionnalités qui émergent (comme celles de l'encadrement) sans confrontation, sans repères susceptibles d'être partagés, érigent de nouvelles cloisons et multiplient les territoires étanches. Inadaptés par rapport à l'enjeu (maîtrise des coûts et qualité des soins) les "projets d'établissements", de service ou d'autres formes de mobilisation à visée collective ne peuvent que s'essouffler¹.

Naguère établie sur des bases artisanales, l'administration des soins obéit désormais à des critères de productivité apparente. Elle se traduit par des exigences plus fortes de la part de l'administration avec les inévitables dérives bureaucratiques liées à l'utilisation d'indicateurs trop frustrés pour rendre compte de l'activité d'un service hospitalier. La programmation des entrées, la gestion prévisionnelle des stocks (pharmacie et consommables,

¹ A. Branciard, Ph. Mosse, (sous la dir), Hôpital, innovations, professions, rapport de recherche CNRS/CFDT Santé/Social, "Paroles II", Juin 1994.

etc.) et des matériels (lave-bassin, lit, brancard, chaise, armoire, etc.) provoquent des comportements compulsifs chez les soignants, (constitution de stocks) que les surveillantes redoutent autant que le "gaspillage" ou le dépassement du budget. Ces aléas obligent les infirmières à inventer des justifications auprès des patients pour expliquer un changement de protocole, une sortie rapide, un transfert vers un hôpital périphérique. Ils destabilisent les soignants, fragilisent les collectifs (en concurrence pour l'affectation des personnels et des moyens¹), provoquent résistance, méfiance et scepticisme.

L'ensemble de ces évolutions démontre aussi aux infirmières (comme aux autres soignants) que ce n'est pas leur capacité relationnelle ou la complexité technique de leur prestation qui est valorisée pour sa valeur marchande, car elle consomme trop de temps, de matériel et de présence. La rentabilité de leur prestation de soins passe aujourd'hui par la fréquence d'un nombre élevé d'actes techniques simples. L'étude du CEREQ démontre à cet égard, qu'une partie des personnels hospitaliers a "pris conscience (du fait) que travailler plus ou travailler mieux peut avoir pour conséquence de supprimer des emplois et de réduire les chances de promotion"². Or, renvoyer cette image aux infirmières, c'est récuser du même coup l'utilité de tout ce qu'elles font, disent ou pensent faire autour de ces gestes techniques. C'est aussi ce décalage que les infirmières ont exprimé lors des mouvements de 1988. A travers leurs slogans et leurs revendications, c'est ce mode de fonctionnement de l'institution hospitalière et ses dérives qu'elles ont tenté de décrire dans leurs récits de vie quotidienne ou lorsqu'elles évoquaient les

¹ Il y a un ordre implicite des unités de soins qui distingue celles qui sont approvisionnées sans limitation (blocs opératoires, salles de réveil, consultations), celles à qui on peut difficilement refuser du matériel (réanimation, HPDD, secteurs spécialisés) et celles à qui on demande de limiter leur consommation (longs et moyens séjours).

² F. Acker, G. Denis, Evaluation du travail et des emplois dans les services administratifs et logistiques de l'hôpital, Marseille, CEREQ, Coll. des études, 1989.

contraintes, les ambiguïtés et les incertitudes qui pèsent sur leur mode d'exercice¹.

Si le salaire, la sécurité de l'emploi sont toujours des signes distinctifs du statut de celles qui étaient jusqu'en 1982 des "cadres moyens", force est de constater que cette catégorie intermédiaire ne sort pas gagnante des mutations qui ont traversé les CHU. Peu menacées par le chômage, les hospitalières vivent assez mal la faible évolution de leur statut de "technicienne" dans l'échelle des classifications en comparaison du rôle et des responsabilités qui caractérisent leur mode d'exercice. Au travail "solitaire" et aux valeurs techniques et humanistes qui structurent leur compétences professionnelles se superposent aujourd'hui des valeurs de coopération et de communication, instrumentalisées mais non prises en compte dans leur rémunération. Cette ouverture sur ce qui est qualifié de "relationnel" est ressenti par les hospitalières comme une manipulation au niveau des services (pour obtenir encore plus de rendement), de l'établissement (pour palier aux carences d'un mode de fonctionnement et de gestion) et du système sanitaire (pour faire face au désengagement de l'Etat vis à vis de la santé publique).

Déjà présent à travers les revendications des infirmières au début des années 1980, ce constat a pris depuis une acuité particulière avec les démarches participatives (projet social, projet de service, contrat

¹ Débutée dans les écoles d'infirmières sur l'initiative des enseignantes, la contestation s'est rapidement étendue aux cadres infirmiers et aux soignants grâce à l'action conjuguée des militants de la Ligue Communiste Révolutionnaire et du CRC/CFDT qui ont mobilisé leurs compétences et leurs réseaux. Cependant, le changement de paradigme organisationnel, dont les effets étaient déjà perceptibles à cette époque, fût déterminant quant à l'ampleur, la détermination et la longévité du mouvement. Contrairement aux attentes et aux espoirs des promoteurs de la professionnalisation, la revendication d'une plus grande autonomie à travers un "rôle propre" était présente dans le mouvement de coordination mais ne constituait pas une dimension centrale. Les infirmières ont préféré mettre l'accent sur l'évolution de leurs conditions d'exercice.

d'amélioration des conditions de travail, etc.). Les travaux entrepris dans ce cadre ont sans doute contribué à rendre plus visibles socialement les différents aspects que recouvre l'exercice infirmier. Mais surtout ils ont une nouvelle fois révélé aux hospitalières les contradictions et les limites imposées par le rapport salarial. Les cadres infirmiers et les soignants qui se sont investis dans ces démarches ont cru pouvoir participer de façon dynamique au fonctionnement de l'hôpital¹. Beaucoup n'ont pas ménagé leurs efforts et comme dans les années 1970 (pour les techniques d'investigation et de traitement) elles étaient persuadées que le temps passé, le sérieux et l'évidence de leur propositions allaient entraîner des changements notables sur leurs conditions de travail. Or, le décalage entre ces attentes légitimes et les effets induits est tel qu'il annihile le caractère novateur de ces démarches (donner la parole aux soignants, les faire se rencontrer et travailler ensemble, etc.).

Comme chez les professeurs des écoles, la déprime se revendique comme une maladie professionnelle. Alors "qu'elles continuent à donner" elles ont aussi le sentiment d'avoir été manipulées, de ne plus être indispensables pour les patients, d'être considérées comme des "pions" que l'on déplace d'unité en unité. Ce sentiment est renforcé par les faibles perspectives de carrière qui leurs sont offertes et ce d'autant que là aussi les règles d'accès aux poste de cadre ont été modifiées (dans la mesure où l'ancienneté, les compétences et leur reconnaissance par les collègues ne suffisent plus pour briguer la fonction de surveillante).

¹ Il ne s'agit pas seulement de "naïveté" mais plutôt d'une sous-estimation du caractère "rusé" du management stratégique hospitalier qui conçoit les démarches participatives comme des outils afin de faire passer plus facilement les orientations et les choix de la direction..

Aujourd'hui, les hospitalières (de CHU) ne veulent pas devenir des médecins ou des assistantes socio-sanitaires expertes en soins qui mettent en place des diagnostics et organisent l'intervention d'autres spécialistes. Elles veulent rester des manuelles et conserver le droit et du temps pour improviser, inventer, adapter, une prise en charge ou un traitement en fonction de ce qu'elles estiment être une solution acceptable pour le patient et pour elles-mêmes. En d'autres termes, le problème des hospitalières est moins celui d'une éventuelle autonomie à conquérir vis à vis d'un "pouvoir médical" malmené et d'un encadrement soignant en devenir que celui d'une plus grande dépendance à l'égard de normes édictées ailleurs.

2.4 Quand les techniques ne suffisent plus à donner du sens

La médicalisation de la société, y compris celle de l'existentiel¹ relève de mécanismes démographiques, économiques et socioculturels mais révèle aussi la domination du paradigme scientifique. Le développement de cette médecine techniciste maîtrisée par des spécialistes, modifie les divisions anciennes et regroupe les spécialités existantes autour d'une instrumentalisation et d'une standardisation des pratiques de soins. Dans ce contexte, l'incertitude inhérente à la maladie, à la souffrance et à la mort, ne participe plus à l'expérience utile dans l'organisation de la démarche thérapeutique mais ouvre des domaines d'interventions possibles et prévisibles².

Catégories de vie à l'hôpital, les malades sont justiciables d'organisation par les personnels hospitaliers (administratifs et soignants) qui en retour construisent leur objet de travail. En définitif, l'utilisateur est

¹ sur ce point voir, E. Zarifian, *Les jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob, 1988.

² R. Fox, *L'incertitude médicale*, Louvain, l'Harmattan, 1988.

devenu un "ayant droit" mais cette évolution ne s'est jamais accompagnée d'une réflexion sur les moyens nécessaires pour donner toute sa dimension et son efficacité à ce statut¹. Bien au contraire, la fantasmagorie ou la problématique de la mise en scène de l'intérêt général deviennent un prétexte à la prise de décision, une source d'alliance ou d'opposition entre les soignants. La rançon de cette orientation est le bouleversement d'une organisation qui doit désormais réorienter sa stratégie sur la gestion de production de biens de santé normalisés.

La technicisation de l'hôpital a ouvert la porte à la tentation du modèle de l'entreprise avec son cortège conceptuel et ses outils. Appliqués à la santé, ces outils se sont transformés sous l'effet des particularités du secteur en hybrides intermédiaires entre le marché à l'état pur et le dirigisme étatique ou médical. Pour autant, ils constituent la voie dans laquelle s'est engagée la France depuis 1983². Cette restructuration, parfois hésitante des CHU a ouvert des espaces de décisions, de négociations où se définissent de nouveaux rapports de pouvoirs et émergent de nouvelles professionnalités. C'est le cas du directeur général qui joue à la fois un rôle d'arbitre dans la gestion de l'enveloppe globale et de manager chargé d'accroître l'efficacité et la productivité des établissements dont il a la charge. Dans ce contexte, la prise de décisions concernant les attributions budgétaires, l'acquisition d'équipements lourds, la capacité d'accueil, le choix des pathologies, etc.,

¹ A contrario, l'introduction de la demande des usagers dans la production hospitalière, (demande qui devrait s'autonomiser par rapport à la demande induite par l'offre médicale actuelle) la prise en compte des résultats (non plus du produit immédiat) impliqueraient un renouvellement dans la conception du service rendu. Gadrey, J, "Rapports sociaux de service: une autre régulation", Revue Economique, n°1, janvier, 1990.

² Face à la pression inflationniste, les différents acteurs hospitaliers devaient suivre les directives des techniciens du ministère pour faire face à l'obligation de rationalisation et développer des comportements fidèles à la logique comptable. La certitude des experts dans ce domaine était renforcée par la généralisation de ces mesures dans plusieurs pays où elles remportaient un franc succès parmi les observateurs et les décideurs hospitaliers. Pour une approche plus détaillée voir R. Delacroix, O. Dembinski, "Les acteurs professionnels et syndicaux face aux nouveaux critères de gestion du CHRU de Lille", Communication aux journées de l'IFRESI, Lille, 30-31 mars 1994.

passé par une négociation collective (par l'intermédiaire de la Commission Médicale d'Établissement et les services de tutelles) instrumentalisée par l'analyse du produit hospitalier. Parent pauvre de la gestion de l'hôpital pendant plusieurs années, la comptabilité analytique est devenue un des axes privilégiés de la nouvelle gestion hospitalière. Mécanique lourde, elle suppose des modifications profondes dans le traitement des informations comptables et médicales de l'activité des services.

Ces négociations ont fait émerger des problèmes afférents au corps médical plus qu'aux relations entre les médecins et l'administration. En effet, pour une partie d'entre-elles, il s'agit de privilégier un secteur au détriment d'un autre donc un chef de service par rapport à un autre. Leur devenir dépend aujourd'hui d'une confrontation entre leurs performances, l'environnement de soins, la politique nationale, la répartition géographique des spécialités et les progrès des techniques. Si l'initiative leur revient souvent, la décision leur échappe quelque peu puisque c'est le directeur général qui remplit le rôle d'arbitre et de représentant de l'établissement auprès des ministères de tutelle. L'investissement des praticiens hospitaliers dans ces processus de régulation pose des problèmes inédits. Devenus des "entrepreneurs médicaux" essentiellement préoccupés par la survie de leur activité, ils doivent restructurer leurs compétences autour de nouveaux savoirs et de nouvelles missions en intervenant à la fois comme partenaire et comme groupe de pression. L'apparition de nouveaux métiers qui ont leur autonomie propre et qui coopèrent de loin à la prise en charge des patients, médiatise d'une façon différente les relations entre les paramédicaux et les médecins.

L'encadrement soignant, a lui vu son rôle et ses missions considérablement transformés. Chargé de qualifier, de quantifier et d'organiser le travail des soignants il est à la fois porteur et producteur d'un modèle professionnel du travail infirmier qui appréhende l'action de soins comme un procès de travail scientifique. Si une partie des surveillantes de soins parvient à maintenir un rôle traditionnel d'intermédiation (entre les collectifs de travail, entre les différents intervenants hospitaliers et les malades) qui favorise une articulation de fonctions adaptées et enrichies par les soignants, beaucoup ont succombé à la tentation de la rationalisation des soins qui aiguise les tensions entre logiques professionnelles concurrentes. Dans ce cas, les cadres infirmiers "opérationnalisent" le service infirmier avec les démarches de soins, la planification, la sectorisation, qui en retour formalisent et délimitent un espace professionnel indépendant et hiérarchisé. Des outils infirmiers ne transparaissent plus alors que des consignes strictes, des actes normalisés, standardisés et planifiés qui accentuent les cloisonnements. Car en tant qu'instruments d'affirmation et de différenciation des compétences, ces outils infirmiers (tout au moins une partie d'entre-eux) devraient permettre d'améliorer la qualité de la coordination¹ beaucoup plus que d'accroître l'efficacité des opérations élémentaires dans l'action de soins. C'est essentiellement leur recodage comme mode d'évaluation et de rationalisation des soins infirmiers par l'encadrement soignant et les directions d'établissements qui en font des supports de standardisation et de spécialisation antinomiques avec une prise en charge collective, globale et continue des patients.

¹ Pour Zarifian, il s'agit là de l'un des enjeux du mouvement de déqualification du secteur industriel. Veltz. P, Zarifian. P, "Vers de nouveaux modèles d'organisation?", Sociologie du Travail, n°1, 1993.

C'est dans cet environnement que les hospitalières doivent inscrire leurs prestations, redéfinir leurs savoirs et recomposer leur métier. Or, si l'hospitalière (comme d'autres intervenants) a pu acquérir une partie de son autonomie grâce à la complexité croissante du travail médical, il faut remarquer que l'intense spécialisation médicale ne s'est que modérément répercutée sur les soins infirmiers. Certes, de nouvelles techniques se sont généralisées (seringues auto-pulsées, matériel à usage unique, kits de pansements, monitorings, etc.). Ces investissements (dans le petit matériel) et la réduction du nombre des lits ont allégé les contraintes physiques et techniques liées au travail des soignants¹. Ils ont permis d'améliorer la sécurité, le confort du patient, de faciliter l'administration des soins, de réduire certaines manipulations pénibles pour les soignants. Mais en dehors des secteurs à hautes technologies, les spécialités reconnues sont aussi rares que les infirmières qui s'y engagent². En d'autres termes, la technicisation de l'hôpital ne s'est pas traduit par une augmentation des recrutements ou par une spécialisation des compétences³ (avec revalorisation du statut et de la rémunération), mais par des investissements dans du petit matériel destinés à rationaliser et à augmenter la productivité apparente des infirmières.

Partout "l'infirmière de base" reste le centre de gravité du groupe professionnel infirmier. En dépit de la prédominance de la culture technique dans les CHU, dont nous avons exposé les points d'appuis, la technologie ne constitue qu'une des composantes de la professionnalité des hospitalières. Composante difficilement valorisable pour les hospitalières et ce, quelque

¹ En moins de dix ans, les unités sont passées de 30 lits à moins de 10 lits (à pathologie et à effectifs égaux). Sur cette même période, l'usage unique s'est généralisé dans toutes les fonctions, les temps de préparation ont été réduits par la centralisation, (voir la sous-traitance) de cette activité, le matériel s'est considérablement amélioré tant pour le maniement que pour l'entretien.

² Le recrutement d'infirmières qualifiées sur les postes spécialisés a fait l'objet d'une recommandation explicite rendue inapplicable par la pénurie d'infirmières spécialisées.

³ Quand il y a eu recrutement, il s'est opéré de façon ponctuelle et décalée par rapport à l'évolution continue de la spécialisation médicale.

soit le contexte dans lequel elles exercent. Ainsi, contrairement à une idée répandue, il y a très peu de différence entre l'exercice d'une infirmière de chirurgie et celui d'une infirmière de médecine, en dehors des patients et des pathologies. Dans ces deux services, les gestes techniques représentent une part relativement peu importante du travail et dans tous les cas, ils sont relativement simples¹. C'est donc au niveau de l'unité de soins que se gère la transmission des savoirs liés à la maîtrise d'un appareil, d'un type de traitement et que se définissent les spécialités (chimiothérapie, nutrition, consultation, pharmacie, urgence, etc.). Ces spécialités ne sont pas qu'une juxtaposition de techniques mais constituent des sphères d'activités autour desquelles se définissent et s'organisent des compétences multiformes spécifiques. Qu'elles soient d'ordre techniques, organisationnelles, décisionnelles ou communicationnelles, ces compétences renvoient à l'expérience et aux capacités des infirmières à improviser. Capacités qui dépassent le cadre des techniques ou de la pathologie et structurent la professionnalité des hospitalières. Des capacités qui ne sont pas prises en compte dans la relation salariale.

Ainsi, avec la baisse de la durée d'hospitalisation (qui tend à accroître l'intensité du travail invasif et du travail de bureau), toute l'activité des infirmières est désormais concentrée sur une période de plus en plus courte au cours de laquelle le patient entre dans l'unité, est traité puis ressort (ou est orienté vers une autre structure) une fois la phase aiguë de sa prise en charge terminée. La centralisation d'une partie des activités liées aux soins

¹ Cela ne veut pas dire que certaines infirmières ne tentent pas de valoriser ces gestes ou que l'ensemble des soignants les maîtrisent. Mais au-delà des capacités spectaculaires dont font preuve les infirmières pour acquérir une dextérité pratique (liée à l'utilisation des machines, des outils informatiques, des instruments, etc.) il faut constater que la transmission de ces savoirs techniques n'excède pas deux ou trois heures de compagnonnage pour les plus sophistiqués comme la dialyse. C'est une des raisons qui explique qu'un A.S de nuit peut facilement remplacer une infirmière comme c'est parfois le cas dans les cliniques.

infirmiers rend possible cette gestion en flux tendus des patients et des machines. Mais elle a aussi modifié le contenu des pratiques professionnelles. Alors qu'il y a encore dix ans, le médecin prescrivait une chimiothérapie que l'infirmière réajustait aux besoins du patient (notamment en recherchant une composition et un dosage adaptés) et préparait elle-même. Aujourd'hui, elle transmet la commande par le réseau informatique à la pharmacie centrale, puis pose la perfusion au patient¹.

L'infirmière qui évalue l'état du patient, négocie le diagnostic, adapte le traitement, propose un examen complémentaire ou un transfert, existe toujours et on peut même dire que c'est grâce à ces improvisations que certains services peuvent continuer à fonctionner. Mais, ces pratiques, (ou tout au moins une partie d'entre elles), sont aussi devenues illégitimes car elles introduisent le doute, l'incertitude et l'aléatoire dans un parcours standardisé et planifié. L'infirmière doit avant tout s'assurer du bon déroulement des étapes de ce parcours, auxquelles correspondent des prélèvements, des examens, des interventions, etc., donc des exigences dictées par les protocoles. Infirmières et médecins contribuent toujours au recueil et à l'interprétation des données qui conditionnent l'orientation du patient, ils définissent la voie sur laquelle il est aiguillé, mais pas le déroulement du trajet.

S'agit-il d'une "déqualification" induite par la "taylorisation" du travail hospitalier ou d'un nouveau métier qui exige des compétences informationnelles liées à la gestion de ce parcours, à sa programmation ? Une sorte de consultation d'infirmières expertes chargées d'optimiser et

¹ Si dans le premier cas la responsabilité juridique de l'infirmière était visiblement engagée, dans le second cas on ne sait plus à qui incombe la responsabilité: au prescripteur, au préparateur ou à l'exécutante.

d'organiser les prestations de différents intervenants internes et externes à la structure hospitalière ? Nos observations tendent à montrer que la situation reste ouverte et demeure conditionnée par les capacités de ces infirmières à se faire reconnaître dans cet environnement caractérisé par la marchandisation des soins. L'exemple le plus abouti de cette marchandisation et des incertitudes de ce mode d'exercice est sans doute celui de cette unité rattachée au CHU mais dont l'activité, la gestion et l'organisation ont été placées sous le régime associatif qui autorise plus de "flexibilité"¹.

(infirmière deux années d'exercice)

"Ici, on fonctionne trois jours par semaine en 8h30/ 15h30 ou 15h/22h30 en moyenne. Par contre il y a de sacrées responsabilités². On est deux infirmières pour toute la journée, une le matin et une l'après midi, quand tu as une merde, tu n'as qu'à brûler un cierge (...)
Tu gères tout: les patients, les dossiers, les machines, les commandes, les réceptions des colis, la pharmacie, les repas, etc. Un micro service quoi. En fait, on est surveillante générale c'est ce que nous dit le chef de service qui passe une fois tous les quinze jours, pour nous remonter le moral. Ici, on doit se battre avec les techniciens des machines, avec les internes qui ne veulent pas prendre de responsabilités, avec les livreurs qui ne veulent pas débaler leurs palettes. A part ça, on s'occupe accessoirement de 11 patients. Je me suis déjà fait quelques

¹ Les économies portent ici sur le capital vivant qui provoque un non respect de la législation en matière d'encadrement soignant (médical et paramédical). Cette unité fonctionne avec des agents de maintenance et trois infirmières. Deux des infirmières sont titulaires et exercent à mi-temps, la troisième est une infirmière libérale qui effectue des vacations. Les relations avec le corps médical (internes et médecins hospitaliers) se limitent à des contacts téléphoniques ou télématiques ce qui pose le problème de la responsabilité de la prescription, de la préparation et de l'exécution des soins.

² Prise de responsabilités "reconnue" par l'employeur si on compare la rémunération de ces infirmières à celles des hospitalières. Dans cette association, une infirmière à mi-temps gagne en début de carrière 12 000 frs brut par mois soit près du double d'une hospitalière.

sueurs froides avec des fistules, parce que évidemment quand tu piques à deux endroits, trois fois par semaine rapidement il n'y a plus de place sur les bras des patients alors tu repiques dedans mais il faut pas rater sinon les veines explosent et ils sont obligés d'aller dans un service hospitalier et là tu passes pour une conne"

Pour ces infirmières qui pratiquent des dialyses, des chimiothérapies, ou de la nutrition, ce n'est pas tant le geste technique qui est gratifiant, mais c'est de pouvoir voir le résultat rapidement. "Quand le patient arrive, il va mal, tu le branches et ça repart, en fait tu le tiens par sa perfusion et ça c'est bien, il ne peut pas se passer de toi, même si une fois dehors il ne suit pas les consignes que tu lui as donné, quand il a peur il revient". Dans ce contexte on peut dire que la technologie instrumentalise la médiation entre l'infirmière et le patient. Elle donne à voir le résultat du travail de l'infirmière et lui procure un sentiment de pouvoir sur le patient.

A contrario, la technique montre aussi rapidement ses limites dans ce cadre: "un alcoolique rentre dans un sale état, tu le remets d'aplomb et une semaine après tu le retrouves dans le même état et à la troisième hospitalisation il te reste sur les bras avant que tu aies eu le temps de faire quoi que ce soit, si ce n'est lui avoir dit de moins picoler". Si elle conserve un rôle défensif qui permet de faire face à un événement ou à une situation, elle perd beaucoup de ses capacités projectives dans la sphère des rapports de travail. Le geste technique n'est plus qu'un savoir-faire technique dont la portée et le sens tendent à s'appauvrir. En dehors des quelques patients qui mobilisent la sympathie et viennent ponctuer l'exercice quotidien, ces professionnelles de première ligne sont confrontées (sans doute plus que les autres) à l'inefficacité du système hospitalier, à ses cercles vicieux, aux erreurs de diagnostic, aux opérations ratées, au patient transféré dans une

clinique où le chef de clinique exerce à mi-temps, à tous ses dérapages fréquents dans des services qui accueillent des stagiaires médicaux mal encadrés. Bref, ils doivent faire face à des problèmes qui dépassent leurs compétences ou tout au moins qui ne peuvent trouver une réponse satisfaisante dans le cadre des technologies. L'usure professionnelle renvoie alors aussi à la gestion quotidienne des aléas d'un mode de production dont l'efficacité, le coût et les conséquences éthiques sont de plus en plus critiquées.

Les récentes dispositions réglementaires qui ont permis aux soignants d'aménager leurs horaires de travail (mi-temps, trois quart temps) constituent un moyen efficace de lutte contre cette forme d'usure professionnelle¹. D'aucun objecteront qu'elles déshumanisent la prise en charge des patients en multipliant les intervenants et en ne permettant plus à l'infirmière de jouer un rôle de référente permanente pour le patient et son entourage. Mais c'est oublier d'une part, que les équipes hospitalières ont des horaires postés (selon une régularité qui reste à trouver dans la plupart des services) et d'autre part, que cet aspect de l'exercice infirmier (expliquer, rassurer, négocier, adapter la prise en charge) renvoie aux capacités des infirmières à jouer un rôle d'interface (entre la technique et le patient, entre l'institution et le patient). Cette capacité à improviser dans la prise en charge du patient n'entre pas dans un calcul stratégique de maximisation des intérêts. Elle échappe au volontarisme de l'encadrement ou des directions et renvoie aux conceptions des infirmières. Dans ce cadre, l'enjeu n'est pas seulement de rémunérer ce travail mais plus encore de rendre ces tâches

¹ Adopter le temps partiel intervient de façon déterminante dans la gestion de la relation entre l'espace domestique et l'espace public. Mais plus encore, il permet aux infirmières de partager la responsabilité de la prise en charge des patients. Elles ont moins le sentiment d'être responsables de l'ensemble de ce qui se passe d'important dans les unités et plus généralement dans l'action de soins.

intéressantes pour l'infirmière. Pour s'exprimer sur la durée, il faut que les hospitalières puissent trouver un certain équilibre entre vie privée et professionnelle, entre temps de travail global et temps pour soi. C'est ce que permet l'aménagement des horaires qui s'accompagne généralement d'une planification plus homogène des périodes de travail et permet à de nombreuses femmes de se désengager¹ de cet univers professionnel, d'adopter une vision plus pragmatique de leur métier².

Il faut d'ailleurs rappeler qu'à l'hôpital, 15% des personnels y travaillent à temps partiel. Ce pourcentage atteint 18% pour les administratifs, 43 % pour les médecins et 15 % pour les infirmières³. Dans ce contexte, la prise en charge des patients est partagée entre des personnels dont les conceptions, les attentes, les intérêts, les rapports au temps et à l'espace diffèrent. Certes, l'allongement progressif de la durée de vie professionnelle des hospitalières renvoie à des causes plus profondes (nécessités économiques, structuration du marché du travail, etc.) mais pour certaines infirmières, l'aménagement du temps de travail contribue sans aucun doute à rendre plus supportable l'exercice hospitalier. De façon tout aussi fondamentale, cette augmentation de la stabilité dans l'emploi pose des problèmes inédits aux directions du personnel comme à l'organisation hospitalière qui a trouvé un équilibre dans cette gestion des entrées/sorties.

¹ Le terme n'est pas trop fort car beaucoup d'infirmières "ont besoin de leur dose d'hôpital" comme elles disent. Cette dose est un précipité composé du collectif, des patients, du geste technique et relationnel, du stress hospitalier.

² Une infirmière déclare à ce sujet: " moi je viens bosser pour vivre, et je ne suis pas là pour être gentille, pour sourire ou endormir les patients ou faire de la psychologie, je pique parce que c'est écrit que je dois le faire, celui-là ou un autre je m'en fous, je fais mes heures et je rentre". Il va sans dire que nous ne portons ici aucun jugement bien au contraire, nous nous inscrivons en faux contre cette représentation du métier d'infirmière qui consiste à faire correspondre les discours avec un profil professionnel (faible, fort ou moyen) comme le laisse entendre des travaux comme ceux du Groupe de Recherche Interprofessionnel sur la Profession d'Infirmière. GRIPI, L'identité professionnelle de l'infirmière, Paris, éd. Le Centurion, 1986.

³ Celle-ci s'est accrue de 4 ans entre 1986 et 1991 Gottely.J, Remp. S, "Les infirmières D.E. des hôpitaux publics", Informations rapides, SESI, n°30, octobre 1992.

Elle oblige à tenir compte des projets de carrière, à mettre en place des formations, etc., à trouver des solutions adaptées. Le temps partiel, l'engouement récent pour la formation de cadres infirmier et le désintérêt pour la spécialisation démontrent que ces solutions vont rapidement rencontrer leurs limites.

Certes, pour une petite partie des hospitalières, l'utilisation des appareillages, des outils et des techniques leur a permis d'être en accord avec le modèle technico-scientifique des CHU. Poussées par le praticien, insérées dans une équipe de pointe, elles participent au développement technique des services tout autant qu'à cette mise en scène de la pureté de la technique. Ce fût le cas à la fin des années soixante, quand les chirurgiens ont osé certaines pratiques inédites et pour lesquelles ils ont dû s'entourer d'un personnel soignant spécialisé et formé au gré des exigences opératoires. Plus récemment, avec les greffes¹ et leurs corollaires (secteurs de pré et de post greffe) on retrouve ces ingrédients qui introduisent dans l'activité quotidienne de l'infirmière la part de recherche et d'innovation qui accroît son intérêt. Ce qui est présenté par certaines comme un "ressort" de l'exercice infirmier existe toujours et il n'est pas spécifique aux infirmières. Il est présent chez les internes de spécialités qui cherchent "à réaliser un beau geste", ou chez le chef de service (PHU) clinicien qui tente quotidiennement de sélectionner et de découvrir dans le cadre de sa consultation "le beau cas" intéressant et gratifiant professionnellement.

C'est ce même mécanisme qui pousse les jeunes infirmières à entrer dans un CHU où elles sont sûres de trouver une profusion de pathologies,

¹ Dans le CHU observé, les greffes de rein se déroulent de nuit pour des questions d'organisation, et il faut dire que cette organisation à grand spectacle comporte tous les ingrédients propices à attirer l'attention, à stimuler l'excitation et à faire valoir la toute puissance de la technique.

d'appareillages et de techniques. Profusion rendue encore plus accessible avec la mise en place par les directions des ressources humaines des "bourses aux emplois" (qui permettent aux hospitalières de changer rapidement de service; il suffit d'inscrire son nom sur la liste à côté du poste correspondant) et le développement "des infirmières brigades" (rattachée à un service ou à un établissement, elles remplacent les infirmières absentes pour une longue période). Dans ces deux cas, ce mode d'exercice permet aux hospitalières d'acquérir de nouveaux savoirs, de nouveaux gestes, de voir d'autres pathologies et donc de soutenir "artificiellement" cet imaginaire technique. Il permet aussi aux directions de faire valoir leur structure auprès des jeunes diplômées tout en constituant une réponse provisoire aux questions soulevées par la gestion des emplois.

Mais cette spécialisation sans statut, qui s'apparente parfois à une accumulation effrénée de savoirs techniques, trouve aussi rapidement ses limites. Il faut en moyenne une année à une infirmière de base pour maîtriser l'ensemble du travail de bureau, des gestes techniques, des protocoles infirmiers et médicaux, des procédures administratives (demandes d'examens, de produits pharmaceutiques spécifiques au service, procédures de placement, parcours des patients, etc.). Au bout de la deuxième année, toutes ces activités diversifiées deviennent des routines¹. Rapidement, l'ankylose du geste technique se transforme en "usure" non compensée par la reconnaissance des prouesses (techniques, humaines, organisationnelles) et des improvisations qui permettent à une infirmière de faire tourner une unité de soins. On vient alors dans le service "en traînant les pieds" et le départ régulièrement annoncé prend petit à petit un caractère inévitable. La peur de quitter le collectif de travail, les habitudes, les micro

¹ Dans sa spécialité, l'infirmière est alors à même de remplacer le médecin.

adaptations gagnées sur les contraintes de travail, deviennent moins fortes que la nécessité d'aller voir ailleurs, de reconstruire un nouvel univers avec d'autres patients, d'autres collègues. La cohérence interne du collectif de travail est alors un élément déterminant quant à la prise de décision et aux conditions du départ. Le sentiment de ne pas être indispensable et/ou de ne pas être regrettée provoque souvent la déprime chez ces infirmières qui comme elles le disent ont malgré tout "donné comme les autres".

D'une façon générale, on peut dire que toutes les hospitalières sont des techniciennes de soins plus ou moins polyvalentes. La question est alors de savoir si cette pression technico- gestionnaire est forte au point de dénier une place dans ces machines à guérir aux soignants qui ne souscrivent pas à ce modèle techniciste, c'est à dire à une grande partie des infirmières de base?.

CONCLUSION : Les hospitalières, d'un modèle à l'autre

Au cours de cette partie, nous avons abordé quelques traits qui nous sont apparus structurants pour appréhender le métier d'infirmière et plus particulièrement l'exercice des hospitalières. Ces traits sont donc à la fois des éléments de compréhension et des points de départ pour une analyse des pratiques soignantes. Il ne s'agissait pas de refaire l'histoire du métier d'infirmière mais plutôt une tentative destinée à éclaircir certains points aveugles (ou qui nous sont apparus comme tels) et à repousser les limites d'une approche descriptive de l'exercice infirmier. Le cheminement suivi par des interrogations soulevées grâce à l'observation directe des pratiques de soins. C'est notre incapacité à trouver une réponse satisfaisante dans ce cadre qui nous a conduit à tenter de mieux cerner la position des hospitalières par rapport aux transformations du champ sanitaire et à celles plus générales de la société.

L'infirmière moderne naît avec les écoles d'infirmières dans la seconde moitié du XIXe siècle et son apparition est indissociable de l'unification des savoirs liés à la santé et à la maladie qui trouve son point de départ dans l'évolution technico-scientifique des hôpitaux. Le métier d'infirmière est donc lié à l'évolution de l'institution hospitalière, de son mode d'organisation et de gestion, aux progrès techniques qui ont contribué à déterminer sa morphologie sociale, les contenus professionnels et la structure des qualifications des hospitalières. Cependant, il nous semble abusif de réduire l'exploitation des variables structurelles et contextuelles à une forme de causalité sociale ou socio-technique qui conduit à envisager l'histoire du métier d'infirmière uniquement sous l'angle du processus de professionnalisation (diplômes, reconnaissance du titre, d'un territoire

professionnel) et à faire des mutations de l'hôpital un faisceau d'éléments qui contribuent à révéler les contradictions, l'éclatement ou la segmentation du groupe professionnel infirmier.

Ce sont au contraire les tendances fondamentales de la fonction soignante et les sédiments laissés par le passé que nous avons tenté de mettre en avant. Les éléments rassemblés permettent alors de dessiner trois logiques d'actions (traditionnelle, pragmatiste (bureaucratique, empirique), instrumentale) qui renvoient non seulement au contexte dans lequel elles émergent, prennent forme et se transforment mais aussi aux conditions sociales de leur production, c'est à dire aux agents sociaux porteurs de ces logiques, à leurs représentations du système, de ses contraintes, aux zones d'initiatives, aux alliances, aux compromis et aux modifications possibles. Chacune de ces tentatives collectives d'élaboration et de construction de la fonction soignante compose un agencement de conduites qui définit des modes d'organisation, oriente la pratique et traduit dans le champ sanitaire un projet global de société.

Ces logiques transcendent la stricte périodisation du développement de l'hôpital (dispensaire, hôpital sanitaire, hôpital moderne, hôpital stratégique) comme celle de l'institutionnalisation progressive de la fonction d'infirmière (servante, infirmière diplômée, infirmière technicienne de soins). Elles s'opposent, s'entremêlent, se confondent pour dessiner l'histoire d'un métier qui naît, vit et se transforme. Bien que par expérience nous sachions peu de chose sur l'archéologie du métier d'infirmière, on peut légitimement penser que ces logiques d'action ont contribué à faire évoluer certains éléments dans le champ sanitaire et à donner sa forme actuelle à l'exercice infirmier.

En faisant de la dimension relationnelle, le support actif de pratiques à fonctions protectrices ou intégratives, la logique d'action traditionaliste pose les bases d'une forme d'intervention des membres de la société mandatés pour le réaliser dans le champ du social-assistantiel. Que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des établissements (Hôtels-Dieu, hôpitaux généraux) les communautés religieuses vont mettre en place les conditions objectives de ce travail de relation. Cette forme particulière de prise en charge assistantielle s'est progressivement délitée dans sa confrontation avec la logique d'action pragmatiste. Si les soeurs infirmières ont conservé un rôle prépondérant dans les hôpitaux et ce, bien au delà de la laïcisation, c'est en raison de leurs compétences traditionnelles dans le domaine de l'organisation et de la gestion des institutions d'assistance. Avec les laïcs, elles vont se conformer aux nouvelles exigences de l'hôpital sanitaire et devenir les partenaires de la modernisation des soins hospitaliers. Sans pour autant établir de comparaisons entre le travail des communautés et celui des infirmières, on ne peut qu'être frappé par l'homologie entre la spécialisation fonctionnelle au sein des communautés et la subdivision verticale et horizontale des tâches qui se met en place dans l'hôpital sanitaire. Certes, les symboles, les rites et les croyances ne sont plus les mêmes, mais cette subdivision s'inscrit dans le même espace organisationnel et architectural (la salle ou l'unité de soins). La médicalisation des établissements va simultanément cristalliser cette subdivision du travail infirmier (en pourvoyant l'infirmière de base d'une formation technique et d'un diplôme, en institutionnalisant une catégorie d'auxiliaires (les aides-soignantes), en multipliant les postes de surveillantes et en renforçant l'autonomie fonctionnelle des unités de soins.

Plus récemment, la rationalisation technico-gestionnaire tend à modifier cette organisation traditionnelle, à destabiliser les solidarités collectives et à bouleverser les modes de structuration des professionnalités infirmières. Cette catégorie intermédiaire encadrée mais aussi encadrante, rencontre alors des problèmes similaires à ceux des techniciens de l'industrie. Les analogies sont frappantes en terme de stratégies de distinction, de reconnaissance des savoirs, de dysfonctionnement d'une vision hiérarchique des rôles, y compris en terme d'efficacité ou d'adéquation des moyens aux fins¹.

Ces incertitudes dépassent le cadre des relations hiérarchiques et de la diffusion ordonnée des savoirs. Si tel était le cas, ne se poserait plus le problème de la reconnaissance et ne subsisterait que celui de l'émancipation, du rééquilibrage des fonctions au sein de l'équipe soignante². Là aussi le recours à l'histoire apporte quelques éclaircissements. A côté du patronnage étatique et médical qui a modelé l'infirmière laïque, des personnalités vont ouvrir la voie d'une dynamique d'auto-transformation du milieu infirmier. A l'instar de leur statut social et de leur mode d'insertion spécifique dans le champ sanitaire, les acteurs porteurs de la logique d'action empirique vont intervenir dans le champ sanitaire pour mieux délimiter les fonctions, clarifier les responsabilités, circonscrire les connaissances propres, faire reconnaître le statut de l'infirmière. C'est en grande partie grâce à l'activisme de ces militantes de l'action sociale que les bases de l'exercice infirmier ont été posées. Elles reposent sur le recodage laïque d'une partie des valeurs spécifiques du travail de relation en "morale professionnelle". Morale assortie de devoirs, de règles de conduite qui élaborent les premiers éléments d'une pédagogie du soin. Produite à partir du "solidarisme" et du

¹ J. Lojkine, Les jeunes diplômés. Un groupe social en quête d'identité, PUF, 1992.

² Branciard. A, Mosse. Ph, (sous la dir de.), Hôpital innovations professions, op.cit, 1994.

patriotisme, l'infirmière est présentée comme un "agent d'adaptation" qui participe au "service social". En d'autres termes, l'infirmière professionnelle du début du siècle n'est pas "qu'une hospitalière" et son exercice s'inscrit dans le champ sanitaire. L'approche développée par L.Chaptal dans le quartier de la Plaisance à Paris comme celle des infirmières visiteuses est à cet égard exemplaire. Leur activité méthodique organisée autour d'un contenu professionnel précis renvoie à une forme aboutie de prise en charge socio-sanitaire des patients dans laquelle l'infirmière occupe une place centrale. Les incidences de ce "rendez-vous manqué"¹ avec l'hygiène sont perceptibles dans l'actualité du groupe professionnel infirmier. Alors que les infirmières vont développer un contenu professionnel hospitalo-centré, une minorité active cherche à recomposer l'exercice infirmier à partir d'un certain fétichisme de la fonction soignante. Fétichisme qui s'articule autour d'une conception des soins et d'un positionnement dans le champ sanitaire qui n'est pas sans rappeler celui des visiteuses.

Avec la révolution informationnelle, l'hôpital stratégique change de raison sociale. L'hospitalière dispensatrice qualifiée de soins à toutes les catégories de la population laisse la place à la technicienne parcellaire dont la prestation de soins s'ouvre aux fonctions productives. Accaparée par un nombre croissant de gestes techniques et d'écritures, elle est prise dans un roulement planifié, contrainte à une adaptation et à une mobilisation incessante de savoirs et de valeurs. Professionnelle de première ligne, sa pratique a été instrumentalisée dans un cadre institutionnel qui lui impose des standards incompatibles avec les demandes multiformes des patients. C'est pour permettre aux hospitalières de faire face, de donner du sens, de trouver une voie adaptée entre l'individu et le système, qu'une partie des

¹ L'expression est de Y. Knibiehler, Cornettes et blouses blanches, op.cit, 1984.

soignants a cherché à promouvoir de nouveaux rôles (d'information, de conseil, d'éducation, de prévention, etc.) et à formaliser de nouveaux outils (diagnostics, recherches en soins infirmiers). Ce travail social de placement de plus en plus institutionnalisé démontre l'aptitude des soignants à gérer de façon pratique et symbolique le champ des soins infirmiers. Mais en dépit d'une formation et d'un cadre juridique communs cet "agencement symbolique de mobilisation professionnelle"¹ inspiré des préceptes des premières militantes professionnelles, demeure instable. Mobilisé par un encadrement soignant qui se cherche une nouvelle légitimité, il est utilisé comme alibi dans le cadre d'une planification de plus en plus comptable de l'activité soignante. Inspirée des approches thérapeutiques et des méthodes apportées par la psychanalyse et la psychologie, la conception des soins qu'il véhicule est en contradiction avec les choix épistémologiques établis depuis plus de quatre siècles et le procès de production des centres hospitaliers. Enfin, si l'hospitalière a été consacrée "cheville ouvrière" des unités de soins (par la reconnaissance des revendications touchant la carrière, la grille de salaires, les savoirs infirmiers), son statut dans le champ sanitaire reste à définir si on y intègre l'ensemble des tâches qui lui incombe désormais (liaison avec l'environnement extra-hospitalier, éducation, prévention, prise en charge globale, etc.).

Cette contribution des infirmières à la fonction sanitaire dépasse le cadre d'une dynamique entre profession et organisation hospitalière. Plus l'hôpital s'ouvre sur un environnement polymorphe (réseaux, partenaires, alternatives à l'hospitalisation), plus la reconnaissance de ces dimensions de l'action de soins devient problématique. Actrice charnière de l'institution hospitalière, l'infirmière l'est certainement, mais la mise en oeuvre de cette

¹ L.Demilly, Le collègue: crise mythes et métiers, op. cit, 1991

fonction élargie (hors du cadre du service et de l'hôpital) suppose qu'elle puisse s'inscrire dans l'offre de soins, c'est à dire vis à vis des autres intervenants du système de santé. C'est aussi à ce niveau que la dynamique professionnelle des visiteuses avait échoué.

Or, aujourd'hui, quand l'hôpital s'ouvre sur son environnement, il tend à "externaliser" son mode de fonctionnement et de gestion, ses incapacités et sa contre-productivité à l'ensemble du champ sanitaire. Ainsi, pour l'hospitalisation à domicile (en augmentation régulière), la forme de la prise en charge reproduit la segmentation du travail hospitalier avec une efficacité et un coût de la prise en charge sensiblement équivalents. Quelles soient techniques ou organisationnelles, ces innovations (gestion de projet, alternative à l'hospitalisation, etc.) semblent structurées par la logique de rationalisation et viennent se mouler ou renforcer les divisions internes en spécialités, en services, en métiers, en statuts. Comme à l'hôpital, les formes et les modalités de prise en charge des patients ne parviennent pas à atténuer les inégalités, à rompre avec les traditions et les routines, à trouver un équilibre supportable entre coût et efficacité. Face à ce constat d'insuffisance, le chemin choisi par les décideurs publics est celui d'une plus grande autonomie des établissements hospitaliers avec une mise en concurrence tout en réprimant de façon bureaucratique les dérives du libéralisme hospitalier, en colmatant les insuffisances trop voyantes, en sauvegardant les apparences avec des incantations rituelles sur l'humanisation, le droit des patients, le rôle des soignants, le progrès des sciences médicales et des techniques, les alternatives à l'hospitalisation.

Dans ce contexte, les hospitalières sont confrontées à une double exigence: elles doivent construire une nouvelle relation marchande qui

échappe à la domination des critères de rentabilité tout en proposant une redéfinition des pratiques où l'efficacité de la prise en charge du patient est recherchée à travers la continuité et l'intégration contrôlée des fonctions soignantes¹. C'est à dire une nouvelle organisation des soins qui bouscule ces frontières si difficiles à déplacer à l'hôpital, qui modèle son environnement en fonction de ses objectifs, de façon à maîtriser l'ensemble du processus de production des soins et atténuer les ambiguïtés de la pratique.

C'est donc aux hospitalières qu'il revient de se produire en tant qu'acteur sanitaire en fonction des modèles et des modes de production de la médecine "industrielle" mais aussi en décalage vis à vis d'elle. On ne voit d'ailleurs pas comment il pourrait en être autrement même si les infirmières manquent visiblement de moyens pour penser et assumer elles-mêmes cette jachère de la relation de service.

En attendant, c'est quotidiennement que les hospitalières ont à faire face aux patients et aux exigences de l'institution et dans ce domaine, elles se montrent plutôt créatives.

¹ Rappelons que dans le cadre hospitalier, le travail de relation est déjà parcellisé, quantifié et évalué par les critères de gestion de la rationalisation capitaliste. L'infirmière dispose entre 15 mn à 20mn par patient/jour pour réaliser ce travail présenté par les ergonomistes hospitaliers sous la forme d'items: salutation, présentation des soins, explication de la procédure de soins, etc.

PARTIE 3

Travail hospitalier : de l'exercice aux pratiques de soins des infirmières

Appréhender le vécu du travail était la préoccupation centrale de mon dossier de DEA. Basées sur des entretiens semi-directifs, des biographies et quelques mois d'observation¹, ces premières investigations m'ont permis d'aborder des domaines dont l'accès était facile. Les prises de position, les typologies spontanées (produites par les soignantes quand elles parlent d'elles-mêmes) et les discours sur les pratiques permettent de dessiner une image "idéale-typique" (ou plutôt des images) de l'hospitalière. Cette forme d'approche du groupe professionnel infirmier donne des repères mais elle incite aussi à beaucoup de prudence dans l'interprétation des discours.

Dans le domaine de la santé, où la médecine et la profession médicale font à la fois office d'idéale-type et de producteurs de normes, l'analyse des discours conduit souvent à révéler la segmentation du groupe professionnel infirmier à partir des traces de ce modèle pour celles dont il participe à la cristallisation identitaire (techniciennes de soins, cadres infirmiers) avec, en contrepoint, les infirmières qui ne se reconnaissent pas dans cet idéal et dont l'investissement professionnel recouvre d'autres formes d'intérêts. Plus encore, elle fait courir le risque d'imaginer un rapport linéaire entre les discours, les modèles professionnels et les pratiques des infirmiers.

Des pratiques de soins dont tout le monde s'accorde à dire qu'elles sont à la fois contraintes par l'emprise technologique croissante et empreintes d'un humanisme intrinsèquement lié à l'activité soignante. Considéré comme "allant de soi", cet humanisme pousse les infirmières à particulariser leurs comportements et à lutter contre la standardisation des soins. Certes, on admet une "dose nécessaire" de standardisation et de déshumanisation des

¹ Par demi-journée, j'ai réalisé des séquences d'observation dans les unités de soins de plusieurs services hospitaliers. Puis, sous la forme de "semaines à thème" je me suis intégré à un groupe de personnels: brancardiers, ASH, AS, kinésithérapeutes, stagiaires médicaux.

soins dans les unités les plus spécialisées. Une infirmière doit éviter "les pièges de la compassion"¹ pour appliquer sereinement un traitement douloureux, mais il ne peut s'agir d'une simulation ou d'une "routinisation" des émotions car, être infirmière, c'est apporter du confort et du réconfort aux patients. L'infirmière a non seulement un devoir de "gentillesse" mais son intervention sur le corps du patient exige aussi un minimum d'implication. Implication qui ne peut se réduire à un utilitarisme rustique, mais dont on saisit mal si elle renvoie à des qualités, à une "morale du soin" ou à des compétences que l'infirmière se disputerait avec l'aide-soignante. Cet axiome qui n'est pas exempt de préjugés est particulièrement vivace dès lors que l'on aborde les métiers de la santé.

Dans ce cadre, l'observation permet de repérer les lieux, l'espace, de nouer des contacts, de définir un canevas de l'organisation du travail et d'obtenir un comptage des activités, des gestes, des perturbations inhérentes au travail des infirmières. Mais cette approche périphérique de l'exercice infirmier pose aussi deux problèmes étroitement entremêlés. D'une part, elle n'est pas plus supportable pour l'observé que pour l'observateur. Tantôt curiosité du service ("c'est celui qui fait une thèse sur les infirmières") ou mouche du coche ("il est encore là le sociologue"), l'observateur finit par devenir encombrant. C'est généralement pour lui faire plaisir que les soignants l'acceptent et lui montrent ce qui est montrable. En d'autres termes, les séquences qu'il observe débordent rarement les limites de ce que l'on veut bien qu'il perçoive des pratiques ou du fonctionnement d'un service. Les situations extrêmes lui sont interdites et les informations qui lui parviennent sont filtrées. Quand, par chance, il croit pouvoir observer une scène "moins ordinaire" (conflit, désaccord sur les choix thérapeutiques,

¹ E. Goffman, Asiles. Etudes sur la condition des malades mentaux, Paris, éd. Minit, 1968.

rapport de force dans les collectifs de travail ou entre les collectifs, prise de décision qui engage l'avenir d'un patient, geste technique ou relationnel qui s'écarte trop d'une conception "traditionnelle", du normal, du supportable, de l'admissible, etc.), la porte se referme, la parole devient plus feutrée, l'interpellation polie et le silence plus pesant comme pour lui signifier qu'il doit sortir (ce que j'ai fait plus d'une fois). A moins de devenir clandestine¹, il faut reconnaître que la présence de l'observateur n'est pas légitime voir gênante (avoir une personne même joviale et serviable derrière son dos toute une journée n'est pas une situation facile à vivre). Mais l'observation de surface est aussi frustrante pour le sociologue qui voit du secret là où il y a de la pudeur et des événements dont la logique lui échappe.

C'est donc à la fois pour des raisons techniques et de confort (la place de l'observateur qui participe est sans aucun doute plus supportable) qu'il m'est apparu nécessaire d'approcher au plus près le fonctionnement des services et le travail des soignants. A travers cette participation au travail des équipes soignantes, mon objectif était d'observer la pratique quotidienne des infirmières et de recueillir de façon systématique leur vécu, c'est à dire les récits qu'elles produisent sur les situations, leur façon de faire, leur position. La plupart des extraits qui sont insérés dans les pages qui suivent correspond donc à des situations observées et pour lesquelles je me suis efforcé dans la mesure du possible de recueillir les perceptions qu'en avaient les différents protagonistes. En dehors des discussions plus ou moins improvisées avec mes collègues de travail (que l'on pourrait comparer à des

¹ C'est une façon de faire que j'ai pratiquée de connivence avec les soignants pour qui il s'agissait avant tout de faire une blague. Se faire passer pour un médecin (auprès d'autres praticiens hospitaliers ou de patients) en faisant varier la gestualité, la prestance, les mimiques, la tenue permet de vérifier empiriquement que le statut du praticien hospitalier ne repose pas uniquement sur la compétence. Mais cette forme d'approche demeure limitée dans ses potentialités explicatives.

demandes d'explications)¹, j'ai aussi sollicité les infirmières avec lesquelles j'ai travaillé pour réaliser une biographie professionnelle et un entretien semi-directif essentiellement orienté sur le métier et les pratiques². Plus globalement, l'analyse du métier d'infirmière qui suit correspond à une description produite par observation où la parole des infirmières est prise pour ce qu'elle est, c'est à dire leur façon de dire leur vécu où s'entremêlent leur histoire, les idéologies professionnelles, leur perception de la situation, les prises de positions, les opinions.

C'est dans un service de médecine que j'ai fait mes débuts³. Polyvalent, j'ai exercé différentes activités (archiviste, brancardier, coursier, chargé des stocks de matériel jetable, de la pharmacie). Cela m'a permis de découvrir les beaux et les bas quartiers, ceux qui travaillent dans l'ombre, ceux qui sont en contact avec les patients, ceux qui interviennent sur les patients⁴. Cependant, cette fonction ne me permettait qu'une observation superficielle

¹ Comme toutes les personnes qui utilisent l'observation participative, mes collègues de travail ont fini par m'attribuer un "statut" dans les services. Statut qui, après un travail collectif de concertation lors des poses, s'est matérialisé par une caricature fort bien dessinée. Elle me représente déguisé en infirmière tenant une loupe à la main. Le sous-titre est sans doute plus révélateur: "cassocio: la taupe qui y voit clair". Pour beaucoup, j'étais un "cas" (travailleur bénévole), "socio" (pour sociologue) en quête perpétuelle d'informations.

² Ce n'est qu'après avoir travaillé au minimum trois mois avec une infirmière que je l'ai sollicité pour ces entretiens (deux infirmières ont refusé). D'une façon générale, il me semble que cela m'a permis de ne pas me laisser abuser par les discours programmatiques sur les pratiques ou les relations avec les collègues de travail. Cependant, je dirais que ce problème inhérent à la situation d'entretien ne me semble pas déterminant ici dans la mesure où il s'agissait surtout de mettre en parallèle le dire et le faire.

³ J'avais choisi ce service en raison de la personnalité de la surveillante chef. Fortement investie dans les mouvements des années 1980, elle était présentée comme une militante déterminée et décidée à mobiliser les personnels du service. Ma présence a été relativement bien acceptée parmi les cadres infirmiers et mes collègues de travail. S'agissant des unités, le constat est plus mitigé en raison notamment du cloisonnement excessif entre les fonctions et des rivalités entre les collectifs. Dans ce service, devenir indigène au sein d'un collectif me faisait passer systématiquement au statut d'étranger pour les autres. C'est la raison pour laquelle je n'y suis pas resté.

⁴ J'ai été aidé dans cette exploration de l'hôpital par une jeune femme dont le rôle et le statut sont toujours pour moi un mystère. Ces personnages aux rôles mal définis existent dans tous les services hospitaliers. Ce sont souvent des ASH ou des AS qui remplissent une multitude de petits services indispensables au fonctionnement des unités. Comme eux, j'ai d'abord été polyvalent. Cependant, le fait d'être un homme m'a plutôt desservi dans la mesure où j'ai eu du mal à faire accepter mes compétences dans le maniement du "balai magique" et de la "chiffonnette".

de la vie des unités. Après une période probatoire de deux mois dans un service de convalescents,¹ je suis devenu "faisant fonction d'aide soignant" à mi-temps, bénévole et non déclaré². Durant les dix-huit mois qui ont suivi, j'ai travaillé dans deux services hospitaliers: un service de médecine et un service de chirurgie. Ce choix n'avait rien d'aléatoire ou de fortuit. D'une part, j'y avais déjà développé des contacts et les soignants étaient disposés à accepter ma présence. D'autre part, je souhaitais pouvoir observer à travers ces deux spécialités, des contraintes et des pratiques différentes.

Inspirée de la sociologie interactionniste³, la démarche adoptée vise donc à rendre compte de certains traits du fonctionnement des services hospitaliers perçus comme le cadre dans lequel les infirmières exercent quotidiennement leur activité. En ce sens, il m'est rapidement apparu impossible de décrire le métier d'infirmière sans parler des autres catégories de personnel. Et comme l'écrit E.C.Hughes "puisque la plupart des infirmières travaillent dans les hôpitaux, l'étude du travail infirmier doit partir de l'inventaire de ce qu'il faut nécessairement faire pour que fonctionne un hôpital". Pour chacune des tâches qu'elle réalise, il faut savoir "pourquoi est-elle accomplie par l'infirmière plutôt que par quelqu'un d'autre, ou par quelqu'un d'autre plutôt que par l'infirmière"⁴.

¹ Contrairement à ce que pourrait laisser croire le terme de convalescent, ce service accueille des patients pour lesquels l'espoir d'une amélioration des capacités physiques et mentales demeure faible. C'est pour "me faire la main" que la responsable du personnel m'a proposé ce service. Ce que j'ai accepté.

² Je tiens à rappeler ici que si cette situation peut surprendre, elle est coutumière à l'hôpital. Les bénévoles y sont nombreux mais surtout le non-respect du droit fait partie des "traditions" de l'hôpital. Depuis la réforme de 1991, on peut dire que cette situation évolue sensiblement vers des formes variées de légalisme. Les nouveaux directeurs d'établissement contribuent aujourd'hui à faire respecter le droit à l'hôpital.

³ En particulier la sociologie de E.C.Hughes, l'ouvrage de J. Peneff, L'hôpital en urgence, op.cit. 1992 et de J. Cosnier, M. Grosjean, M. Lacoste, (sous la dir.) Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins, Lyon, PUL, 1993.

⁴ On fait référence ici au recueil de textes rassemblés et présentés par J.M.Chapoulie, E.C.Hughes: le regard sociologique, Paris, éd. Ecoles des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996.

Mon regard a d'abord été descriptif. Il a porté sur le fonctionnement des services et des unités de soins où j'ai travaillé. Dans la mesure du possible, je me suis efforcé de comparer les services (essentiellement les deux où je suis resté le plus longtemps) à travers l'organisation du travail des infirmières dans les unités de soins, les situations auxquelles elles étaient confrontées et les comportements correspondants. Prendre des notes au travail, les compléter en sortant du travail, réaliser des entretiens est un exercice quotidien pour l'observateur, mais agencer ces fragments plus ou moins épars réclame du recul vis à vis des collègues et des situations vécues ou observées. Avant d'écrire, il faut réussir sa sortie comme le dit J. Peneff¹, c'est à dire sortir de ce quotidien, des amitiés, ce qui n'est pas aisé. Ce n'est qu'après une coupure nécessaire avec cette entreprise singulière que j'ai pu en produire une analyse.

Les principes d'analyse du métier d'infirmière qui se sont dessinés au fil de cette observation sont: les conditions d'insertion des soignants dans les unités de soins, les différentes formes d'appropriation de l'espace par les usagers (personnels et patients), la division du travail entre les médecins et les infirmières, la maîtrise du rythme et la coopération entre les soignants pour parvenir à effectuer le travail qui leur est demandé. Cette description suit en quelque sorte mon parcours et donc ma découverte de l'univers hospitalier. Les aspects les moins visibles du travail des infirmières, les savoirs nécessaires pour faire face aux patients, le travail de mise à distance inhérent au métier de soignant, les différentes perceptions qu'elles ont de la relation de soins seront évoquées à la fin de cette partie.

¹ J. Peneff, L'hôpital en urgence, op.cit 1991.

CHAPITRE 1

Modes d'appropriation de l'espace

A. Touraine a raison quand il écrit qu'une fois "passé le seuil de l'hôpital, le sociologue se trouve moins dépaysé qu'il ne s'attendait à l'être"¹. Il faut dire que d'un certain point de vue, le fonctionnement d'un hôpital se prête bien aux métaphores industrielles ou militaires. Sexes, grades, statuts, fonctions, uniformes permettent de dessiner une anamorphose des relations hiérarchiques structurées par la compétence médicale. Mais à moins de réduire le fonctionnement d'un hôpital au travail du médecin, pour ne pas dire à la hiérarchie médicale, il faut reconnaître qu'un CHU est avant tout un ensemble de services qui regroupe une multitude de métiers et donc de personnels qui, par leur travail collaborent au fonctionnement de l'établissement, c'est à dire à la production des soins hospitaliers. Car à l'hôpital, la pratique du médecin exige avant tout de la précision dans les manipulations chiffrées, la lecture des comptes-rendus d'autres spécialistes à partir desquels il établit un diagnostic et des prescriptions. En d'autres termes, il est à tout le moins aussi dépendant des compétences des autres travailleurs que ces derniers ne le sont des siennes. D'un côté, c'est un cadre haut placé dans "l'entreprise hospitalière", comme nous l'avons montré dans la partie précédente, de l'autre ce n'est qu'un travailleur hautement qualifié sous la surveillance d'autres travailleurs hospitaliers. Travailleurs de rang et de statut social extrêmement différents mais interdépendants dans la division du travail hospitalier.

¹ Dans la préface de F. Steudler, L'hôpital en observation, Paris, Armand colin, 1974.

Nourrir, vêtir, désinfecter, réparer le matériel, produire de l'imagerie, des données biologiques, fournir des médicaments, du matériel, transporter les patients, archiver les dossiers sont des activités essentielles au fonctionnement d'un établissement. Un passage même rapide dans ces "annexes" de l'hôpital suffit pour remarquer que peu de choses différencie les services techniques des ateliers de maintenance d'une entreprise industrielle, la laverie et les cuisines d'un autre centre de production, l'administration centrale d'une autre administration. Là comme ailleurs, le nombre de pièces à produire, de dossiers à traiter, de patients "à passer", de tonnage à sortir est imposé et la rémunération comme les conditions de travail de ces salariés ne sont guère meilleures qu'ailleurs. Dès lors, il faut reconnaître que tout ne participe pas dans la vie d'un hôpital à la sacralité dont certains voudraient entourer les pratiques de soins mais plus encore, que les changements qui affectent ces services ont une incidence sur le fonctionnement des unités de soins et la prise en charge des patients. Il s'agit là d'un préalable indispensable à l'analyse de ce qui se passe dans les unités de soins. Les unités et les services ne sont pas des isolats où patients et soignants agissent en "interrelation" plus ou moins étroite. Le travail hospitalier repose sur ces confrontations/ collaborations multiples dans les unités mais aussi entre les services. C'est de la qualité de ces interactions entre acteurs hospitaliers dont vont dépendre en outre la réussite ou l'échec des moyens mis en oeuvre dans les pratiques de soins.

Si on ne peut éluder les aspects les plus bureaucratisés et "industriels" du fonctionnement des hôpitaux, il faut reconnaître que les unités de soins ne sont pas seulement des lieux d'exécution de soins, à quoi ils sont toujours réduits, mais aussi des lieux spécifiques d'élaboration de pratiques, d'expérience, de créativité. Comme pour tous les métiers, cela renvoie à la

sensibilité propre des individus, à ses représentations, au mode d'exercice et aux caractéristiques de son environnement local, aux requis de la situation de travail¹. Au delà des différences entre les établissements, les services ou les secteurs d'hospitalisation, chaque soignant a "une part active dans la construction de son objet de travail"². Adopter ce point de vue, c'est considérer le métier de soignant comme une activité en perpétuelle définition qui échappe, au moins en partie, aux modes de professionnalisation préconisés par l'institution hospitalière.

Enfin, qu'il soit médecin, surveillante, infirmière ou aide-soignante, le professionnel de santé agit toujours en relation plus ou moins étroite avec des patients dont les comportements ne sont jamais réductibles à une planification rigide. C'est bien ce qui constitue la difficulté centrale de ces métiers qui concilient standardisation des protocoles, des parcours des patients et adaptation constante aux situations et aux personnes. Pour bien comprendre le métier d'infirmière, il ne faut pas perdre de vue cette fonction de médiation entre contraintes organisationnelles et rapports inter-individuels propres aux métiers de "service" s'exerçant dans le cadre des grands services publics. C'est l'un des établissements qui participent à ce service public que nous voudrions décrire dans les pages qui suivent. Non pas qu'il soit particulier mais là aussi les idées reçues ont parfois la vie dure.

1. Le CHU et la division sexuelle du pouvoir

Précédée d'une prise de contact téléphonique et d'un courrier, mon entrée au CHU a débuté par un entretien avec le sous-directeur de

¹ L. Demailly, "Compétences et transformations des groupes professionnels", dans F. Minet, M. Parlier, S. Witte (sous la dir.), La compétence: mythe, construction ou réalité?, Paris, L'harmattan.

² I. Bazenger, "La construction d'un monde professionnel: entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale", Sociologie du travail, n°3, 1987.

l'administration générale¹. Plutôt dubitatif, il m'a proposé une liste de personnes "qu'il serait bon que je rencontre" et désigné le responsable de "l'unité de conseil pour la démarche sociale" comme mon correspondant auprès de la direction².

Après avoir de nouveau exposé mes intentions et le cadre dans lequel serait réalisée cette observation, j'ai obtenu un accord de principe me permettant d'occuper un poste d'agent des services hospitaliers (ASH) pour une durée de trois mois³. Notre première rencontre a débuté par une visite des différents services. Dans ce bâtiment, la signalétique, les couleurs chaudes, la profondeur des moquettes et les aménagements intérieurs ne permettent pas de différencier cette administration d'une autre direction générale fut-elle d'une grosse entreprise privée. De toute évidence, le soin qui a été apporté au choix des matériaux, à l'éclairage, à la disposition des bureaux et des salles de réunions laisse à penser que c'est ici que les décisions importantes doivent être prises.

La totalité des postes de direction (direction générale, unité d'analyse stratégique, conseil en organisation et méthodes, conseil pour la démarche sociale) est occupée par des hommes. La place et le rôle attribués aux femmes dans ces services (surveillantes chefs ou adjointes des cadres) confirment qu'à la direction générale, les hommes dominent l'espace public et le champ du pouvoir. Instance de production et de circulation des biens symboliques, les écoles du CHU sont elles, exclusivement dirigées et

¹ A l'époque, j'étais en DEA mais l'étude a été présentée comme une thèse de troisième cycle, ce qui ne correspondait pas à une prétention de ma part, mais qui répondait à un besoin d'identification statutaire autre que celui d'un étudiant en stage. La négociation a duré deux mois.

² Ancien infirmier devenu directeur des ressources humaines avec qui j'ai eu des contacts réguliers et fort conviviaux.

³ La condition qui m'a été imposée était d'être salarié de l'hôpital. Ce qui fut le cas pour les trois premiers mois.

animées par des femmes (écoles d'infirmières, d'aides-soignantes, de sages-femmes, de puéricultrices, de cadres infirmiers, d'anesthésiologistes) à l'exception de l'école de brancardiers¹. En d'autres termes, tout semble montrer que les structures traditionnelles de la division sociale et sexuelle du travail sont en quelque sorte objectivées dans les filières, les carrières et les postes des personnels hospitaliers².

Cependant, il faut aussi reconnaître que le "management" d'un CHU supporte mal la comparaison avec la direction générale d'une société de services, fut-elle très importante. L'étendue du pouvoir de la direction générale y est encadrée par la tutelle, le maire, les différentes instances de représentations des personnels. Le directeur général reste aujourd'hui un "fournisseur/pourvoyeur" et, à ce titre, il dispose du pouvoir "d'opérationnaliser" le projet médical par la régulation de l'allocation des moyens et des procédures.

De ce point de vue, le CHU observé est exemplaire puisqu'il a fait partie des établissements pilotes sélectionnés par le Ministère de la Santé en 1989, pour mettre en place une démarche stratégique (projet social et médical). Ce qui a été qualifié par la direction générale de "conduite de changement" s'est traduit par des décisions "incrémentales" qui ont engendré des mouvements erratiques (réorganisation de services, d'unités de soins, mise en place de départements, regroupement de services) au sein des différents établissements du CHU. Mais comme le reconnaissent les "décideurs hospitaliers", faute de projets collectifs et d'intégration suffisants, chaque hôpital a conservé son autonomie (relative mais réelle). En d'autres termes, la "démarche stratégique" s'est heurtée au cloisonnement

¹ Formation qui, à ma connaissance, accueille très peu de femmes.

² P. Bourdieu, La domination masculine, Seuil, 1998.

des services, des établissements, aux logiques professionnelles centrifuges, à l'éclatement des processus de prise de décisions et d'actions. Les injonctions de la direction générale pour mettre en place des projets (d'établissement et de service) ont alors exacerbé la concurrence, les conflits et radicalisé les stratégies d'évitement des différentes directions d'établissements, des services, des professionnels¹.

Le cas des urgences du CHU illustre assez bien cette situation. Pour résoudre les problèmes d'accueil, la direction a augmenté la capacité du service de 40 lits. Capacité qui sert d'alibi aux autres services pour refuser les catégories de malades "non rentables" ce qui ne résout pas l'embolie initiale du service d'urgence, devenu un service de médecine générale². Autres services qui sont essentiellement des services de chirurgie eux-mêmes soumis à des quotas d'interventions selon les spécialités. Or, pour les chirurgiens, la situation pourrait se résumer ainsi: d'un côté, ils sont contraints de se spécialiser et de l'autre la direction et les urgences leur reprochent de ne plus prendre le "tout-venant". D'une façon générale, les services concernés invoquent une capacité d'accueil insuffisante ou l'incapacité du service d'urgence à effectuer un travail de tri et d'orientation des patients.

En réalité, à travers ce problème emblématique des services de garde³, c'est celui de l'organisation du travail de soins qui est posé. Organisation qui exige la mise en place de formes de coopérations inédites à l'hôpital entre

¹ La question que se posent de nombreux observateurs est: "qui décide à l'hôpital?". Question à laquelle il est impossible de donner une réponse définitive mais uniquement des éléments de réponses éminemment contextualisés.

² B. Delaeter, " La conduite du changement à l'hôpital public. Principes dégagés de la démarche stratégique menée au CHU de Lille", *CLES*, n°18 - 2, 1991.

³ La planification des entrées a toujours été difficile à l'hôpital notamment avec les chirurgiens qui refusent de se voir "prescrire les malades" par les urgences.

les médecins (avec leurs besoins) et les directions (qui gèrent l'allocation des moyens, des affectations, de la formation, des carrières). Et c'est sans aucun doute autour de cette organisation du travail de soins que la rationalisation des hôpitaux a produit le plus de changements.

Les directions des différents hôpitaux du CHU et, à travers elles, les Infirmières Générales, les conseillères techniques, les surveillantes responsables du personnel, les surveillantes chefs, sont devenues des alliés essentiels pour la direction générale. Elles opérationnalisent les choix stratégiques par la réduction de la capacité d'accueil, le respect des quotas, la planification des entrées et du travail soignant, le budget, les emplois. Ces attributions confèrent à l'encadrement soignant une position plus institutionnelle et fonctionnelle au sein des établissements, qui modifie la nature des relations que l'encadrement soignant entretient avec les médecins et les directions. Certes, les marqueurs de l'origine sociale et de la formation longue du praticien¹ restent vivaces mais le temps où le patron pouvait faire révoquer sa surveillante est révolu. Si dans certains services, la stricte délimitation des fonctions et des rôles² prédomine, ce sont plus généralement des relations de collègues à collègues qui caractérisent les relations entre les surveillantes chefs et les praticiens. Dans tous les cas, les uns et les autres savent que dans leurs négociations avec les directions, la somme des arguments respectifs pèsera moins s'ils sont concurrents ou faiblement cohésifs. Lutter pour conserver les acquis (personnels, budget, orientation thérapeutique, etc.) ne peut être qu'une stratégie collective qui engage à part égale l'encadrement soignant et médical du service.

¹ Par praticien il faut entre ici le professeur hospitalier et universitaire (PHU) généralement chef de service mais aussi le professeur hospitalier, le chef de clinique, l'agrégé et l'assistant.

² C'est notamment le cas si la surveillante chef est nommée sur plusieurs services. Ce mode de fonctionnement est bien souvent celui défendu par les IG et la direction générale.

(entretien avec la surveillante chef et le PHU d'un service pilote pour la démarche stratégique¹).

" C'est à dire que depuis l'arrivée du nouveau DG on ne se sent plus chez soi. Ils disent qu'ils ne savent rien de ce que l'on fait, de nos activités mais en fait avant ils ne nous ont rien demandé non plus. Et puis quand ils nous demandent des choses, on n'a pas de retour, pourtant on aimerait bien. Et puis moi, mais monsieur X (le PHU) pense comme moi, je ne donne rien si il n'y a pas quelque chose en échange. Je fonctionne comme ça. C'est comme pour l'informatisation on a demandé à intégrer nos données sinon c'était pas d'accord. (...) Le problème c'est que l'on est passé d'un extrême à l'autre et on n'a plus l'impression d'être dans un service public parce que refuser un malade ou le mettre en attente, ça fait drôle, on a l'impression d'être à Air France pour les réservations. (...) C'est une entreprise parce qu'il faut gérer comme une entreprise.

- Qu'est ce que vous en pensez monsieur X ?

- Oui je suis d'accord, vous avez raison. Bon ici on a tout fait ensemble mais ça réclame un tel investissement en temps et en compétences que l'on n'aurait pas pu faire autrement, que ce soit pour les choix d'orientations et de budget. Et bon c'est vrai que madame Y et tout le monde dans le bureau y est pour beaucoup, y compris au démarrage de la démarche stratégique. (...) Moi ça me faisait peur et le SIH (l'informatisation) ça me fait peur. Aujourd'hui, j'ai le sentiment qu'on a atteint nos limites en terme de gestion, on ne peut plus optimiser le budget global ou alors il ne faut plus prendre de malades chers ou plutôt ne prendre que ceux qui sont rentables"

¹ Pour la direction générale du CHU, c'est la vitrine de la démarche stratégique. Toutes les visites officielles passent par ce service ce qui commence à énerver tout le personnel du service.

Parmi les huit établissements inégalement affectés par la démarche stratégique au moment de l'observation, j'ai choisi le plus ancien¹. Centre névralgique du CHU jusqu'aux années 1970 (date à partir de laquelle le service des urgences a été déplacé dans un autre établissement construit sur le site), il est composé de trois bâtiments qui forment un anneau avec la faculté de médecine. Deux tours de dix étages en forme d'étoile regroupent l'essentiel des services médicaux. Elles sont reliées par un bâtiment de trois étages qui accueille l'administration et les blocs opératoires. Sur la totalité de sa surface, l'établissement dispose d'un double sous-sol dont l'un rassemble la morgue, les services techniques, logistiques, la pharmacie centrale, les cuisines, la lingerie². Cette partie industrielle est ouverte sur l'extérieur à l'arrière de l'hôpital. Elle est reliée aux autres établissements du site par des galeries souterraines que les soignants utilisent rarement si ce n'est pour rejoindre la cantine du CHU ou se rendre à la pharmacie centrale. Comme dans tous les hôpitaux modernes, les services médicaux occupent généralement un étage du bâtiment et la circulation entre les services est verticale³. Son architecture en étoile, novatrice pour l'époque, en fait un établissement qui reste très fonctionnel. C'est aussi un établissement chargé d'histoire⁴ qui a subi quelques rénovations partielles et de nombreuses réorganisations successives.

le CHU
hôpital
025

¹ Sa construction a débuté en 1936 et s'est terminée en 1956. Engagé depuis 1990 dans une vaste opération de rénovation et de "modernisation" qui touche l'ensemble des établissements du CHU (appelé "opération tiroir") il est aujourd'hui totalement rénové.

² Le deuxième sous-sol est un dédale de galeries dans lesquelles circulent les conduites (chauffages, ventilations, eaux, fluides, etc.). Il n'est utilisé que par les ouvriers et certains AS ou brancardiers (peu nombreux) qui en maîtrisent la géographie.

³ Les modes de circulation étaient à l'origine réservés. Des ascenseurs à clef pour les chef de service, des ascenseurs plus vastes pour les malades et les visiteurs, d'autres pour le matériel et les décès, des escaliers pour le personnel. Chaque étage est desservi par 9 ascenseurs et 4 escaliers.

⁴ Lors des mouvements de 1988, les personnels de cet établissement ont été les premiers à se mobiliser. A contrario, ils n'ont pas participé à ceux de 1991. En raison de son ancienneté, l'établissement est sans aucun doute celui qui est le mieux identifié par l'ensemble du personnel du CHU dont une grande partie y a déjà travaillé.

ASH d'un type un peu particulier, j'ai été accueilli par l'infirmière générale. En dépit de la propreté de l'ensemble, la vétusté du mobilier, du linoléum et des peintures de cette administration offre un contraste saisissant avec les bureaux de la direction générale. Visiblement ici, la rénovation se fait attendre et s'opère par touches successives. De cet enchevêtrement de portes et de couloirs à la signalisation hasardeuse se dégage une impression d'effervescence perpétuelle. Les bureaux recouverts de dossiers, les affiches, les tableaux de planification qui se superposent sur les murs confirment ce sentiment. Mais, de façon plus fondamentale, ce qui frappe l'observateur c'est que les femmes sont majoritaires et occupent tous les postes de direction. Direction de l'établissement, du service infirmier, des affaires générales et de la communication avec les services généraux, des affaires générales et du budget des affaires médicales, des ressources humaines, des travaux et télécommunication et de l'équipement médical, de l'équipement non médical et de la signalisation. Cette remarque vaut pour tous les établissements du CHU. Cinq établissements sur huit sont dirigés par des femmes et parmi les personnels de direction des établissements, les femmes sont très largement majoritaires. La quasi-totalité des postes de cadre des établissements du CHU est occupée par des femmes et ce, de façon significative pour le service infirmier (IG, IGA, Adjointe des cadres soignants, surveillante chef, surveillante de soins, infirmier).

durif

Certes, il y a des hommes dans les services généraux, la restauration, les services techniques, au bureau des entrées, etc., mais comme dans les services médicaux, ils sont moins nombreux à y occuper des postes de cadre. Et à moins de réduire le fonctionnement des établissements et des services au travail médical, pour ne pas dire à la hiérarchie médicale, il faut reconnaître que les femmes y occupent la plupart des postes d'autorité et de

responsabilités (hors exercice médical)¹. Ce qui a été évoqué précédemment à propos du rôle des infirmières générales, des surveillantes et des directrices d'hôpitaux dans la rationalisation de l'activité de soins, permet aisément de comprendre la place de ces femmes à l'hôpital.

Anciennes soignantes pour la plupart, elles maîtrisent les rouages organisationnels des établissements et bénéficient d'une connaissance très fine des services, des personnalités et des contraintes du travail hospitalier². Les directrices d'hôpitaux, les infirmières générales, les cadres administratifs et les surveillantes chefs ont aussi, par les systèmes d'alliances qu'elles peuvent développer (entre elles, avec la direction générale, avec les praticiens, ou contre les praticiens et la direction générale du CHU) une zone d'initiative importante dans un contexte d'action qui demeure ambigu. A ce titre, elles jouent un rôle déterminant dans l'organisation du travail soignant et la gestion des ressources humaines partagée entre la direction des ressources humaines et les infirmières générales³.

¹ Dans ce CHU, près de trois salariés sur quatre sont des femmes (soit 6234 femmes pour 2284 hommes en 1992). Les soignants représentent 62,24% de l'effectif total, les personnels techniques 18,46%, les personnels administratifs 7,61%, les personnels médico-techniques 7,56%, les personnels de secrétariat médical 4,12%. La représentation des femmes est plus que proportionnelle dans les services administratifs et les services de soins, et moins que proportionnelle dans les services médico-techniques et techniques où elles sont minoritaires. Les hommes représentent 26,81% de l'effectif total et sont sur-représentés parmi les emplois les moins qualifiés (34,60% des personnels techniques) et les plus qualifiés (29,77% des emplois de cadre). Cette sur-représentation des hommes parmi les cadres ne concerne pas les postes d'encadrement soignant mais plutôt les secteurs techniques et administratifs. Les femmes représentent 73,19% de l'effectif total et occupent respectivement 85,17% des postes de maîtrise, 70,23% des postes de cadre et 65,40% des postes de personnel technique.

² Directrices d'hôpitaux et Infirmières Générales sont formées à l'ENSP. Formation au cours de laquelle promotions, confréries, engagement syndical, etc., forment autant de réseaux particulièrement denses et influents. La position des directrices et des IG est aussi renforcée par le caractère aléatoire, individualisé et faiblement institutionnalisé de leur rôle.

³ 60% du budget de l'hôpital est consacré aux dépenses de personnels. Dans les services, la dotation en personnel qualifié est devenu un moyen de rétention efficace contre les praticiens ou les surveillantes chefs qui ne respectent pas les consignes budgétaires de la direction.

2. Règles d'affectations et d'insertion des personnels soignants

Comme pour tous les stagiaires, mon entrée à l'hôpital a débuté par une rencontre avec la responsable du personnel (pour l'affectation) suivie d'une heure de formation articulée autour des principes de base de l'hygiène hospitalière et d'une description/démonstration détaillée du chariot de ménage¹. Au terme de cette formation, les élèves infirmières ont été accompagnées par une ASH ou une AS sur leur lieu de stage, les autres ont été invités à prendre contact avec la surveillante chef de leur service d'affectation.

Mais pour les stagiaires comme pour tous les personnels hospitaliers, le service et le poste sont négociés avec la surveillante chef du personnel. Négociation où les souhaits du candidat demeurent étroitement encadrés par les propositions de postes (deux ou trois). D'une façon générale, ces propositions renvoient aux requis du poste et de la situation de travail, c'est à dire aux compétences, à l'expérience et aux caractéristiques spécifiées dans le profil de poste établi par la surveillante chef du service. Parmi ces requis, le sexe constitue une caractéristique traditionnelle de la division du travail hospitalier.

Certains postes, services ou fonctions sont présentés comme "convenant plus particulièrement aux hommes". De fait, un agent de service hospitalier se voit généralement proposer des fonctions d'accueil, d'archiviste, de coursier, alors qu'une femme peut légitimement espérer un poste de "faisant fonction d'aide-soignante" dans une unité de soins.

¹ Formation mise en place par la surveillante hygiéniste à la fois pour rendre plus institutionnel l'accueil des stagiaires et pour les sensibiliser aux questions d'hygiène.

Fonction plus gratifiante professionnellement mais qui permet surtout d'accéder plus facilement à une formation qualifiante¹. Aussi, à la différence des femmes pour qui l'affectation est généralement présentée comme un choix, les soignants parlent souvent d'une nomination sous contrainte. La plupart déclarent avoir été "placés d'office" (sur un poste de nuit, de brancardier ou au bloc opératoire) et estiment avoir mis plus de temps que leurs collègues pour obtenir une mutation. Les infirmiers n'échappent pas à ces conceptions traditionnelles. La plupart ont débuté leur carrière dans les services réputés difficiles (voir repousseurs) ou sur un poste de nuit. De fait, les infirmiers exercent essentiellement dans des unités où les contraintes sont plus importantes (physiques et techniques). De la même façon, si les infirmières apprécient la présence d'hommes dans les équipes, c'est moins pour leurs compétences techniques que pour leurs qualités: force physique ou rôle pondérateur qu'ils peuvent jouer dans les conflits au sein des équipes et entre les équipes.

(surveillant de soins, 20 années d'ancienneté)

"J'ai fait un remplacement d'ASH pendant les vacances, j'étais en première à l'époque. J'étais accroché: le milieu de travail, l'ouverture, le rôle social, ça m'a intéressé. Alors j'ai tout arrêté et je suis rentré à l'école de l'hôpital d'Arras. (...) Bon à l'époque c'était encore le mandarinage, on ramassait tout le boulot que voulait bien nous donner l'infirmière. (...)

A l'école, il y avait 10% de garçons et l'ambiance était bonne mais pour les stages, je me souviens la réaction de la surveillante de mon

¹ Il faut rappeler que la proximité avec les services de soins (et avec les malades) est une variable influente dans la décision d'octroi d'une formation préparant à une promotion professionnelle (AS ou IDE). Généralement relégués à la périphérie des services de soins, les hommes ASH ont de fait plus de difficultés à accéder à une formation qualifiante si ce n'est dans les services techniques où elle demeure plus difficile à faire valoir.

premier stage qui jugeait que les hommes n'avaient pas leur place à l'hôpital (..) Au DE, j'ai eu une pose de sonde urinaire sur une femme et une IM, pour l'IM ça été, pour la sonde c'était plus improvisé parce qu'on n'avait pas le droit d'aller dans les salles de femmes (...)

Quand je suis allé me faire embaucher on m'a dit: "les hommes c'est la nuit ou le bloc". J'ai pris la nuit dans un service de médecine. Seul pour 90 malades avec 3 AS et les entrées directes (des urgences). Mais on n'aurait jamais dû accepter des conditions de travail, de qualité de soins, de sécurité comme ça, c'était pas du boulot, mais bon tu vois l'ambiance de travail, un travail qui te plaît. Et à la limite tu mets un point d'honneur à surmonter tout ça, c'est à dire ce qui est insurmontable.

Ensuite, j'ai réussi à obtenir mon changement et quand je suis arrivé ici j'ai été placé de jour mais dans un gros service. J'ai pas eu le choix et j'en ai bavé, j'ai du dégrossir au niveau de ma pratique, de la technique (...) Après j'ai fait la traumatologie et aujourd'hui cardio où j'ai été nommé surveillant au tableau d'avancement. Maintenant je fais tampon entre les chir et les équipes, et depuis les années 1980, les infirmières ne laissent plus rien passer"

Mais en tant que formalisation des tâches et des situations dans leurs dimensions pratiques, techniques et sociales, les profils ne comportent pas tous les requis du poste de travail. Ce que les responsables du personnel appellent "les particularités du service ou de l'unité" fait pourtant partie de l'argumentaire de la responsable du personnel. Ces particularités renvoient essentiellement à la personnalité des collègues de travail.

C'est le cas du praticien ou du chirurgien vulgaire, colérique, machiste, extrémiste dans ses jugements et ses prises de position. Ces "personnages" parfois violents et souvent pathétiques existent à l'hôpital comme ailleurs. Cela n'enlève rien à leur savoir-faire mais ça les rend difficile à supporter pour leurs collaborateurs surtout quand la journée fait dix heures et qu'elle se déroule dans un espace confiné. Etre affecté dans une unité où exercent ces praticiens peut relever d'une forme de sanction¹ ou d'un choix éclairé. Dans le second cas cela suppose une information du candidat et ce, même si les propositions qui lui sont faites reviennent à choisir entre "l'enfer" et le "purgatoire". Pour la responsable du personnel, les propriétés physiques et mentales du candidat, supplantent alors les compétences techniques et l'expérience requise².

Mais à l'hôpital, ces "personnages" ne sont pas toujours des praticiens. Dans un service de médecine interne, les archives étaient gérées par deux ASH. Personne ne pouvait y avoir un poste sans leur assentiment et les demandes devaient être faites selon des normes imposées³. Plus souvent, ce sont des soignants qui, en raison de leur ancienneté, de leurs compétences multiformes ont acquis une certaine autorité leur permettant d'exercer un contrôle sur les affectations. Contrôle effectué à posteriori au cours de la

¹ L'affectation/sanction dans les services ou les unités "difficiles" est essentiellement utilisée vis à vis des ASH et des AS. Elle s'applique aux soignants pour sanctionner des fautes professionnelles répétées, un absentéisme jugé trop fréquent, des problèmes récurrents avec les collègues ou l'encadrement soignant.

² Les soignantes peuvent porter plainte contre les paroles ou les gestes déplacés du chirurgien mais il faut reconnaître que ces procédures sont rares. A contrario, les infirmiers ou les aides-soignants ne portent jamais plainte mais ont généralement recours à l'épreuve physique avec le praticien. Coup de tête ou coup de poing qui sont rarement sanctionnés par la direction du personnel qui y voit là une réponse adaptée. De fait, il faut reconnaître que leur présence tempère les débordements dans les blocs.

³ Anciens de l'industrie métallurgique, ils avaient conservé de leur passé d'ouvrier un certain nombre d'attitudes et de comportements que l'on pourrait qualifier de virils. Médecins et jeunes internes ont été assez nombreux à faire les frais d'une parole déplacée à leur rencontre. La surveillante chef et le chef de service condamnaient mollement les débordements et semblaient plutôt satisfaits de ce mode de fonctionnement.

période d'essai et qui contribue de façon progressive et implicite à intégrer leurs exigences dans les profils de poste. Exigences qui renvoient à des caractéristiques d'ordre affectif mais aussi à une forme de soumission de la nouvelle arrivante à l'autorité d'une ou deux soignantes.

(infirmière de médecine, 8 années d'ancienneté)

" Moi, je me souviens, quand la salle B a fermé, elle est venue nous voir pour nous dire qu'elle voulait travailler avec nous. Sur le coup, on a dit d'accord; mais seulement, le fonctionnement tout ça, ça ne lui plaisait pas trop et bon il y avait des problèmes; tu vois comment elle est, et rapidement on s'est rendu compte que ça pouvait pas coller. Alors on lui a dit: écoute soit tu t'adaptes soit tu pars et elle est partie (...) Mais bon ça, c'est des erreurs d'aiguillage, c'est de notre faute; on aurait pas dû lui dire oui au début. Maintenant avant d'ouvrir le poste, on pose nos conditions avec la surveillante et comme ça il n'y a pas de problèmes".

(infirmière de chirurgie, 11 années d'ancienneté)

"Quand elle est arrivée ici, on se connaissait déjà, elle était venu faire son stage de troisième année dans la salle. Tout s'est bien passé, on s'entendait bien et elle m'avait dit qu'elle aimerait bien travailler ici. Bon, le temps a passé, ma collègue est partie et elle a demandé à venir avec moi. J'étais d'accord, je savais qu'elle était capable d'assurer mais quand elle est arrivée elle avait un peu la grosse tête tu vois. Au début ça a été dur, elle voulait s'imposer, changer ma façon de travailler, (...) Un soir, chez moi, j'ai mis les points sur les "i" et elle a compris. Maintenant, on fonctionne bien mais le problème reste pour elle, tant que je suis là, c'est moi ici et ça peut pas être elle".

Pour l'ensemble des soignants, l'affectation dans une unité de soins est donc à la fois conditionnée par l'apprentissage étagé des savoirs et par l'insertion du candidat dans un collectif de travail. Cette insertion repose essentiellement sur des critères subjectifs qui valident ou invalident son affectation à la suite d'une période d'essai. Certes, la titularisation et l'évaluation (notation) sont du ressort des surveillantes mais là aussi, les collectifs de travail et plus particulièrement les infirmières disposent d'une zone d'initiative importante. Selon l'attitude (bienveillante ou intraitable) adoptée avec la nouvelle recrue, elles peuvent favoriser ou repousser sa titularisation.

Ne pas expliquer certaines procédures, ne pas tenir compte de ses demandes ou ses recommandations vis à vis des patients, ignorer sa présence, minorer ses compétences devant le collègue, sont des attitudes qui destabilisent la jeune infirmière. Elles sont utilisées pour exclure la future collègue de l'unité ou imposer certaines exigences¹. A contrario, masquer les erreurs, "materner" ou guider la jeune recrue dans l'apprentissage des gestes et des attitudes à adopter dans le travail visent à construire un environnement propice à son insertion dans le collectif. Demander à une débutante d'effectuer des gestes difficiles et lui dire "si tu ne te sens pas capable tu peux appeler" sont des façons de la mettre "au pied du mur". Ces mises à l'épreuve sont généralement suivies d'une confrontation à huis clos où l'infirmière expérimentée mène le jeu en alternant les rôles (de protectrice, de professeur, de conseillère), les thèmes (technique, pratique, relationnel) et les styles (directif, humoristique, incisif, compréhensif). A ce titre, elles participent à la fois d'une forme de transmission des savoirs et d'évaluation des capacités (affectives, caractérielles et éthiques) de la future

¹ Bien évidemment, ces pratiques s'appliquent aussi aux AS qui peuvent facilement rendre la vie d'une infirmière totalement impossible et la contraindre à quitter l'unité.

collègue. Capacités qui renvoient à la recherche d'une certaine forme d'équilibre dans l'équipe soignante.

Certes, à l'hôpital les postes libres sont affichés et tous les soignants peuvent déposer une candidature (une "bourse aux emplois" a d'ailleurs été mise en place pour faciliter les échanges de postes au niveau du CHU). Mais les surveillantes savent bien qu'il est difficile d'imposer un candidat sans prendre en considération les systèmes d'affinité et les personnalités dominantes d'une unité. Imposer la présence d'une nouvelle recrue, c'est s'exposer à des conflits qu'il va falloir gérer ou risquer de voir les soignants quitter le service les uns après les autres. C'est sans aucun doute ce qui explique les réticences des surveillantes à assumer la responsabilité de la titularisation des personnels.

(surveillante chef de chirurgie, 10 années d'ancienneté)

"A propos des titularisations, moi je pense que c'est pas notre boulot de prendre cette responsabilité tant au niveau des équipes que des implications pour les malades. Et vous voyez bien les problèmes qu'on a eu en salle C (...) Elles sont attachées à leur mur, leur petite équipe. OK, mais dès qu'on y touche... Pourtant, elle était bien la petite. Mais non elle ne leur convenait pas OK, mais c'est pas la peine de faire tout ce cirque. Et faut être vigilant quand elles sont comme ça parce que ça peut tourner au mouvement de masse, il y en a une qui part et tout le monde doit partir avec elle. Et généralement elle y arrive, c'est ce qui s'est passé à l'isolement, en un an de temps j'ai renouvelé mes 10 infirmières. Moi quand c'est comme ça je dis qu'elles font du mauvais esprit. C'est un vrai problème et c'est pour ça que j'ai travaillé sur le processus d'intégration des IDE et des AS. Avant de décider, il faut

voir ce qu'elles ont dans le ventre. Aujourd'hui on fait des mises au point avec les filles; ça permet de réorienter différemment l'infirmière. Parce que avant, elles (les autres infirmières de l'unité) disaient, elle est pas faite pour ici et elle était saquée à la base, larguée, un échec quoi. Bon maintenant si ça ne correspond pas, elles sont testées dans un autre service pour ne pas avoir de catastrophe au niveau des avis pour la direction. Si au bout de deux mois ça marche, on fait un contrat et c'est parti".

De fait, l'affectation dans une unité s'apparente souvent à une forme de cooptation. Les candidats deviennent des "pressentis" à qui on propose un poste sous réserve d'une validation par les autres membres du collectif. Cooptation qui existe aussi chez les cadres infirmiers mais pour des raisons différentes, notamment celle de la promotion professionnelle "au tableau d'avancement". Après plusieurs années dans les services d'hospitalisation, les surveillantes rejoignent l'administration de l'hôpital ou plus récemment la direction générale du CHU. Ces règles traditionnelles de progressions de carrière existent dans d'autres administrations mais ce qui est sensiblement différent dans le cadre de l'hôpital c'est le rôle et l'importance fonctionnelle qu'ont pris ces dernières années les cadres administratifs et soignants des établissements comme ceux de la direction générale du CHU. Une direction générale qui, par sa démarche stratégique, a voulu responsabiliser chaque direction d'établissement et plus particulièrement les cadres qui gèrent ces "filiales" de façon plus ou moins autonome.

3. Description de l'espace architectural de deux services hospitaliers

Le service de chirurgie accueille essentiellement des patients devant subir une intervention d'ordre thoracique, digestive, abdominale, vasculaire, gynécologique¹. Il est divisé en deux secteurs d'une capacité d'accueil respective de 30 et de 40 lits. Cette division administrative, budgétaire et médicale (4/7ème et 3/7ème) tient au fait que l'un des chefs de service exerce dans un autre service de chirurgie thoracique. Cette double direction médicale est source de tensions entre les chirurgiens mais surtout, elle rend le respect des quotas (établis par type d'opération) et la planification des entrées délicates. Les phénomènes de "bourrage" (trop de patients pour le nombre de places disponibles) sont fréquents notamment avec les entrées provenant des urgences (les chirurgiens sont de garde une journée sur deux). La durée moyenne de séjour est de huit jours, mais certains patients restent plusieurs mois ou reviennent régulièrement.

Le service comprend: la consultation, les blocs opératoires avec la salle de réveil et la réanimation, une unité d'isolement² (qui accueille essentiellement les malades privés des chefs de service) et les quatre autres unités disposées en étoile autour d'une rotonde centrale. Comme dans tous les services de chirurgie, les externes sont au bloc le matin et fréquentent peu les unités. Les internes sont au bloc en permanence³. Les deux anesthésistes (un homme et une femme) sont les seuls médecins à avoir des contacts réguliers avec les soignants des unités. La majorité des infirmières

¹ Il s'agit là d'une orientation, ce qui ne veut dire qu'en pratique les chirurgiens continuent à prendre du "tout venant".

² La dénomination "d'isolement" fait référence à l'aménagement des unités du service. A l'origine, seule cette unité disposait de chambres individuelles sur les portes desquelles était inscrit le nom du patient et celui du chef de service.

³ Les chefs de service opèrent les malades privés ou les "beaux cas". Les autres sont opérés par des internes encadrés par d'autres internes plus expérimentés, eux-mêmes encadrés (pour certaines opérations délicates) par un chef de clinique ou un agrégé.

a 5 années d'ancienneté mais parmi les soignants (40 IDE, 40 AS et ASH) un petit groupe a plus de 10 années d'ancienneté. L'encadrement soignant est composé d'une surveillante chef et de quatre surveillantes de soins dont le travail n'est pas facilité par la double direction médicale du service.

Le service de médecine accueille des patients atteints de pathologies liées à l'appareil digestif. Une partie des patients provient du service de chirurgie sus nommé, la majorité, de la consultation du service ou des urgences. La durée moyenne de séjour est de 15 jours et une grande partie des patients sont des "habitués". Ce service de 85 lits est réparti sur trois étages placés sous la responsabilité médicale d'un praticien hospitalier. Un secteur médico-technique (laser et bloc opératoire), un secteur d'HPDD, un secteur d'hospitalisation regroupé sur un étage.

Le secteur d'hospitalisation comprend: une consultation, une unité d'endoscopie, une unité de nutrition parentérale et trois unités de soins (dont une de réanimation) disposées en étoile autour d'une rotonde centrale. La particularité du service est liée au chef de service qui, après y avoir fait ses études, a été nommé à la suite de son père. La surveillante chef est l'épouse du chef de service et l'une des surveillantes de soins (il y en a 3) est mariée avec un praticien hospitalier du CHU. L'histoire du service, le type de pathologies et l'encadrement lui confèrent un caractère "familial". Le travail des cadres infirmiers et des soignants est à la fois facilité par les relations entre la surveillante chef et le chef de service mais aussi fortement encadré par cette direction médico-soignante familiale. La programmation des entrées ne pose pas de problèmes. Comme dans tous les services de médecine, les externes sont présents dans les unités avec l'interne qui les encadre. La majorité des soignants (25 IDE, 40 AS et ASH) a plus de 10 années d'ancienneté.

Situés dans des ailes différentes de l'hôpital, ces services s'inscrivent dans une configuration architecturale identique¹. On y arrive par un escalier ou en utilisant l'un des deux ascenseurs dont les portes s'ouvrent sur un large couloir. Au plafond sont fixées deux pancartes rouges qui indiquent la spécialité du service et le nom du chef de service². De chaque côté des ascenseurs, des portes battantes permettent d'accéder à deux unités (nutrition parentérale et au secteur d'endoscopie en médecine ou l'unité d'isolement et la réanimation, la salle de réveil, le bloc opératoire en chirurgie. Cette première partie regroupe donc des lieux d'hébergement et d'interventions techniques (endoscopiques ou chirurgicales).

Elle est séparée du reste du service par un large couloir éclairé artificiellement où une enfilade de portes s'ouvrent sur des bureaux (surveillantes, chef de service, secrétariat) et des pièces de rangement (matériels, archives). Au bout de ce couloir, une porte vitrée s'ouvre sur un espace circulaire au centre duquel se trouve la rotonde (grand bureau circulaire occupé par l'hôtesse d'accueil). A la périphérie, des portes partiellement vitrées donnent accès aux quatre unités de soins, à la pharmacie, à l'office, à la salle de réunions. Le couloir et la rotonde constituent la partie logistique du service, les allées et venues y sont incessantes de 6h30 à 21h. C'est aussi une partie ouverte au public.

Les quatre unités de soins situées autour de la rotonde étaient à l'origine des salles communes recevant la lumière du jour. Mais les rénovations partielles survenues depuis les années soixante-dix en ont

¹ La description est commune aux deux services et ne tient pas compte des variantes d'aménagements qui seront évoquées par la suite.

² Dans les services rénovés, les noms des "patrons" ont disparu des bureaux, des pancartes, des chambres où étaient traditionnellement hébergés les patients privés ce qui a créé un certain émoi parmi les praticiens.

progressivement modifié l'aménagement. L'ensemble est aujourd'hui assez hétéroclite, le mobilier laissé par les Augustines et celui des années soixante côtoient les appareils dernier cri¹.

Deux unités disposent de boxes vitrés à mi hauteur (de deux ou quatre lits) ou de chambres individuelles aux cloisons pleines dont les portes s'ouvrent sur un couloir exigü². Les sanitaires collectifs ont été conservés. La salle de garde (restée en fond de salle ou réaménagée à l'entrée de l'unité) est devenue une pièce aveugle qui ne permet plus de voir les patients. Les deux autres unités ont été moins affectées par les rénovations. A l'entrée se trouvent les sanitaires collectifs (toilettes, lavabos, une douche et une baignoire communes aux deux unités) puis quatre chambres individuelles séparées par un couloir étroit et sombre. Réduit qui débouche sur la salle commune où de larges fenêtres laissent entrer la lumière du jour. Les lits des patients y sont ordonnés de part et d'autre d'une allée centrale qui est à la fois un lieu de circulation, de rencontre et d'échange. Le "fond de salle" est réservé aux soignants de l'unité. Il est compartimenté en trois pièces aux fonctions distinctes qui forment un "U". Les deux premières se font face et sont utilisées respectivement par les infirmières (pour réaliser les préparations, stocker les médicaments, les kits jetables, etc.) et par les aides-soignantes (pour effectuer les préparations, les désinfections, la vaisselle et ranger leur matériel). A l'extrémité, séparée du reste de l'unité par une double porte battante, se trouve la salle de garde. C'est une pièce mixte avec d'un côté un coin repos (table basse, cafetière, four, réfrigérateur, fauteuils, cartes postales accrochées au mur) et de l'autre un bureau (avec les dossiers des patients, le téléphone, les classeurs des

¹ Dans le service de médecine, les meubles des Augustines et les crucifix ont été conservés.

² Dans ces unités, il est difficile de sortir les lits des patients. Le couloir est trop étroit pour qu'un brancard et un chariot d'infirmière puissent se croiser. Tout déplacement de malade implique donc de nombreuses manipulations.

infirmières, les protocoles affichés au mur). La pièce est claire et offre une vue sur l'extérieur. Elle permet d'être à l'abri des regards tout en ayant la possibilité de surveiller par l'encadrement de la porte ce qui se passe dans la salle commune.

Quelle que soit la configuration spatiale (chambres ou salles communes) chaque unité dispose de lieux qui favorisent les rencontres (couloir, sanitaires collectifs, salle commune) ou qui limitent la communication interindividuelle (fond de salle, salle de garde, salle d'examen, chambre individuelle). A la fois lieu d'hébergement et de travail, l'unité constitue le territoire¹ des soignants.

4. Espace vécu et territoire investi par les usagers

Cette présentation laisse entrevoir différents espaces dont la distribution et la programmation fonctionnelle de base sont assujetties aux techniques opérant sur le corps des patients. Dans un même service, les exigences de gestion des soins et des soignés font coexister des lieux d'hébergement, de circulation, de consultation, d'intervention, de préparation, de repos avec des espaces logistiques, techniques, soignants. Lieux et espaces où les conceptions et les objectifs des personnels et des malades se rencontrent mais ne se ressemblent pas. C'est dans une perspective inspirée de l'éthologie que l'incidence de cette distribution spatiale pour les co-actants sera évoquée.

¹ "Territoire" est pris dans son sens éthologique, c'est à dire comme un espace géographique propre à un groupe de personnes et caractérisé par des limites et la qualité "d'intrus" appliquée à celui qui les franchit.

L'observation de la vie des services montre que ces lieux sont personnalisés par les usagers (personnels et patients). De nombreux auteurs ont relevé ces comportements particuliers d'appropriation¹ et la place qu'occupent les lieux investis dans la création de normes collectives. A ce titre deux remarques d'ordre général doivent être faites:

- la présence des surveillantes dans les unités de soins reste rare, leurs absences du service fréquentes². Dans les deux services, le contrôle de l'encadrement direct porte moins sur le travail effectivement réalisé que sur le respect des horaires et la quantité de matériel consommé³.

- la proximité avec les patients et l'intervention sur le corps du patient constituent des variables influentes qui se surajoutent à la hiérarchie des personnels hospitaliers. L'ASH faisant fonction d'aide-soignant se place devant l'aide-soignant brancardier. Le brancardier devant la secrétaire médicale. Le chirurgien devant le médecin. L'infirmière devant le kinésithérapeute. Les relations de pouvoir entre les personnels, y compris les rapports à l'autorité légitime, sont travaillées par ces variables.

Dans ce contexte, l'affectation "réservée" devient un signe fort de la constitution, de l'existence et de la vie du groupe, en particulier pour les personnels qui n'interviennent pas directement sur le corps des patients. Alors que la majorité des cadres infirmiers de cet hôpital partage le même

¹ Pour exemple P. Bernoux, Un travail à soi, Toulouse, Privat, 1981. D. Mothé, Militant chez Renault, Paris, Seuil, 1965. R. Linhart, L'Établit, Paris, éd. Minuit, 1978

² Les réunions avec l'IG sont quotidiennes dans certains établissements. Les horaires de travail sont ceux du personnel administratif (la plupart arrive entre 8h et 9h dans les services et en reparte vers 17h 30. La nuit (21h - 7H) il n'y a qu'une surveillante pour tout l'hôpital.

³ Dans les deux services, les surveillantes déclarent "ne plus être suffisamment compétentes pour réaliser des soins et donc pour contrôler la qualité des soins effectués par les infirmières". Seul le travail des aides-soignantes et des ASH fait l'objet de recommandations spécifiques et d'un contrôle (notamment le ménage). Le respect des horaires de travail et leur planification demeurent problématiques dans la mesure où une partie des infirmières et des aides-soignantes dispose d'une réserve d'heures complémentaires à récupérer en permanence. D'une façon générale, les surveillantes proposent une planification des horaires de travail qui est ensuite discutée avec le personnel. Les denrées consommées sont elles un sujet de controverses perpétuelles avec les personnels.

bureau exigü et spartiate dans les services rénovés, les surveillantes et surveillantes chefs ont obtenu des bureaux individuels d'une superficie équivalente à celle des praticiens. De façon sans doute plus significative, la première décision d'importance d'une surveillante chef nouvellement nommée a été d'acheter du matériel (bureaux, chaises, armoires, etc.) et de transférer le bureau dans la plus grande pièce du service (pièce qui était destinée aux réunions des médecins). Selon ses propos, il s'agissait "de donner aux cadres infirmiers, les moyens et une place correspondant à leur rôle dans le service". Le transfert est ici "un acte de communication"¹.

Dans le service de chirurgie, les brancardiers se sont appropriés une petite pièce réservée au conditionnement des kits de compresses non stériles (ancienne salle de repos de l'unité). En acceptant d'effectuer ce travail supplémentaire, ils légitiment leur présence et le temps qu'ils passent dans ce qui est devenu pour tout le reste du personnel "leur local" (ils en ont la clef et opposent ce local privatif aux territoires des soignants). En médecine, c'est un vestiaire qui est occupé par les brancardiers. Une chaise, un tabouret et une petite table constituent l'essentiel du mobilier avec les armoires métalliques. L'inconfort du lieu est en partie compensé par sa position stratégique². Situé en face de la rotonde, il permet aux brancardiers d'adopter une position décontractée à l'abri des regards tout en étant proches de l'hôtesse qui centralise toutes les informations les concernant.

¹ De nombreuses surveillantes cadrées ont un comportement similaire dans cet établissement. La plupart étaient assez fières de leur bureau et ne manquaient pas de me le signaler lors de mes visites exploratoires dans les étages.

² Brancardiers et ASH ont formé un groupe qui milite auprès de la surveillante chef pour obtenir un local mieux équipé dans la nouvelle configuration du service qui devrait voir le jour après la rénovation complète du bâtiment. Leur action démontre que l'appropriation n'est pas la manifestation d'un besoin individuel mais qu'il s'agit d'une stratégie possible d'existence du groupe.

Visible en permanence, l'hôtesse perçoit instantanément tous les déplacements, les entrées et les sorties dans le service. Seules, les unités situées à l'entrée du service et les fonds de salle échappent à son regard. Sa position centrale et sa fonction en font une informatrice privilégiée. C'est elle qui reçoit et oriente les visiteurs, passe les communications dans les unités, informe les soignants des entrées, des allés et venues de chacun. La rotonde est aussi "le" bureau de l'hôtesse. Un bureau ouvert sur le service mais délimité par un comptoir circulaire que les soignants ne franchissent jamais en sa présence¹.

L'office occupe un statut particulier. C'est à la fois un vestiaire (pour une partie des soignants), la salle de repos (pour tous les personnels du service) et l'endroit où deux ascenseurs assurent l'essentiel de l'approvisionnement quotidien du service (chariots de linge, de repas, palettes de matériels, de consommables, de produits pharmaceutiques, etc., y sont amenés par les personnels des différents services du CHU). C'est une sorte de zone franche où se côtoient toutes les catégories de personnel de l'hôpital (surveillantes, médecins, étudiants, soignants, ASH, ouvriers, etc.). En médecine, des cloisons vitrées à mi-hauteur délimitent la pièce de repos du reste de l'office. Des tables, des chaises et un four à micro-ondes en font un espace convivial propice aux échanges et fréquenté par tous ceux qui souhaitent faire une pose ou fumer une cigarette. En chirurgie, le bureau de l'économiste (polyvalente qui gère les commandes de fournitures diverses pour le service) constitue le point de ralliement. Les armoires servent de dossiers et tout le monde discute debout. L'absence d'aménagement traduit assez bien l'esprit du lieu et les habitudes locales. A la différence du service de

¹ Avant leur arrivée dans le service ou après leur départ, les soignants s'y installent pour profiter du "point de vue" mais dès que l'hôtesse entre dans le service, ils repassent de l'autre côté du comptoir.

médecine où l'investissement affectif et la dimension esthétique du lieu à beaucoup d'importance pour les personnels, l'office du service de chirurgie reste avant tout un local où l'activité technique prédomine. Les rencontres y sont brèves comme les échanges. De façon significative, la pièce de repos du personnel de bloc (qui est aussi leur vestiaire) ne comporte qu'une table et des bancs en bois fort inconfortables.

Le couloir central est un espace public de circulation que l'on peut opposer à l'intimité des chambres et des lieux réservés, un peu comme dans une rue sans trottoirs, les rencontres et les échanges y sont fugitifs. Selon les moments de la journée, la densité de la population varie de façon erratique, passant de la grosse affluence au calme plat. Seule les patients qui attendent une chambre ou un lit y séjournent plus longuement¹.

5. Contraintes spatiales et vie de quartier des malades

Les patients hospitalisés sortent très rarement des unités en dehors des déplacements planifiés. Il faut dire que l'aménagement des services repose sur le postulat du patient allongé dans un espace limité (la chambre, la salle d'examen, le bloc, etc.)². Les transferts des patients au sein de l'hôpital se font en chaise roulante ou en brancard selon des règles imposées. Quels que soient les capacités ou les souhaits du patient, il doit être emmené en radiologie sur une chaise et en exploration fonctionnelle ou au bloc sur un brancard. Chaises roulantes et brancards sont de ce fait devenus des instruments très convoités à l'hôpital, (leur remplacement est un événement

¹ Bien que cette pratique tende à disparaître, il est arrivé que des patients soient hospitalisés sur les brancards. Cette pratique était très courante dans les deux services jusqu'au début des années 1980. Aujourd'hui, ils restent rarement plus d'une demi-journée dans le couloir. "L'accueil" et donc l'image sont devenus une priorité de la direction générale du CHU.

² La signalétique est conçue pour des personnes en position verticale ce qui explique en grande partie la perte de repère dont sont victimes la plupart des patients hospitalisés.

attendu par les brancardiers qui y imposent les sigles du service et gèrent le parc de véhicules avec beaucoup de parcimonie¹).

D'une façon générale, les unités et les services sont inadaptés aux patients debout ou à mobilité réduite (ce qui est le cas de la plupart). L'absence de refuges dans les couloirs transforme les sorties en un véritable périple et si l'on excepte les sorties encadrées par le kinésithérapeute, la plupart ont du mal à se fixer des objectifs qui pourraient atténuer les douleurs induites par le déplacement². Et ce d'autant plus que les lieux de rencontre réservés aux patients sont rares ou inadaptés dans cet établissement.

Des deux services, seule l'unité de nutrition dispose d'une pièce pour les patients avec des sièges, une table et des revues³. Trop proche de l'entrée du service, elle est rarement utilisée car elle ne permet pas d'être à l'abri du regard des soignants et des personnes qui sortent des ascenseurs. Des aménagements ont bien été réalisés dans les deux entrées principales (poste d'accueil et de surveillance des patients, pièce réservée aux fumeurs, sièges, distributeurs de boissons, de sandwich, de friandises) mais la distance qui les sépare des services rend ces espaces ouverts sur l'extérieur peu accessibles à la majorité des patients⁴. Très sollicités par les soignants, les

¹ Les emprunts sont fréquents et les retours moins nombreux. A la fin de la journée, les brancardiers les recomptent et les alignent près de la rotonde.

² Parvenir à circuler dans les couloirs sans entraver la circulation des personnels hospitaliers ni perdre l'équilibre est un exploit auquel la plupart des patients renoncent rapidement. Le rôle des kinésithérapeutes qui stimulent et encadrent les patients dans les premiers déplacements est déterminant. Ils sont souvent les seuls à prendre le temps nécessaire avec les patients pour évoquer les difficultés, les craintes, les douleurs, etc.

³ Une autre pièce a été équipée d'une télévision en face de la rotonde mais les patients qui s'y aventurent sont rares. D'une part, elle est fréquemment investie par les soignants pour les réunions de service et d'autre part, le confort spartiate des chaises n'incite pas les patients à y séjourner.

⁴ Ce n'est pas toujours le cas. Dans l'ancienne maternité de l'hôpital (petite maternité de trois étages située en centre ville), les femmes avaient investi le hall d'entrée qui était aussi la salle d'attente des consultations. Dans le nouvel hôpital mères-enfants (le plus grand d'Europe) le hall d'entrée est comme l'hôpital gigantesque, mais déserté par les mères et les familles.

patients ne peuvent s'absenter qu'à certaines périodes de la journée (essentiellement en fin d'après-midi) et pour des durées relativement courtes. D'une certaine façon, les patients ont trop de temps et manquent de temps à l'hôpital.

Ces contraintes spatiales et organisationnelles interfèrent sur la vie de quartier des malades déjà fortement conditionnée par leurs capacités et le type de traitement ou d'intervention qu'ils subissent. Mais en dépit de ces conditions défavorables, la plupart ont recréé le cadre d'une sociabilité minimale. Que ce soit dans les files d'attente, à l'entrée des unités ou à la porte des chambres, les patients se croisent, se reconnaissent et des échanges s'instaurent. Les discussions portent essentiellement sur des considérations d'ordre général à propos de la vie à l'hôpital (horaires, conditions d'hébergement, nourriture, bruit, etc.) et de la maladie. Les patients en long séjour évoquent plus souvent leurs doutes quant au diagnostic du médecin, à la prise en charge qui leur est proposée, à la qualité du travail effectué. Souvent confrontés aux expériences extrêmes, ceux que les soignants appellent les "habitués" maîtrisent parfaitement tous les rites et le rythme de la vie à l'hôpital.

La fréquentation régulière des unités leur a permis de rencontrer l'ensemble des soignants qu'ils comparent et classent en fonction de leur dextérité à effectuer les gestes techniques, de leur gentillesse, de leur façon d'expliquer ce qui est fait et reste à faire. Par expérience, ils sont capables de trouver rapidement le bon interlocuteur et d'adapter leurs demandes en fonction des soignants. Dans les unités s'instaure alors une solidarité, voir une intimité entre les patients qui ont suivi le même cheminement, ressenti les mêmes espoirs (de ne pas être vraiment malade ou de guérir) et

supportés les mêmes souffrances. Des liens se créent entre anciens et nouveaux, des petits groupes se forment selon les affinités. Les moments intenses d'entraide, d'assistance succèdent aux discussions et aux jeux qui font simplement passer le temps. Les étapes du parcours du malade et du développement de la maladie (passage au bloc, début et fin de traitement, branchement et débranchement des appareils, sortie et ré-hospitalisation) sont des événements importants qui nécessitent toujours des actions circonstanciées de la part des autres membres du groupe. Fin du traitement, anniversaires et sorties sont souvent l'occasion de petites fêtes. A contrario, un patient qui "va mal" sera réconforté, entouré, aidé et signalé à l'infirmière.

Des réunions s'organisent dans les chambres et s'institutionnalisent pendant les périodes creuses de la journée. Les chambres deviennent alors des lieux semi-privatifs dont l'agencement est rarement modifié (les possibilités demeurent réduites) mais souvent personnalisé par les patients. Jeux, radios cassettes, livres, photos, réserves de nourriture s'exposent sur la table ou sont dissimulés. Les soignants respectent cette intimité, si la plupart connaissent le contenu de l'armoire et du chevet, ils n'évoquent avec les patients que les indices visibles. Ils sont associés à cette vie de quartier quand leur participation est nécessaire (pour détourner les règles de fonctionnement de l'unité¹, pour organiser les fêtes ou pour jouer le rôle de médiateur dans les disputes), mais plus souvent observateurs. D'une part, il y a là une intimité à laquelle ils n'ont pas accès (celle de la maladie et des rapports entre les malades). D'autre part, ils sont les représentants de l'autorité médicale. A ce titre, ils doivent faire respecter un certain nombre

¹ Autoriser un proche à passer la nuit avec un patient sans le déclarer par exemple.

de règles et de procédures parfois en contradiction avec les comportements des patients.

Les salles communes ne permettent pas ces rassemblements discrets car les patients y sont soumis en permanence aux regards croisés des soignants et des autres personnes de l'unité. La promiscuité contrainte et ses désagréments (faible intimité, bruits, odeurs, etc.) en font une forme d'hébergement d'un "autre âge" que certains patients refusent. En sont généralement exclus les mourants¹, les malades "infectés" (malades contagieux) ou trop "lourds", les adolescents, les malades du secteur privé. Cette sélection contribue à homogénéiser la population des salles communes (d'hommes ou de femmes) autour d'un profil moyen où les critères d'ordres thérapeutiques, économiques et sociaux se superposent². Plus uniforme, la population des salles communes est aussi plus facile à appréhender dans sa variété (de comportements, d'origines, d'attentes, etc.) par les soignants.

Mais la salle commune comporte aussi des avantages. La présence quasi permanente des soignants permet une surveillance continue des patients³. Surveillance à laquelle les patients participent en donnant l'alerte (notamment la nuit) ou en interpellant l'un des membres de l'équipe quand quelque chose leur paraît suspect (comportement du voisin, écoulement des perfusions, alarme de machines, etc.). L'intervention est rapide mais surtout elle peut être faite dans de meilleures conditions (lit, table, chevet, fauteuil peuvent être déplacés facilement pour laisser le champ libre aux soignants

¹ Bien évidemment les décès en salle existent mais ils sont rares. Si pour des raisons de place, un patient en fin de vie ne peut être transféré dans une chambre individuelle, des paravents seront disposés autour de son lit.

² Cette sélection/répartition des patients entre les différentes unités est réalisée par l'hôtesse et les surveillantes en fonction des critères cités auxquels il faut ajouter les demandes des patients, la charge de travail et les places disponibles.

³ C'est la raison pour laquelle les unités de réanimation adoptent cette configuration.

et/ou aux machines)¹. La prise en charge des patients s'en trouve considérablement modifiée. Un patient qui souhaite changer de position ou qui ne veut plus rester assis dans un fauteuil le fera généralement savoir (en l'exprimant par la parole ou en montrant des signes de fatigue). Dans tous les cas, son voisin² ou les soignants interviendront avant qu'il tente de changer seul de position. L'appréciation de la situation est différente quand il s'agit de chambres individuelles. A la demande du patient, le soignant répond par une durée ("on avait dit 1h, il reste encore 15 mn après je reviendrai vous remettre dans le lit")³. Or, il n'est pas rare que le soignant tarde à revenir et/ou que le patient refuse d'entendre cette réponse. Les plus téméraires vont alors entreprendre seuls de rejoindre leur lit ou de changer de position. Afin de se prémunir contre ces manoeuvres, les soignants utilisent différentes techniques préventives (pied à perfusion sur roulettes, monitoring ou systèmes d'alarmes divers) ou coercitives (barrières, liens, etc.) qui bloquent les mouvements des patients⁴.

Dans les salles communes, la surveillance permanente et le dialogue permettent souvent d'éviter ou d'alléger ces techniques (seul le bras perfusé

¹ Les patients qui convulsent tombent souvent sur le sol ou se retrouvent en dessous de leur lit. En salle, cela ne représente pas un problème alors que dans une chambre exigüe, il est parfois difficile de maîtriser la personne ou de la sortir de cette posture délicate.

² Rapidement, les patients les plus mobiles apprennent les gestes qui permettent de redresser un patient ou de lui faire changer de position sans lui faire mal.

³ Changements de position et "mise au fauteuil" constituent avec les frictions l'essentiel de la prévention contre les escarres. Les durées s'allongent progressivement selon un déroulement programmé qui ne tient pas compte de la résistance des patients laissée à l'appréciation des soignants.

⁴ Les barrières (fixées de chaque côté du lit) dont les inconvénients sont pourtant bien connus à l'hôpital restent très utilisées (le patient qui veut se lever tombe d'une hauteur plus importante ou reste accroché dans la barrière). Pour éviter ces incidents, les patients sont attachés avec des bracelets en cuir (par les mains et/ou les pieds). Ces techniques coercitives renforcent parfois la détermination du patient à vouloir s'extraire de son lit ou à se libérer de ses liens. Les plus actifs hurlent et à force de gesticulations parviennent à arracher les perfusions avec leurs doigts ou avec les dents. L'ultime recours consiste alors à leur mettre des gants (de toilette) aux mains et à leur scotcher une canule dans la bouche jusqu'à l'épuisement (généralement 24h. ou 48h).

est attaché et les soignants préfèrent les "parachutes"¹ aux barrières plus encombrantes). Le recours à la violence (verbale ou physique) y est aussi moins fréquent car soumis aux regards croisés des collègues, des patients et de l'entourage (18 à 30 personnes selon les heures de la journée). D'un certain point de vue, ce mode d'hébergement implique plus de "confort" pour le patient. Le patient y dispose d'informations en temps réel sur le déroulement du travail des soignantes. Il lui est donc plus facile de choisir le moment adéquat pour interpeller un soignant et pour trouver l'interlocuteur "idéal" (c'est à dire celui qui lui semble le mieux à même de répondre à ses attentes), pour changer d'interlocuteur, multiplier les interlocuteurs pour se faire entendre. L'efficacité de ses interventions s'en trouve accrue. La promiscuité facilite aussi l'apprentissage par le patient de son rôle par imitation auprès des autres malades. Que ce soit dans l'application des prescriptions, la réalisation de certains gestes, l'utilisation du matériel ou la formulation des demandes, la démonstration leur fait gagner beaucoup de temps et d'énergie.

Enfin, le travail soignant et la vie de la salle font spectacle. Ils alimentent les discussions entre les patients mais aussi avec les soignants. Discussions où sont évoqués pêle-mêle la dextérité des soignants, la coiffure de l'interne, les examens, la santé, les accrochages entre les soignants ou avec les malades, les traits de caractères, le temps, etc. Là aussi des groupes se forment selon les affinités. L'entraide est fréquente dans les activités quotidiennes des patients (toilettes, repas, déplacements) et conditionne fortement l'intensité des échanges (les hommes comparent souvent la vie en salle à la caserne). Les magazines circulent et sont

¹ Le "parachute" est un drap roulé qui est passé sous les bras du patient puis lié au dossier du lit ou du fauteuil. Le patient est maintenu mais reste libre d'une partie de ses mouvements ce qui a une incidence directe sur son comportement.

commentés comme les bribes d'informations entendues à la radio ou rapportées par les soignants (la télévision y est interdite¹). L'entourage participe aussi à cette vie de quartier des malades. Au fil des visites, les cercles s'ouvrent et les sujets de discussion sont moins hospitalo-centrés. Quotidiennement une partie du monde des bien-portants est ainsi importée dans la salle et alimente en retour les échanges entre les patients et avec les soignants. D'une façon générale, la vie sociale des patients est assez développée et assure à ce titre une fonction thérapeutique². L'atmosphère "familiale" et la perception sensorielle de l'espace se conjuguent pour atténuer le sentiment d'enfermement et d'isolement des patients. Sans doute plus qu'ailleurs, les départs sont l'occasion de salutations, d'encouragements et de remerciements qui flattent l'ego des soignants. Aussi, à la différence des patients qui attendent les dernières formalités avant leur sortie à l'extérieur de la chambre, ceux des salles restent souvent assis sur leur lit.

La salle commune permet ces confrontations pendant le travail. Les contacts entre les soignants y sont aussi facilités. Les échanges se font par gestes, à demi-mot ou à voix hautes selon le degré de confidentialité recherché. Dans tous les cas, ils se font de face à face ce qui permet de corriger rapidement les erreurs. La réponse à une question posée par l'aide-soignante est entendue par l'infirmière ou l'interne qui peut demander ou apporter immédiatement une précision. Les "redites" sont moins fréquentes

¹ L'entreprise privée qui loue les télévisions aux patients à la journée refuse de placer une télévision dans une salle commune car elle pourrait être regardée par plusieurs personnes. Avant la privatisation, les salles communes disposaient d'une télévision, ce qui impliquait forcément des négociations et des votes pour le programme du soir. Programme ensuite commenté etc.

² Si la vue d'autres alcooliques ne modifie en rien les pratiques d'alcoolisation des patients, elle produit un effet indéniable quant à la perception de la maladie, de ses incidences et des risques encourus. Une crise de delirium tremens d'un patient provoque généralement l'étonnement puis l'effroi de ses congénères quand ils découvrent les différentes phases par lesquelles ils ont passé avant de retrouver une partie de leurs capacités. Si certains refusent de dire leur alcoolisme, ils admettent généralement être "comme les autres patients de la salle". Ce premier pas est parfois décisif.

dans la mesure où un travail fait est aussi vu par les collègues. La coopération/coordination inter-catégorielle est facilitée par la promiscuité des soignants et des malades. La prise en charge des patients y est souvent plus collective.

Les éléments qui viennent d'être évoqués confèrent à la salle commune une fonction homéostatique qui conditionne le travail soignant. Afin de promouvoir, stabiliser et maintenir les échanges, les soignants vont:

- tenter de trouver une répartition optimale des patients dans la salle commune en fonction, des personnalités, des affinités, des capacités, des pathologies. Ce travail de mise en forme de la salle est ici comparable à celui du maître de maison qui dresse un plan de table. Si les exclusions restent rares (mise en chambre individuelle), les déplacements au sein de la salle commune sont fréquents¹.

- stimuler les patients pour qu'ils participent à la vie de quartier soit en jouant le rôle d'entremetteur et/ou en sollicitant leur participation au travail soignant (surveillance du voisin, entraide pendant les toilettes).

Stimuler les patients et rechercher la bonne mise en forme de la salle sont des préalables qui permettent "d'avoir une bonne salle qui tourne bien". D'une manière générale, on peut dire que la salle commune aide à sensibiliser et à cultiver de manière implicite la dimension relationnelle dans le travail alors que les configurations plus programmées et sectorisées spatialement tendent à imposer leur tonalité fonctionnelle et rationnelle aux soignants. De son côté, le patient isolé dans une chambre est plus souvent angoissé. Il perçoit la vie de l'unité à travers ses bruits (de pas, de chariots, etc.). Selon les heures de la journée, il s'attend à recevoir de la visite mais il

¹ L'espace disponible contribue à faciliter ces déplacements, nous y reviendrons plus loin.

est toujours surpris quand la porte s'ouvre. Allongé dans son lit, parfois attaché souvent limité dans ses gestes par les tuyaux, les perfusions, il ne dispose à portée de mains que d'une télécommande et la sonnette. Il a perdu une grande partie de ses repères traditionnels et ne peut compter que sur la bienveillance des soignants pour se redresser ou se lever. Les intervenants se succèdent dans sa chambre parfois avec les mêmes questions ou pour réaliser des activités similaires. La dimension technique de l'intervention des personnels soignants y est vécue comme plus marquée. Il faut dire que voir une lumière rouge qui s'allume sur un tableau électrique (le signal d'appel) ou un patient qui vous attrape la main au passage sont deux événements totalement différents auxquels les soignants n'accordent pas la même importance bien qu'ils renvoient souvent à la même demande. Les tentatives de suicide (et les suicides), les fuites et les accidents y sont d'ailleurs plus fréquents qu'en salles communes. Là où ces salles communes ont laissé la place à des boxes vitrés ou des chambres, les usagers ne peuvent plus compter sur ces rencontres aléatoires, inévitables et quasi permanentes pour communiquer. Exclue de la vie de quartier des malades, les soignants se sont repliés sur la salle de garde qui est devenue leur seul point de rencontre.

6. L'espace communautaire des unités de soins

A la différence des blocs opératoires, des salles de réveil ou d'exploration fonctionnelle qui disposent d'une forte prédétermination au plan de la disposition interne et de la fonctionnalité des lieux, le déterminisme architectural des unités de soins permet des variantes d'aménagement. Ainsi, dans chaque unité, les soignants vont s'adapter aux contraintes et utiliser les ressources dont ils disposent pour agrémenter,

aménager ou transformer ces espaces planifiés en fonction de leur conception de l'exercice hospitalier.

En médecine, les soignants d'une unité ont profité de la réduction du nombre de lits pour modifier la disposition de la salle commune et y installer un salon improvisé avec des fauteuils, une table et des revues récupérés dans le service. Leur démarche est partie d'un constat: l'apathie ambiante des patientes. En dépit de leurs efforts, ils n'étaient parvenus qu'à des résultats ponctuels et limités. Les patientes devaient être constamment sollicitées et aidées pour se lever, se déplacer, se laver, prendre leurs médicaments, etc. Après discussion, ils ont décidé de recréer un salon à l'entrée de la salle où les patientes seraient "mises au fauteuil" pendant la journée. Salon que les usagers de l'unité ont adopté (lors des visites, les familles s'y retrouvent avec les patients, l'interne et les infirmières l'utilisent pour remplir les questionnaires d'entrée avec les patients).

Dans une unité de chirurgie, les infirmières ont réaménagé l'ensemble de l'unité pour qu'elle corresponde mieux à leurs exigences. La chambre située à l'entrée de l'unité a été transformée en salle d'attente pour recevoir les patients en attente d'être hospitalisés dans l'unité ou pour ceux qui vont subir un traitement ambulatoire de chimiothérapie. La chambre suivante est devenue la salle de garde. Un évier, des plaques électriques, un four, un réfrigérateur, des armoires, une table et un bureau constituent l'essentiel du mobilier qu'elles ont réussi à se faire payer (l'essentiel a été financé sur le budget médical du service). Le réduit destiné au rangement du matériel a été aménagé sommairement pour pouvoir y réaliser la préparation des

chimiothérapies¹ et l'ancienne pièce de repos pour recevoir les patients qui suivent un traitement de chimiothérapie (fauteuils, posters, musiques, télévision). Les horaires de travail ont aussi été modifiés selon une planification inspirée des secteurs d'Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée (fermeture le week-end)².

Plus généralement, c'est par touches successives que les collectifs s'approprient, adaptent et redéfinissent la fonctionnalité des unités. Cartes postales, affiches, planning mural, classeurs, boîtes de rangement, disposition (des lits, des armoires, des tables), contribuent à "personnaliser" les unités au point d'en faire des univers domestiques ou tout au moins investis en tant que tels³. Mais le soin qui est apporté à ces aménagements comme à la tenue de l'unité, dépasse le besoin de commodité. Il renvoie à la dimension esthétique dans le travail soignant. Présent dans toutes les activités humaines, ce "sens du beau" prend à l'hôpital un caractère singulier lorsqu'il est exposé et soumis à l'approbation des collègues. Avoir des lits alignés aux plis parfaits, des malades propres et bien coiffés pour une aide-soignante ou des perfusions dont les tubulures forment des courbes régulières sans se chevaucher pour une infirmière renvoient à une satisfaction personnelle, un "art soignant" comparable à celui du compagnon zingueur qui réalise une belle soudure dont la qualité échappe au néophyte. Mais le temps et l'énergie qui sont consacrés à ces exercices de

¹ Le respect des normes de sécurité n'est pas de mise dans cette unité. Les soignantes préparent des chimiothérapies sans "flux laminaire" (boîte hermétique qui permet d'éviter les projections et les émanations des produits utilisés) mais avec des gants en caoutchouc, un masque et des lunettes.

² Les infirmières se sont appuyées sur la mise en place des traitements ambulatoires pour justifier les arrêts du week-end. Pendant plus de dix ans, l'unité a fonctionné comme un HPDD sans en avoir la reconnaissance légale. La surveillante a accepté cette planification des horaires qui lui permet de réduire les effectifs soignants du week-end (et donc d'assouplir sa rotation de personnels).

³ La nuit, les équipes (une IDE et deux AS) reconstituent chaque soir cet univers domestique. Dès que le personnel de jour quitte le service, sièges, matériels, chariots, tables sont disposés près de la rotonde de façon à donner l'illusion d'une salle de repos qui servira de point de ralliement pendant toute la nuit.

style doivent aussi être perçus comme une façon de dire aux collègues le respect et la considération que l'on porte à leur travail.

En ce sens, avoir une salle bien tenue c'est aussi une façon de dire à l'infirmière que tout a été mis en oeuvre pour qu'elle intervienne dans les meilleures conditions possibles et réciproquement, faire un beau pansement (qui va résister aux différentes manipulations du patient), disposer harmonieusement les tubulures, prendre des précautions pour ne pas salir l'environnement des malades, c'est faciliter le travail des aides-soignantes. Ces pratiques s'inscrivent dans une forme de vie communautaire où la nécessité de coopérer renforce l'intensité des relations. Intensité qui complique aussi la tâche de celle qui souhaite intervenir sur les façons de faire des collègues. Car il y a une diplomatie dans la demande et le reproche, difficile à trouver quand les collègues sont aussi des amis que l'on fréquente régulièrement en dehors du travail. Vie privée et professionnelle sont parfois étroitement entremêlées et les conflits prennent rapidement des allures de divorce. Aménagements, biens collectifs et façons de faire permettent aux soignants d'une même unité de marquer un territoire et de se différencier. En ce sens, les unités de soins sont des espaces qui participe à forger leur identité autant individuelle que celle du groupe¹.

Evoquer l'architecture des services à partir de ces subdivisions ne signifie pas qu'il s'agit d'univers imperméables. Les contacts entre les unités existent ne serait-ce que pour des raisons évidentes de circulation d'informations, de transmission de dossiers, de parcours des patients ou d'aide ponctuelle. Dans les moments creux, les soignants se rendent visite ou se rencontrent à l'office. La plupart des catégories de personnel ont établi

¹ E.T. Hall, La dimension cachée, Paris seuil, 1971.

des passerelles entre les unités et les services. Chacun dispose d'un réseau de collègues qui l'informe des mutations, des postes vacants, des problèmes et des contraintes de travail de chacun. Cependant, la cartographie des relations reste fortement corrélée avec les systèmes d'affinités ou les amitiés nouées lors de la formation et du parcours professionnel¹. Bien souvent, ce sont les brancardiers et les polyvalents qui jouent le rôle de messenger entre les unités. Ils rapportent les anecdotes sur les soignants, le chef de service, les cadres infirmiers² et diffusent les tracts syndicaux³. A cela, il faut ajouter qu'il y a des barrières plus difficiles à franchir que d'autres.

Ainsi, les blocs du service de chirurgie sont séparés de ceux du service voisin par une double porte battante. Distants de quelques mètres, ces deux services (qui alternent les gardes) demeurent strictement concurrents. Comme le disent les chirurgiens "on ne passe jamais la main". Un patient admis dans un service ne peut être hospitalisé ou opéré dans l'autre service même si le chirurgien voisin est plus compétent pour réaliser l'opération. Cette règle est assouplie pour le personnel des blocs mais les contacts restent rares. De la même façon, si les infirmières n'hésitent pas à remplacer "au pied levé" une collègue de l'unité, celles qui acceptent de travailler dans une autre unité sont rares. En chirurgie, les infirmières des unités situées

¹ Le gigantisme des établissements rend de toute façon impossible une connaissance exhaustive des différents secteurs, services et unités d'un hôpital. Certains établissements du site sont réputés pour leur dédale de couloirs interminables, d'étages et d'ascenseurs. Il n'est pas rare que les soignants s'y perdent momentanément lorsqu'ils doivent s'y rendre pour voir un patient. Ce gigantisme pose bien évidemment des problèmes de sécurité des installations et des personnes. Il n'est pas rare de croiser des maraudeurs qui ont su profiter de cette situation.

² Les plus anciens ont une connaissance assez fine du fonctionnement des services et des personnels qu'ils ont connu à leur début. Connaissance qui mêle les rumeurs à la vie privée et professionnelle. Cette connaissance est parfois réciproque ce qui atténue le pouvoir que peuvent en retirer les uns et les autres.

³ Au CHU, le tract le plus diffusé et lu était celui de "Lutte Ouvrière". Composé d'une feuille A4 pliée en quatre, il était déposé sur les radiateurs des couloirs empruntés uniquement par les soignants. Un côté de la feuille aborde des sujets d'ordre généraux, l'autre face comporte uniquement des informations sur l'hôpital. Informations précises et nominatives.

autour de la rotonde refusent de remplacer à l'isolement ou en réanimation¹. En médecine, les infirmières de nutrition acceptent de travailler dans les salles pendant les périodes de congés annuels mais la réciproque n'existe pas². Dans tous les cas, la négociation est difficile pour la surveillante car il s'agit de déstructurer une équipe ou d'alourdir sa charge de travail au profit d'une autre équipe³. Parmi les infirmières qui acceptent ces "intérim", certaines le font par curiosité (voir d'autres malades, d'autres façons de travailler, apprendre de nouveaux gestes, etc.) ou en négociant des contreparties (notamment sur les horaires, le choix des congés), mais toutes partagent cette appréhension liée à leur insertion temporaire dans un univers étranger⁴.

Que ce soit en chirurgie ou en médecine, la recherche collective de solutions concernant la prise en charge des patients, les rapports avec les autres intervenants hospitaliers est rare. Dans les services, les négociations se font individuellement ou par unité. Les conflits des années 1980 et 1990 en tant que célébration du groupe des soignants⁵ (dans ses aspects festifs et catégoriels) envers les contraintes habituelles de la vie des services en constituent un contre-exemple. Au delà des revendications (statutaires ou indiciaires), c'est l'ambiance fusionnelle, la transgression, l'implication, la force et la liberté du temps vécu de la grève qui restent aujourd'hui dans la mémoire collective des infirmières⁶. Pour la grande majorité, il s'agissait de la première expérience de lutte. Au niveau des services puis de l'hôpital, des

¹ Pour remédier aux réticences, les surveillantes ont établi un planning des congés par 1/3 pour chaque unité.

² Généralement elles invoquent leur manque de compétences.

³ Ce sont souvent les plus jeunes ou les moins influentes des infirmières qui sont choisies.

⁴ Les temps de pose et les repas sont choisis en fonction de l'équipe d'appartenance. Les discussions portent souvent sur la vie de leur unité d'adoption ou sur leur désespoir d'être exilées.

⁵ Rappelons que les aides-soignantes et les infirmières ont participé de façon égale (au moins dans les premiers mois) au conflit.

⁶ D. Mothé, Militant chez Renault, Paris, PUF, 1981.

réunions et des confrontations inédites avec les collègues se sont mises en place.

Bien que limitées dans leur effets, les démarches participatives ont aussi permis une forme de confrontation/concertation inédite entre les différentes catégories de personnels des services. Pour la première fois, les hôtesse, brancardiers, personnels d'accueil et administratifs d'un même service se sont rencontrés et se sont exprimés collectivement sur des thèmes choisis mais aussi sur leurs conditions de travail. Au delà des buts poursuivis par la direction et l'encadrement, ces groupes ont pour un temps stimulé une forme de vie sur le lieu de travail que les syndicats étaient fort rarement parvenus à mettre en place¹. Des actions transversales ont permis aux soignants de différents services, d'établir des contacts et de travailler ensemble y compris en détournant les objectifs de la démarche². D'une certaine manière, ces groupes de travail ont introduit dans les services le droit à la parole pour une partie des personnels auxiliaires.

¹ Les syndicats n'ont pas attendu le "projet social" pour tenter de mobiliser les travailleurs de la santé sur les conditions de travail mais il faut reconnaître que les groupes de travail ont quelque peu court-circuité leurs interventions. En réponse, des syndicats comme FO et la CGT ont mis en place des groupes de concertations ouverts.

² C'est le cas notamment pour l'établissement étudié où les personnels ont utilisé le "projet social" pour concevoir, mettre en scène et réaliser un spectacle sur leurs conditions de travail.

CHAPITRE 2

Travail médical et travail infirmier : de la coopération à la substitution

Les unités de soins sont séparées du reste du service par une double porte battante utilisée comme une frontière maintenue ouverte, semi-ouverte ou refermée après chaque passage¹. Selon les situations et les moments de la journée, les externes, les internes, la surveillante de soins, les médecins, les kinésithérapeutes, les brancardiers, le coiffeur, le radiologue, l'assistante sociale, etc., interviennent dans les unités. Mais la plupart des personnels consacrent aussi une partie de leur temps dans d'autres secteurs de l'hôpital. Seules les infirmières et les aides-soignantes interviennent de façon durable et prolongée dans les unités. Elles forment un collectif de travail qui est la matrice de tous les systèmes de coopération et d'alliance ponctuelles ou durables. C'est au niveau de ce collectif que s'organise le travail, s'élaborent les règles de vie et les façons de faire. L'interne ou les autres intervenants réguliers sont considérés comme des membres honoraires s'ils participent directement au travail de l'infirmière, ou comme des prestataires de services. La description des deux surveillantes chefs illustre assez bien ce mode de fonctionnement.

(surveillante chef du service de médecine)

"Dans le service, il y a beaucoup de personnalités comme vous avez pu le constater. On a le laser, mais là c'est chez Léon et Daniel. Bon y

¹ Dans les unités où les portes sont maintenues fermées (pour des raisons thérapeutiques ou non) les soignants des autres unités ne peuvent y pénétrer sans autorisation. Dans tous les services, les visiteurs ont intégré ces codes et à l'heure des visites, ils attendent pour la plupart que les soignants les autorisent à franchir cette frontière.

faut savoir que Léon qui est A.S a travaillé vingt ans à l'urgence médicale donc il a vu passer tous les internes qui ne savaient pas faire un E.C.G (électrocardiogramme) (...) c'est lui qui a formé tous les internes à l'urgence, il s'est fatigué, il a maintenant plus de 50 ans (...) Et quand Léon a pris un poste d'aide-soignant et qu'un poste d'infirmier s'est libéré, il s'est empressé de faire venir Daniel sur qui repose toute la responsabilité du laser, c'est lui qui fait tout, les commandes, les horaires, les examens, les dossiers, il s'occupe de tout, c'est l'homme de monsieur B le P.H.U du laser. De toute façon, quand on fait le profil de poste de quelqu'un pour le laser il faut que ça plaise à Léon et Daniel sinon la fille elle reste pas (...). En consultation, c'est Jeanine qui est une grande amie d'Anita (toutes les deux ont mis en place l'unité de réanimation du service), elles ont été infirmières ensemble pendant longtemps (...) elle a plus de vingt ans de maison je crois (...) il faut de la bouteille pour tenir une consultation, on a affaire à beaucoup de médecins, de malades donc il faut faire la loi et elle s'en sort très bien, celles qui n'ont pas de caractère elles laissent tout faire et là ! Bon, là aussi on peut dormir sur ses deux oreilles (...) de toute façon, je ne m'en mêle pas et mon mari non plus, elle mène sa boutique, elle n'est pas surveillante mais elle fait son truc (...). L'HPDD c'est différent, ça tourne mais là il y a d'autres problèmes mais vous savez de quoi je veux parler. Pour les salles, c'est pareil les filles sont sûres, on n'a pas à s'en mêler, de toute façon c'est leur boulot, bon si vraiment il y a des gros problèmes je dis pas (...).

(surveillante chef du service de chirurgie)

(...) Bon ici c'est vrai que c'est un peu plus technique et les infirmières qui sortent de l'école s'y retrouvent un peu plus au niveau du "moi".

(...) Elles ont la vie des gens entre les mains et ça c'est fatigant, c'est un peu pareil en gastro mais moins, d'ailleurs quand elles en ont marre ici, elles vont en médecine. (...) Une infirmière qui a 10 ans de service, c'est un médecin. Ce sont des gens sûrs; au niveau du diagnostic c'est toujours elles qui le font en premier, elles voient arriver le malade, les signes et elles posent le diagnostic. Bon en fait, elles ont pris la place de l'interne dans la salle. Et on doit toujours leur dire de ne pas en faire plus que leur travail, il y a des limites (...) Elles sont plus autonomes que nous avant mais elles posent des questions, ici faut tout justifier, argumenter, expliquer sinon elles bougent pas. C'est comme avec les dossiers de soins ou les prescriptions, dans chaque salle, elles font à leur façon, elles ne notent rien et d'un coup il y a une crise, elles obligent tout le monde à signer sur leur cahier, alors les jeunes médecins ça va encore, mais les vieux eux, ils font plus rien, quand c'est comme ça ils sont bloqués ou ça fait des flammes. C'est la chir ça, il ne se passe rien et tout d'un coup c'est le coup de gueule. Alors là on a l'impression que rien ne marche et puis après ça reprend son cours. Bon mais les dossiers ça c'est un problème, il faut qu'on arrive à harmoniser tout ça parce que quand un patient change de salle, il faut refaire le dossier (...)

Chef de file de cette vie de groupe, l'infirmière donne le rythme au travail, effectue les rappels à l'ordre et les mises au point, assume la responsabilité de la salle et des malades. C'est elle qui autorise les alliances et définit les frontières du collectif, juge les stagiaires ou la nouvelle infirmière. Parmi les infirmières qui se succèdent au fil des postes se dégage souvent une personnalité ou une infirmière "référente" qui règne sur l'unité de façon plus ou moins autoritaire et tire une partie de son pouvoir de

la maîtrise des rapports croisés avec l'encadrement soignant et les praticiens¹. Le travail de nuit n'échappe pas à cette règle. Là aussi, c'est l'infirmière qui décide du sens du travail, des poses et de leur durée. Pour un aide-soignant "faire une nuit avec l'infirmière X ou Y" c'est bien souvent changer de métier. Travailler dans un service de réanimation peut alors signifier faire des changes complets et préparer des perfusions toute la nuit ou effectuer les mêmes gestes que l'infirmière. L'arrivée d'une nouvelle surveillante peut modifier sensiblement cet agencement mais plus souvent elle préfère éclater progressivement les équipes avant d'intervenir sur les habitudes, l'organisation ou la répartition du travail. Les infirmières récemment nommées ou celles qui se retrouvent "isolées" à la suite d'un changement d'équipe sont contraintes de s'y conformer et d'agir à la marge en attendant le départ des plus anciennes ou à défaut de changer d'unité.

Comme nous avons tenté de le montrer dans le chapitre précédent, l'unité de soins constitue le territoire des collectifs soignants. C'est dans ces unités que les soignants exercent leur activité. Lieu d'hébergement, c'est aussi l'atelier des infirmières et des aides-soignantes. Avant d'y entrer le matin, toutes les équipes assistent aux transmissions avec l'équipe de nuit. Une partie n'est pas encore en tenue de travail et parfois pas encore vraiment au travail, les autres ont eu le temps de passer au vestiaire mais ont parfois du mal à se mettre au travail. Une fois les transmissions terminées, chacun rentre dans son unité et n'en sort que fort rarement avant la fin de la journée.

¹ Ce terme n'est pas excessif, j'ai été confronté à ces infirmières despotiques ou trop maternelles ce qui rendait toute observation participante illusoire. Comme pour l'ensemble des soignants qui débute dans une équipe, le sociologue doit plaire à l'infirmière référente, démontrer ses capacités professionnelles ou disposer d'un solide réseau de relations, c'est à dire être coopté par d'autres infirmières référentes. La reconnaissance que confère cette position dans le service, (voir dans l'établissement) explique en grande partie leur ancienneté et la stabilité dans leur parcours professionnel.

Des unités de soins où la configuration spatiale, les techniques utilisées, les pathologies rencontrées, les rapports aux usagers (soignants et patients), etc., sont autant de requis de la situation de travail qui imposent des exigences et conditionnent les opportunités des soignantes. Travailler dans une unité de nutrition parentérale, dans une consultation, au SMUR, en réanimation, dans un bloc opératoire ou une salle commune exige des compétences et des savoirs spécifiques. Au delà des différences de degré dans l'utilisation des techniques (parfois fort relatives), il faut reconnaître que certaines infirmières n'exercent pas le même métier.

Celles dont nous parlerons dans les pages qui suivent sont essentiellement les infirmières qui exercent dans les unités de soins. Les infirmières du bloc opératoire, de la consultation et des secteurs médico-techniques ne seront évoquées que pour souligner les différences. D'une part, ce sont des secteurs où, par manque de compétence, il était impossible de réaliser une observation participante selon les règles fixées à l'origine. D'autre part, il s'agit ici moins de relever ces différences dans un souci d'exhaustivité que de tenter d'appréhender ce qui fait l'unité des tâches attribuées aux infirmières dans ces deux services. Après l'avoir défini, c'est la façon dont les soignants s'organisent pour réaliser ses activités qui sera évoquée.

1. Rituel médical et routine de la programmation

Soucieuse de la bonne tenue et de la respectabilité de "la salle", l'infirmière est aussi la représentante de l'autorité et du savoir médical auprès des patients. Et s'il y a une différence entre la chirurgie et la médecine, c'est moins au niveau de la programmation et de la nature des

soins (dans les deux services, les infirmières sont soumises aux mêmes exigences et les gestes techniques sont différents mais tout aussi spécialisés) que des rapports qu'elles entretiennent avec le travail médical.

Le "tour" des praticiens représente l'essentiel de leur temps de présence dans les unités (20 mn en moyenne). Cette visite quotidienne est moins destinée au suivi fort approximatif du travail effectué dans les unités qu'à réévaluer les prescriptions et les protocoles. En chirurgie, ce sont essentiellement les pansements que le chirurgien soulève pour regarder la plaie, en médecine ce sont les résultats des examens et les radios. Les "beaux cas" sont parfois exposés devant la rotonde ou dans la chambre du patient mais l'auscultation reste exceptionnelle. Quand elle a lieu, elle se veut essentiellement démonstrative. La palpation est réalisée par le praticien parfois reproduite par un étudiant mais elle sert surtout à appuyer un raisonnement.

Des étudiants qui se contentent d'approuver en silence les bribes qu'ils perçoivent de ce monologue¹. Les questions sont rares et seules les blagues du patron sont relevées. Comme dans tous les cours magistraux, l'intérêt pour la matière est aussi conditionné par le talent de l'orateur. Certains chirurgiens attirent les étudiants, d'autres trop longs ou moins talentueux dans leurs exposés finissent souvent seuls. Pour la majorité des étudiants, il s'agit avant tout de finir le tour sans tomber sous le joug des "colles" du chef de service. Un chef de service pour qui l'interne "pressenti" (généralement celui à qui il a confié une consultation) et l'infirmière "référente" sont les

¹ La densité des étudiants est telle dans les chambres que seuls les premiers peuvent voir quelque chose. Selon les périodes, il peut y avoir jusqu'à une quinzaine d'étudiants dans la même chambre. En moyenne c'est plutôt une dizaine de personnes qui circule d'unité en unité pendant une heure par jour.

interlocuteurs privilégiés¹. C'est à eux qu'il a délégué la tâche de faire fonctionner l'unité mais il leur est difficile de remettre en cause le diagnostic du chef de service et le travail prescrit. Dans tous les cas, ils doivent intervenir pendant le cours sans perturber son déroulement et le faire avec tact.

Il y a cependant une inégalité entre ces deux soignants. L'interne est noté sur sa prestation médicale ou chirurgicale ce qui le contraint à une certaine forme de respect vis à vis du "patron". L'infirmière est permanente dans l'unité. Et si la plupart ne disent rien pendant le tour, c'est moins par respect vis à vis du chef de service que parce qu'elles considèrent le "tour" pour ce qu'il est: un cours pour les futurs médecins. Un cours suivi par les jeunes infirmières ou les stagiaires avec intérêt mais que les plus anciennes considèrent souvent comme une perte de temps. Une coupure dans le déroulement de leurs activités. C'est la raison pour laquelle une partie des infirmières mandate l'interne de l'unité pour prendre les prescriptions ou invoque le manque de temps pour ne pas participer à ce rituel de la vie des services hospitaliers.

Mais ce qui pourrait être interprété comme un désinvestissement des chefs de services et plus généralement des responsables médicaux dans l'activité des unités de soins s'explique essentiellement par le découpage du travail médical à l'hôpital. Avant d'être admis dans le service, chaque patient a déjà été ausculté par un médecin une ou plusieurs fois selon la filière qu'il a empruntée. Dans les deux services le patient peut:

¹ La visite tourne parfois au colloque singulier entre l'infirmière et le praticien qui échangent des informations sur les patients, les articles spécialisés, les nouveaux traitements, les vacances sans tenir compte des étudiants qui les suivent dans toutes leurs pérégrinations. Dans certains services, le chef de service refuse de faire le tour si l'infirmière n'est pas présente ce qui entraîne des situations cocasses où la troupe des étudiants et le patron attendent regroupés à l'entrée de l'unité que l'infirmière puisse se libérer ce qui n'est pas toujours possible.

- être envoyé par un autre service qui sollicite une prise en charge spécifique. Pour une partie de ces patients, il s'agit d'une étape logique et planifiée de leur prise en charge (ils sont définitivement admis). Pour d'autres, la décision reste soumise à une réévaluation qui s'appuie sur les résultats d'analyses et d'examens (ils sont partiellement admis). Enfin, la dernière catégorie est constituée de patients admis à partir d'un marchandage entre médecins ou services (ils sont secrètement admis)¹.

- être transféré d'un autre établissement (privé ou public) par un confrère qui n'assure pas l'activité spécialisée du service.

- être admis à la suite d'un passage par la consultation du service.

Dans tous les cas, il a subi un certain nombre de prélèvements et/ou d'examens spécifiques (souvent les mêmes), consignés pour partie dans son dossier médical, qui ont décidé de son admission et pré-défini son parcours dans l'institution. C'est aux personnels soignants des unités que revient la responsabilité du bon déroulement de ce parcours.

Ce parcours, avec la généralisation des différentes procédures d'évaluation (questionnaires d'entrée, grilles d'évaluation des patients et d'interprétations des résultats, etc.) et des protocoles de soins, est devenu une routine. Si les résultats sont ceux escomptés, le parcours se poursuit jusqu'à la sortie du patient. S'ils s'écartent sensiblement des normes, le protocole est modifié à la marge. Si l'écart est trop grand, le protocole est changé (selon des procédures établies pour chaque unité). C'est la raison pour laquelle le praticien ne rencontre pas chaque patient. Seuls les malades "privés" ou ceux pour lesquels le traitement, les suites opératoires ou le diagnostic posent problème doivent être signalés et éventuellement rencontrés. Si au cours de la visite, l'infirmière ou l'interne n'intervient

¹ Le patient est admis dans le service mais pour des raisons de quota ou de budget, il est administrativement enregistré dans un autre service.

pas, les prescriptions seront reconduites ou modifiées à la marge selon un processus défini pour chaque type de pathologie. Dans ce mode de prise en charge thérapeutique, l'incertitude existe toujours mais elle ne trouve bien souvent que des réponses standardisées. Les examens et protocoles sont multipliés et/ou refaits avant qu'une réflexion clinique s'engage autour de l'orientation du patient dans le service et des choix thérapeutiques qui ont été faits. Le rôle de l'entourage, du patient et des soignants est alors déterminant dans la prise de décision du praticien qui va accepter de se pencher sur un "cas litigieux" ou de "passer la main" à un autre service¹.

2. La chirurgie

En chirurgie, chaque patient admis dans le service rencontre d'abord l'hôtesse qui prévient le personnel de l'unité où il doit être hospitalisé. Ceux dont la date d'entrée est programmée sont généralement pris en charge par l'aide-soignante qui les accompagne jusqu'à leur chambre, fait l'inventaire² et prévient l'infirmière. Pour les patients transférés directement de la consultation ou d'un autre service, l'hôtesse choisit l'unité en fonction des places disponibles, des entrées/sorties programmées, des recommandations du médecin ou de la surveillante et de sa perception de la charge de travail dans les unités. Un choix qui peut être contesté par les personnels de l'unité. C'est alors l'infirmière qui se déplace, consulte le dossier médical, questionne le patient sur les raisons de son hospitalisation et éventuellement l'ausculte rapidement. En fonction de ces éléments (le patient relève de sa

¹ Le temps de réaction de l'institution soignante vis à vis des cas qui sortent des répertoires classiques du service est parfois assez long. Une mauvaise orientation est généralement difficile à corriger en pratique.

² Chaque entrée fait l'objet d'un "inventaire" signé par le patient où est répertorié l'ensemble des vêtements ou objets apportés par le patient. Les objets de valeur seront généralement consignés dans le coffre du service.

spécialité ou non) et au motif d'une répartition plus égalitaire de la charge de travail entre les unités, elle va tenter de refuser le patient.

Ces "marchandages" se font toujours en présence du patient et à la ronde. La surveillante chef est souvent sollicitée par l'hôtesse pour jouer le rôle d'arbitre entre les infirmières (le problème des entrées non programmées étant récurrent dans ce service, les discussions sont parfois vives). Les résultats de ces tentatives du contrôle du flux de travail sont fort aléatoires et peuvent aller du refus à des formes de compromis (échanges de patients déjà hospitalisés ou qui vont l'être, patients hébergés plus ou moins provisoirement par une autre unité, entrée reportée).

Une fois le patient admis dans l'unité, l'infirmière remplit le questionnaire d'entrée (antécédent, renseignements d'ordre physiologiques, histoire thérapeutique du patient, etc.) et ausculte le patient. En fonction de son diagnostic et des données contenues dans le dossier médical¹, elle met en place le protocole de soins correspondant (demandes d'examens, prélèvement, préparations pour l'opération) sans attendre la visite du chirurgien ou de l'interne. Une partie des patients ne rencontrera d'ailleurs aucun médecin avant leur entrée dans le bloc². Les autres seront généralement vus par un chirurgien qui confirmera le diagnostic et signalera oralement les examens et/ou les traitements complémentaires à mettre en place avant l'intervention qui seront partiellement consignés dans les

¹ Le dossier médical du patient est en réalité une grosse enveloppe qui va suivre le patient tout au long de son hospitalisation avant de rejoindre les archives du service. Elle comprend des données d'examens, des radios, IRM, résultats d'analyses, comptes rendus, antécédents, feuilles de sécurité sociale, étiquettes d'identification du patient (sigma) etc. Le poids de l'ensemble est souvent révélateur du parcours déjà effectué par le patient.

² C'est le cas pour les opérations peu importantes qui ont été planifiées avant l'hospitalisation. Avant d'entrer dans le service, le patient aura déjà rencontré un chirurgien et un anesthésiste en consultation.

classeurs infirmiers¹. Théoriquement dévolues aux externes et aux internes, les tâches administratives de prise de rendez-vous et de coordination d'examens auxquelles il faut ajouter le recueil des informations médicales, la mise à jour des classeurs et des dossiers médicaux, les différents travaux d'écriture (feuilles de liaison entre les services et les unités, commandes diverses) qu'impliquent l'entrée d'un patient reposent ici entièrement sur les infirmières. Selon le flux des entrées/sorties et la complexité des parcours des patients, stylo, classeur, téléphone et ordinateur sont des instruments de travail de l'infirmière qui peuvent supplanter la seringue et le stéthoscope (c'est le cas en consultations où le travail de secrétariat, de mise en relation des différents intervenants, de suivi des parcours, des rendez-vous, etc., occupent une place prépondérante). La plupart des infirmières intercalent ce travail de secrétariat entre leurs activités programmées. Beaucoup regoupent les travaux d'écriture à la fin de la journée. Toutes considèrent ces tâches comme peu gratifiantes et cherchent à minimiser le recours à l'écrit soit en demandant aux internes d'y participer, soit en ne remplissant pas les dossiers de soins. Là aussi, l'adoption de "Chartes graphiques" dans les établissements atteste d'une volonté de rationaliser les écrits pour contrôler l'action et fournir des preuves du respect, à chaque étape du parcours du patient, des normes spécifiques de production. Et ce sont essentiellement les surveillantes et les infirmières qui sont mises à contribution pour effectuer ces recueils de données. "Scribes" des chirurgiens, les infirmières sont aussi la mémoire de la prise en charge thérapeutique des patients.

¹ Les classeurs infirmiers comportent en théorie trois feuilles pour chaque patient (rose, verte, bleue). Elles sont utilisées respectivement pour les traitements, les examens et les soins infirmiers. Dans ce service, les infirmières n'adoptent pas toutes cette formule type dans la mesure où elles sont souvent les seules à les utiliser et à les consulter. Prescriptions, traitements et examens sont rarement paraphés par les médecins. Le statut juridique accordé à l'autographie ne peut s'exercer dans ce service.

Ainsi, après l'opération l'infirmière examine le patient, consulte le compte-rendu du bloc (si il existe), réalise le pansement, met en place les protocoles de soins et de surveillance. Selon les situations, elle adapte le déroulement des protocoles ou modifie certaines parties du traitement. Parfois, l'anesthésiste du service apportera lui aussi quelques modifications dans le traitement (généralement il les note sur la feuille de température du malade placée au pied du lit). Seules les plus importantes et les changements de protocole seront évoqués lors de la visite de l'interne ou du praticien qui a effectué l'opération. Les échanges se font généralement debout dans le couloir ou la salle de garde. Ils sont toujours brefs, précis et essentiellement chiffrés. L'infirmière donne les résultats qui ont justifié le changement de prescription, le médecin questionne l'infirmière pour obtenir d'autres résultats et délivre éventuellement d'autres prescriptions.

Cela ne veut pas dire pour autant que les chirurgiens se désintéressent totalement du travail qui a été fait, mais la plupart ignorent presque tout du fonctionnement des unités (mode de classement des dossiers, procédures administratives, soins, etc.). Plus ou moins conscients des responsabilités confiées aux infirmières, ils respectent souvent leurs conseils et répondent à leurs demandes. En contrepartie, ils souhaitent surtout ne pas être trop sollicités. C'est notamment le cas des internes de chirurgie. Cheville ouvrière des blocs opératoires, ils y passent toute la journée et se rendent dans les unités uniquement pour consulter un dossier ou se reposer. Par expérience, ils savent qu'il est préférable de ne pas s'exposer à l'hostilité d'une infirmière au risque de compromettre fortement la disponibilité dont ils disposent.

En chirurgie, ce sont les deux médecins anesthésistes qui remplissent le rôle de surveillance du travail médical effectué dans les unités. Anciens dans le service, ils n'ignorent rien des différentes pathologies qui y sont traitées. Partagés entre les blocs, les consultations et les unités, ils répondent aux demandes des infirmières quand elles leur paraissent justifiées. Des infirmières qui, de leur côté, ne doivent pas sous-évaluer la gravité d'une situation ce qui rend ce travail de signalement délicat.

(Notes de terrain: après-midi de semaine en chirurgie générale)

Nous sommes trois (deux infirmières, un aide-soignant). Fin de garde, un malade ne va pas bien. En fond de salle, tout le monde évoque son cas, se pose le problème de la nuit. Une infirmière dit: "si on le laisse ici, ils (l'équipe de nuit) vont pas pouvoir le surveiller; moi je pense qu'il faut le mettre en réa". Elle appelle l'anesthésiste qui propose d'attendre demain et de lui faire une fibroscopie. Les infirmières n'ont pas la même appréciation de la situation, la tension monte.

Le lendemain, on lui fait la fibroscopie, le patient la supporte assez mal. 15h l'infirmière rappelle l'anesthésiste pour tenter un transfert en réanimation. Il refuse "Quand vous voulez transférer c'est pour avoir moins de travail, en plus c'est le service mini en réa, il n'y a que quatre places". 15h30 le patient fait un arrêt cardiaque, le matériel n'a pas fonctionné, on a dû passer en manuel. 16h il est reparti; tout le monde est exténué, les infirmières vont raconter l'histoire aux collègues des unités voisines ce qui renforce encore l'excitation. 16h15 l'anesthésiste repasse et demande pourquoi "il y a tout ce bordel dans le couloir". C'est la crise ouverte. Les infirmières appellent les filles de réa, expliquent la situation et font le transfert sans autorisation de

l'anesthésiste. Le patient décède dans la nuit, le lendemain l'une des infirmières se met en arrêt maladie.

Cet exemple résume assez bien le dilemme de l'activité des infirmières dans ce service. Des infirmières, qui dans leurs activités quotidiennes effectuent le travail de l'externe (classement et reconstitution des dossiers) et remplissent un rôle équivalent à celui d'un interne de médecine. Diagnostics préliminaires et intermédiaires, prescriptions et demandes d'examens, lecture et interprétation des résultats font partie des tâches normalement attribuées aux infirmières de chirurgie. La relative spécialisation de la clientèle, l'expérience acquise dans la pratique et au contact des praticiens en font des "petits médecins" comme le disent les surveillantes mais sans avoir un pouvoir décisionnel et des prérogatives équivalentes.

L'infirmière voit donc sa responsabilité accrue tant au niveau de l'organisation et du déroulement du parcours que de l'exécution des soins et de la prise en charge médicale des patients. Dans chaque unité, infirmières et aides-soignantes ont une organisation du travail et des soins autonome par rapport aux chirurgiens. De façon sectorisée, elles assurent ensemble la gestion quotidienne de l'unité et des patients. Chacune dans leur sphère d'activités aux contours flous, elles ont élaboré une prise en charge adaptée aux spécificités des patients regroupés dans l'unité (chimiothérapie, thoracique, abdominale et vasculaire, divers légers, divers lourds). Aux aides-soignantes revient la charge d'accompagner le patient dans sa vie quotidienne (y compris dans ses gestes les plus familiers) que l'infirmière perturbe en y intercalant avec plus ou moins de facilité des soins, des examens, des interventions, des traitements, des consultations, etc.

De par sa position dans la division du travail en chirurgie, l'infirmière réalise des activités plus ou moins techniques mais surtout assure le maintien du réseau de communication à l'intérieur de l'unité (c'est elle qui centralise toutes les informations) et avec les autres unités, services, établissements, prestataires de services. Des activités et un réseau spécifiés par les caractéristiques des patients qui ensemble composent la spécialité de l'unité. Une spécialité qui renvoie moins à la nature des soins pratiqués par les infirmières qu'aux activités liées aux parcours des patients, c'est à dire tout ce qu'il faut faire avant et après l'opération (diagnostic, protocoles, examens, prestataires de services à contacter, à coordonner, etc.).

Par expérience, les infirmières ont acquis les savoirs nécessaires pour gérer au mieux l'ensemble des activités, du réseau, des particularités des patients et sont capables d'improviser à chacune des étapes du parcours. Comme les institutrices expérimentées, elles connaissent bien le public, le programme et disposent d'un stock de préparations pour faire face à toutes les éventualités. C'est en grande partie grâce à cette maîtrise des situations auxquelles elles sont susceptibles d'avoir à faire face, qu'elles parviennent à gérer l'ensemble des activités liées à la prise en charge des patients. Dès lors on comprend que chaque infirmière tente de conserver une population homogène dans l'unité, que ce soit au niveau de la pathologie (en refusant ceux qui ne relèvent pas de sa spécialité) ou de la dépendance du patient (en négociant des transferts avec d'autres unités). Chacune des cinq unités s'est ainsi créée un credo explicite à travers les critères du "bon patient" (chimiothérapie, cas "lourds", thoracique, vasculaire/abdominal, tout venant "léger"). Critères que certaines infirmières parviennent plus ou moins facilement à faire respecter selon leur expérience, leur ancienneté, leur position dans l'unité (référente ou non), leur maîtrise des relations avec les

offreurs de travail (internes de la consultation, infirmières de consultation, chirurgiens)¹. Pour une aide-soignante, "faire équipe avec" l'infirmière X ou Y implique donc une charge de travail qui diffère selon la spécialité de l'unité et l'autorité dont est capable de faire preuve l'infirmière référente dans ses négociations. Le degré de spécialisation est dans tous les cas un atout pour les négociations mais aussi pour les infirmières qui en ont fait un support de professionnalisation. Ainsi, certaines ont développé une sphère d'activités spécialisées et sont reconnues dans le service (voir dans l'hôpital) comme des expertes (chimiothérapie, cas "lourds"). En tant qu'expertes, leur avis sur la forme de la prise en charge (médicale, chirurgicale et soignante) tend à devenir beaucoup plus décisif que consultatif. Les "habitués" du service les consultent sur la démarche à adopter vis à vis des traitements, sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Les collègues les sollicitent pour leurs compétences techniques et théoriques sur les traitements médicaux.

Dans ce service, une partie du corps médical encourage cette démarche de substitution de l'infirmière au travail des internes qui sert sa pratique hautement spécialisée (notamment les chirurgiens), alors que d'autres se sentent directement menacés par cette extension du rôle des infirmières à des domaines d'intervention et à des actes qu'ils estiment être les seuls habilités à réaliser (c'est la position des anesthésistes du service).

¹ Dans ce dernier cas, l'infirmière intervient à la "source", c'est à dire avant l'hospitalisation. Soit l'infirmière de consultation mentionne une proposition d'unité au nom du médecin qui a consulté et hospitalisé le patient, soit l'interne ou le praticien fait lui-même la proposition correspondant aux attentes de l'infirmière.

3. La médecine

En médecine, la situation est sensiblement différente. La programmation des entrées et la répartition de la charge de travail entre les unités y est un problème moins "épineux". Cela ne veut pas dire que la répartition égalitaire de la charge de travail entre les unités ne constitue pas un problème, mais elle ne concerne pas toutes les unités. L'HPDD et la nutrition disposent d'un crédo institutionnalisé qui les placent hors-jeu. La réanimation recueille elle, les patients les plus "lourds" et les "primo-arrivants". Les salles communes sont divisées par sexe. De fait, c'est sur les transferts entre la réanimation et les salles que portent les négociations. A la différence du service de chirurgie, ici, les infirmières s'échangent rarement les patients et ne les externalisent jamais mais acceptent plus spontanément d'aller aider la collègue de l'unité voisine. Comme en chirurgie, les négociations sont fortement conditionnées par le nombre de places disponibles mais elles portent ici essentiellement sur la préservation d'un "profil moyen" qui conditionne en partie la vie collective de la salle commune et sa fonction homéostatique. De façon plus fondamentale, ce qui différencie les deux services, c'est la présence quotidienne des externes et de l'interne dans l'unité.

Les externes de médecine sont généralement cantonnés à un rôle de "secrétaire particulier" de l'interne qui consiste à recomposer les dossiers médicaux en fonction de l'arrivage journalier de données d'exams et de comptes rendus. Dépendants, pour leur formation, des internes, ils sont déplacés d'une unité à l'autre sans pouvoir s'extraire des tâches administratives et rébarbatives qui leurs sont attribuées. De fait, l'expérience de ces futurs généralistes (pour la plupart) relève peu de la pratique

médicale. Seuls les plus téméraires osent s'aventurer auprès des malades et franchir les barrières imposées par les internes et les infirmières qui érigent le lit du malade en domaine réservé¹. Confinés dans la salle de garde, peu ou pas encadrés par l'ensemble des personnels hospitaliers, ils ne doivent souvent leur apprentissage qu'à la faveur des remplacements qui leur sont proposés à la fin de leur externat². C'est lors de ce choc avec la réalité qu'ils tentent de faire face et de construire leur expérience clinique sur la base des savoirs scientifiques acquis principalement dans la lecture des dossiers des patients.

En pratique, seuls les internes exercent des fonctions médicales par délégation sous la responsabilité conjointe du praticien dont ils relèvent et de l'infirmière qui doit vérifier les prescriptions³. Piliers du travail médical (et chirurgical), ces intérimaires hospitaliers profitent autant à l'institution qu'au corps médical⁴. Au cours des trois ou cinq années que dure leur formation (pratique et théorique), ils doivent à la fois acquérir les compétences nécessaires à l'obtention d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées et trouver les services qui offrent des opportunités de carrière (la spécialisation du service, sa renommée régionale, nationale ou internationale sont ici déterminantes)⁵. Leur engagement dans le fonctionnement quotidien des unités est de ce fait fortement conditionné par leur expérience et l'intérêt

¹ La situation est sensiblement différentes dans les hôpitaux périphériques où les infirmières montrent les gestes de base aux étudiants et les obligent ensuite à les réaliser.

² Souvent effectués dans des structures qui manquent de personnels qualifiés, ces remplacements permettent aux services de fonctionner à la limite de la légalité avec un coût salarial plus faible.

³ Selon le législateur, l'infirmière, en fonction de son expérience, doit intervenir si la prescription de l'interne fait courir un risque au patient. Sur ce point voir, C. Boissier, G. Holleaux, J. Zucman, La responsabilité juridique de l'infirmière, Paris, éd.Lamarre, 1991.

⁴ Les pressions multiples qu'ils subissent comme les conditions de travail et de vie qui leur sont imposées ne sont pas compensées par la rémunération et la reconnaissance des praticiens. Lors des différents mouvements sociaux de 1989, 1997, 1998, les professeurs n'ont pas manifesté leur solidarité avec les étudiants. En 1997, ils ont d'ailleurs tout fait pour contraindre les grévistes à reprendre le travail.

⁵ La plupart font leur carrière dans un petit nombre de service.

qu'ils portent au stage qu'ils y effectuent. Intérêt qui ne correspond pas obligatoirement aux besoins des patients et du service. Là où l'interne débutant aimerait passer plus de temps, consulter les archives du service, retracer le parcours thérapeutique du patient, il doit aller vite alors que l'interne expérimenté est contraint de passer du temps avec des patients atteints de pathologies qui sortent du cadre de sa spécialité ou plus généralement qui représentent peu d'intérêt pour lui. De ce point de vue, le service de médecine offre cependant une relative diversité des pathologies avec différents degrés de spécialisation. L'unité de nutrition, l'endoscopie, la réanimation, l'HPDD permettent à un interne débutant de "faire ses armes" et aux plus expérimentés d'intervenir sur des "cas plus gratifiants". D'autre part, si dans la majorité des services le chef de clinique délaisse l'encadrement des étudiants au profit d'autres activités (recherches, travail médical) ce n'est pas totalement le cas en médecine¹. En effet, un chef de clinique (à mi-temps)² est parvenu à mettre en place une réunion hebdomadaire dans deux unités (les deux salles communes) et une réunion/conférence thématique mensuelle ouverte à l'ensemble du personnel du service. Ces réunions ont permis, et c'est plutôt rare, de réunir sur les mêmes bancs des médecins et des infirmières pour recevoir une formation commune. Diversement appréciée par le corps médical, cette initiative a répondu aux attentes d'une partie des infirmières qui y ont trouvé une sorte de remise à niveau de leurs compétences théoriques. Cependant, c'est aussi

¹ Il faut rappeler que le chef de clinique est rémunéré pour cette activité d'encadrement.

² La position occupée par ce chef de clinique y est pour beaucoup. Plus jeune, il s'est évertué à nouer de bonnes relations avec les équipes soignantes avant de leur soumettre sa proposition. Les réunions d'unité sont des transmissions "améliorées" au cours desquelles les novices, les étudiants, les aides-soignantes et les infirmières peuvent poser librement des questions d'ordre technique, thérapeutique ou scientifique. Les réunions thématiques regroupent essentiellement des étudiants en médecine et des infirmières. Il s'agit d'un cours de médecine orienté sur des thèmes liés aux pathologies rencontrées dans le service. Cette expérience n'a pas été suivie par les autres intervenants médicaux et s'est arrêtée dès que le chef de clinique a repris le service de son père dans un autre établissement.

cette orientation exclusivement théorique qui a fini par les repousser vers les unités et "l'action".

Des infirmières rompues à l'encadrement des stagiaires (paramédicaux et auxiliaires) et aux changements d'internes qu'elles considèrent avant tout comme des étudiants¹. Des "futurs médecins" à qui elles reconnaissent le droit à une certaine dose d'inexpérience. Mais à la différence des autres stagiaires, elles leur demande aussi d'être capable de jouer le rôle du médecin devant les patients. Les nouveaux venus ont parfois du mal à remplir ce rôle en raison du manque de connaissances et d'assurance dans l'annonce du diagnostic au patient, manque d'assurance que les infirmières prennent souvent pour de l'indécision à l'égard des prescriptions médicales.

Faisant fonction de médecin, (dont il a revêtu la blouse et l'insigne), l'interne ne dispose pas de la même légitimité. Comme tous les stagiaires, il doit parvenir à s'immiscer dans un collectif de travail où l'organisation des soins et la répartition des tâches ont été pensées et mises en place sans lui. La plupart savent que leur implication dans la vie de l'unité est déterminante pour obtenir le soutien de l'infirmière et transformer cette relation de dépendance en une relation de collègue à collègue. Celle-ci peut aller du simple intérêt porté au travail des soignants, à l'aide spontanée, à la demande d'information, à la démonstration, en passant par une participation aux tâches domestiques ou l'apport de cadeaux (croissants, chocolats).

De leur côté, les infirmières soumettent les nouveaux internes à des mises à l'épreuve qui permettent d'évaluer leurs capacités à faire face aux

¹ Il sera considéré comme un "petit médecin" une fois le DES obtenu. La forme des relations s'en trouvera considérablement modifiée.

patients, à l'entourage et aux situations difficiles¹. Dans tous les cas, l'arrivée d'un nouvel interne implique une période d'apprentissage réciproque des capacités de chacun qui permet de définir un mode de fonctionnement minimal. Pour les infirmières, un bon interne est celui qui connaît ses limites, qui sait demander un conseil, qui est capable de fournir des explications claires et des demandes précises, qui est présent, qui écrit ses prescriptions et réalise une partie des tâches de secrétariat. En d'autres termes, il doit participer au travail de l'infirmière sans l'alourdir.

La forte variabilité des compétences des internes, de leur conception du métier rend nécessaire cette évaluation et explique le glissement des tâches. Les infirmières qui travaillent depuis deux ou trois ans dans la même unité sont capables de réaliser la part du travail de l'interne qui a le plus d'incidence sur le déroulement de leurs activités, c'est à dire tout ce qui intervient au titre de la prescription (des protocoles, des soins, des traitements, des examens, des commandes spécifiques.). Si au cours de son stage, l'interne parvient à un niveau suffisant de connaissance et d'efficacité, elles lui laisseront prendre la direction des activités médicales. Dans le cas contraire, elles devanceront toutes les initiatives qui pourraient désorganiser le déroulement de leurs activités. Au besoin, elles chercheront de l'aide auprès d'un autre interne ou d'un praticien en qui elles ont confiance. Mais devancer l'interne c'est aussi une façon:

- de lui montrer la démarche à suivre tout en lui laissant un certain temps d'adaptation (au mode de fonctionnement du service, aux spécificités des patients et des pathologies de l'unité, au maniement des machines). Beaucoup d'infirmières parlent d'un travail d'éducation avec les internes

¹ Ces mises à l'épreuve se font généralement sous la forme de demandes spécifiques. Réaliser un geste technique, effectuer une démarche administrative pour un patient, négocier un transfert, intervenir auprès d'un patient ou de son entourage, etc.

débutants: "il faut les dégrossir, leur apprendre les bonnes manières, les pousser à se lancer mais garder l'oeil, il faut en faire un bon interne".

- de poursuivre le travail débuté avec un patient avant son arrivée. (impliquer l'interne demanderait un travail de remémoration de l'histoire thérapeutique du patient, de la démarche engagée, des activités effectuées ou tentées). C'est souvent le cas avec les "habitués" de l'unité.

- de "faire tourner l'unité". L'infirmière fait fonction d'interne et la surveillante de soins, d'infirmière suppléante. Dans ce cas, le collectif a mis en place un mode de fonctionnement qui lui permet une certaine indépendance vis à vis du roulement des stagiaires médicaux.

Pour l'infirmière, s'accaparer une partie du travail de l'interne rassure et procure une certaine indépendance mais cela ne veut pas dire que les infirmières soient satisfaites de cette situation. La majorité préfère travailler avec un interne qui remplit son rôle mais dans ce domaine leurs prérogatives demeurent limitées.

(une infirmière de réanimation, 10 années d'ancienneté)

"Il faut dire que P il règne en monarque ici, même si derrière lui tout le monde le prend pour un C.. les médecins et les internes. D'ailleurs, quand on en a un de bien comme L qui est un type qui apporte au service, disponible, bon contact avec les patients et qui demande pas des trucs impossibles, il l'écarte pour que ça ne lui fasse pas de l'ombre et en plus, il s'illusionne sur le nom et l'origine sociale. Ici il y a pas de fils de prolos dans le service. Sauf L"

A contrario, quand l'interne alourdi le travail de l'infirmière, elle dispose d'un pouvoir de sanctions particulièrement efficace.

(notes de terrain, médecine)

Dans une unité, les infirmières se sont mobilisées contre un interne débutant. Exclu du collectif de travail, il s'est rapidement trouvé incapable de regrouper les informations concernant les patients et d'interpréter les résultats des examens qu'il avait prescrits¹. Il a accumulé les erreurs. Erreurs que les infirmières n'ont pas manqué de signaler aux collègues, à la surveillante puis au chef de service. Devenu la cible des soignants, la carrière du jeune interne (dans cette spécialité) s'est terminée par un jeu qu'affectionnent particulièrement les "patrons". Son déroulement est immuable et consiste à destabiliser le stagiaire pendant la visite en lui posant des questions auxquelles il ne peut répondre (souvent avec la complicité de l'infirmière). La scène ultime de cette tragédie se joue en public, à haute voix autour de la rotonde et avant la fin du stage. L'interne effondré est une dernière fois asséné de remarques et de plaisanteries par le chef de service jusqu'à sa mise à mort symbolisée par son départ.

En dehors des principes subjectifs qui régissent l'affinité entre les membres d'une équipe soignante, les hésitations et l'attitude défensive de l'interne, le manque de reconnaissance vis à vis du travail effectué dans l'unité et des compétences de l'infirmière posent les bases d'une situation conflictuelle. La tension due à la charge de travail fait généralement office de déclencheur et l'interne finit par perdre la face². A contrario, une bonne entente permet à l'interne de bénéficier de l'aide de l'infirmière, de ses suggestions (de diagnostic et de traitement), d'une couverture des absences

¹ Les infirmières lui ont fait prescrire des examens totalement inutiles puis lui ont demandé de les justifier devant le chef de service.

² Dans tous les conflits observés qui opposent les infirmières et les internes, le chef de service privilégie toujours la parole des infirmières.

et des retards. De son côté, l'infirmière peut aussi compter sur la participation active de l'interne, à la gestion quotidienne de l'unité et sur son soutien quand elle prend des décisions qui sortent du cadre de ses attributions ou quand elle fait des erreurs.

(notes de terrain: matinée, semaine, médecine, 24 malades)

En l'absence du chef de service, c'est le chef de clinique qui le remplace pour le tour. 10h début du tour avec l'interne, les externes et l'infirmière. L'interne fait le bilan de chaque patient. Le chef de clinique change les prescriptions de 10 patients sur les 15 évoqués. L'infirmière ne dit rien et note sur son cahier les nouvelles prescriptions. Retour en fond de salle, l'infirmière reprend son cahier et déclare "c'est n'importe quoi son truc, y va me les faire claquer ce c...". L'interne arrive (suivi des externes qui vont s'asseoir au bureau). L'infirmière l'appelle: "bon moi je change rien, il avait qu'à passer avant moi j'ai déjà commencé les perf. Sauf pour monsieur X, là je suis d'accord ça va pas, mais ça on s'en était déjà rendu compte et ce qu'il propose c'est pas mieux, regarde j'ai envie de lui mettre ça (en montrant son cahier de prescriptions), t'es d'accord ?". L'interne acquiesce et signe les prescriptions de l'infirmière.

Cette coopération contrainte avec l'interne construit la pratique des infirmières autour d'une capitalisation des "compétences prescriptives" des médecins. Mais, si les infirmières "s'accaparent" une partie des gestes exclusifs de la pratique médicale et du travail de l'interne, c'est moins pour le prestige que représenteraient ces gestes que pour accroître leur autonomie. En réduisant les interventions des internes ou en les devançant, elles tentent surtout de contrôler l'incertitude inhérente à la coopération dans

le travail soignant. Dans ce service, les infirmières sont des polyvalentes dont l'exercice s'organise autour d'une fonction de catalyseur de pratiques d'intervenants multiples. Elles exécutent des soins plus ou moins techniques sur les patients mais surtout elles font appel, coordonnent et contrôlent les interventions d'autres catégories de personnels internes ou externes à l'unité. A la différence des infirmières de chirurgie pour lesquelles la polyvalence s'exerce dans le cadre d'une spécialisation, celles de médecine tirent leur spécificité essentiellement de ce rôle d'intermédiaire. Un rôle qui exige des compétences qui ne sont pas seulement d'ordre organisationnel, techniques et relationnel.

Certaines infirmières du service ont réussi à faire valoir cette spécificité, voir à dépasser les seules dimensions d'investigation médicale et de traitement dans leur pratique quotidienne. C'est le cas pour cette infirmière qui, par l'entremise d'une association a établi des liens et une forme de partenariat avec les services socio-sanitaires. De façon sans doute plus institutionnalisée, une infirmière de l'unité de nutrition entérale a profité de la mise en place d'une nouvelle technique (la nutrition parentérale¹) pour créer un credo de spécialisation. Elle assure elle-même une partie de la prise en charge des patients à domicile (assurance et frais de transport étaient couverts par l'hôpital) et forme des infirmières libérales à ces techniques. Mais le réseau complet et autonome (unité, infirmière libérale, consultation, HPDD, médecins, familles) dont elle maîtrise l'articulation a aussi créé une "bulle" spécialisée au sein de l'unité. Élément charnière, l'infirmière est devenue la référente des différents partenaires et construit une professionnalité appuyée sur une technique spécifiée dans le

¹ La nutrition entérale s'effectue par l'intermédiaire d'une sonde nasogastrique ou par gastrostomie. La nutrition parentérale se fait à l'aide d'un cathéter central qui permet au patient de conserver une certaine autonomie durant la journée. Elle peut être réalisée à domicile grâce à des poches prêtes à l'emploi qui réduisent les risques de contamination bactérienne.

relationnel extérieur. Ce mode d'exercice ne se traduit pas pour autant pas une complémentarité des rôles entre les soignants ni même une compréhension partagée de "l'intérêt" du malade. Les intervenants sont sollicités par l'infirmière (assistante sociale, diététicienne, psychologue, infirmière libérale, médecin généraliste, etc.) sans que des échanges interprofessionnels soient mis en place. En d'autres termes, la méthode change mais les problèmes demeurent. La spécialisation de l'infirmière reste une spécialisation sans statut maîtrisé par elle seule sans que l'idée de globalité et de continuité des soins ne puisse trouver un chemin dans la division du travail hospitalier¹.

(infirmière de médecine, 5 années d'ancienneté)

" (...) L'usure, c'est quand tu commences à venir au boulot en traînant les pieds. Mais c'est pas vraiment à cause des décès, ça, y a des bons et des mauvais. Mais c'est des médecins comme P qui te casse ton boulot, qui promet des greffes du foie à des patients qui n'ont aucune chance d'être greffés. Lui, il n'ose pas dire ce qu'il en est vraiment. Alors il commence par "vous inquiétez pas" et ça finit par "je vais tout faire". Et quand tu dis ça au patient y comprend greffe alors que toi ça fait trois jours que tu essayes de lui faire comprendre que ... bon. Au bout d'un moment c'est invivable tout ça"

Dans certaines cas, cette complémentarité des rôles existe entre l'interne, l'infirmière et les aides-soignantes. Ensemble, ils ont la possibilité d'adapter la prise en charge des patients mais dans le cadre étroit de l'unité de soins. En d'autres termes, les actions concertées et régulières qu'ils mettent en place produisent rarement des modifications du parcours des

¹ L'expérience s'est arrêtée quand l'infirmière a dû suspendre son activité professionnelle.

patients. Prisonniers de leur statut, l'interne et l'infirmière sont en aval de la production thérapeutique et leur pouvoir décisionnel sur celle-ci est limité. Tous deux ont un rôle délégué par le praticien qui a défini le parcours et les protocoles de soins. Dans ce contexte, l'issue d'une remise en cause du travail effectué en consultation ou des prescriptions du "patron" semble bien incertaine pour ces apprentis-confrères du praticien qui le note.

La division du travail dans le service de chirurgie est à cet égard assez révélatrice car plus marquée. Le chirurgien fait autorité dans le bloc et a délaissé la relation au patient et les soins plus ou moins techniques qui participent à sa prise en charge à d'autres spécialistes. Il exerce dans un champ de haute technologie et ne tient pas à affronter l'homme avec ses angoisses, ses souffrances, son espoir comme l'écrit L. Israel¹. Lors des rencontres avec les patients, il est capable d'expliquer son intervention mais le morcellement des approches et des tâches l'empêche d'avoir une vue globale sur les soins les plus appropriés. Dès que les questions des patients sortent du cadre des techniques opératoires, dont il maîtrise l'utilisation, ses réponses deviennent évasives, le langage ésotérique et l'insistance du patient aboutit souvent à la même réponse en forme de clôture: "l'infirmière va vous expliquer ça en détail et n'hésitez pas à lui demander s'il y a quelque chose qui ne va pas". Or, dans certains cas, l'infirmière n'en sait pas toujours plus que le médecin. Dans d'autres, elle ne connaît que trop les attendues de l'opération et ses incidences pour le patient. Incidences qu'elle ne peut délivrer sans rompre le secret médical ou remettre en cause la légitimité de l'intervention ou du traitement.

¹ L. Israel, La décision médicale. Essai sur l'art de la médecine, Paris, Calman-Lévy, 1980. }

Qu'il soit entrepreneur médical, ingénieur en biologie ou un simple médecin spécialisé, le praticien ignore bien souvent la teneur du travail de l'infirmière mais lui reconnaît des compétences et une autorité dans une sphère d'activités aux contours flous: les besoins de la personne hospitalisée. Ces besoins constituent un espace de pratiques ouvert qui exige des compétences techniques, relationnelles et organisationnelles mais étroitement encadrées par les exigences hospitalières. De fait, cette position ne modifie pas la nature élective des liens entre le chef de service et l'infirmière. Bien au contraire, elle les renforce au point de faire du "couple" médecin-infirmière un élément déterminant tant pour la cohésion des unités que pour la réussite de nouvelles thérapeutiques. Les chefs de service ont d'ailleurs clairement perçu les avantages et les limites d'un tel fonctionnement qui sert leurs intérêts. S'ils revendiquent l'initiative du projet qui les a amené à développer une spécialité ou un secteur technique, tous évoquent la mise en place et leur fonctionnement en référence à une ou deux infirmières. Au delà du paternalisme qui se dégage de leurs discours, ils décrivent, souvent avec admiration, les compétences et les capacités de ces infirmières à faire "tourner leur salle", à prendre des initiatives, y compris thérapeutiques, à deviner les attentes d'un patient ou de son entourage, à "mettre au courant les internes".

C'est sur la base de cette reconnaissance que s'élaborent les rémunérations symboliques. Rémunérations qui passent par la prise en considération à travers le salut, l'appel par le prénom, la demande d'informations ou de formation¹, la responsabilisation et la délégation. En devenant à la fois la mémoire et l'instrument du mandarin, ces infirmières

¹ Les étudiants mais aussi les chefs de service demandent parfois aux infirmières de leur montrer le fonctionnement des machines, la mise en place des traitements, les procédures de préparation des cocktails thérapeutiques.

gagnent prestige et reconnaissance. Les bénéficiaires usent et abusent parfois de cette rétribution vis à vis de l'ensemble des soignants pour imposer leurs pratiques, leurs horaires ou une répartition du travail. Identifiées comme "infirmière modèle" pour leur disponibilité, leur ancienneté, leurs compétences techniques et leur abnégation, elles sont indispensables au médecin qui les utilise. Pour beaucoup, la séparation est décrite comme une rupture dont l'importance est proportionnelle à leur dépendance. Afin de retarder l'échéance, les praticiens ont poussé les infirmières à se spécialiser, à porter leur candidature sur un poste de surveillante ou à passer le concours de l'école des cadres.

Le corollaire est l'absence de considération pour le reste de l'équipe soignante et sa force relève autant de la rareté que des formes que peut prendre cette rémunération. Dans cette institution où jusqu'au début des années 1970, on enseignait aux infirmières qu'un médecin se regarde entre le premier et le troisième bouton de la chemise, pas plus haut et pas en face, ces rémunérations symboliques aiguissent les convoitises et les jalousies (ne pas avoir été saluée par le patron ou subir une remarque déplacée provoquent des crises ouvertes). Qu'elles émanent des patients (cadeaux, courrier) ou du chef de service, ces rémunérations symboliques participent à la reconnaissance de l'exercice infirmier en tant que fin en soi et non pas en tant que moyen de subsistance.

Un des paradoxes du fonctionnement des services hospitaliers est qu'il permet des interventions bénéfiques sur les patients (l'hôpital soigne et guérit une partie des patients) sans la concertation qu'exigerait une bonne utilisation des techniques et des compétences mises en jeu. Cela se traduit par une distanciation de plus en plus importante entre la direction médico-

gestionnaire du service et les soignants (internes, infirmières, aides-soignantes). Les effets pathogènes de ce mode de fonctionnement sont connus. Erreurs de diagnostic, de traitement, contre-productivité, développement morbide de certaines pratiques médicales, etc. D'une façon générale, il y a une dilution de la responsabilité personnelle des soignants¹. Un chirurgien qui accepte d'opérer des "cas désespérés" sera mal perçu par les soignants qui y voient surtout une charge de travail importante et peu gratifiante. De son côté, le médecin légitime ses choix en fonction d'un rapport technique (l'acte réalisé ou tenté) et d'un rapport local de positionnement vis à vis des autres chirurgiens (la clientèle qu'il va capter). Seul, la qualité technique de l'intervention chirurgicale peut être remise en cause notamment à travers le regard critique des soignants. En d'autres termes, il refuse de tenir le sort de son malade entre ses mains et les échecs ne lui sont plus imputables. Au mieux, il va accepter de partager sa responsabilité avec l'hôpital ou plus généralement avec le service public mais dans les cas litigieux, c'est la responsabilité juridique de l'infirmière qui sera mise en cause. Ainsi quand, une nuit, un patient est décédé dans l'incendie de son lit, médecin et directeur ont reconstruit l'accident selon une formulation qui excluait toute responsabilité personnelle². Le cas des infections nosocomiales est tout aussi exemplaire³. Elles réclament une prise en charge rapide et la mise en place de procédures maîtrisées (évacuation et traitement rapide des patients, protection des usagers,

¹ Pour E. Freidson, les facteurs qui caractérisent le travail quotidien du médecin, le conduisent à valoriser sa responsabilité personnelle au détriment d'une responsabilité générale ou collective. E. Freidson, La profession médicale, op.cit, 1984.

² Il a été déclaré que le patient (grabataire) avait lui-même provoqué l'incendie en allumant une cigarette. En réalité, l'incendie était survenu à la suite d'un court-circuit et le sous-effectif du personnel de nuit explique l'intervention tardive et le décès. Cet événement est devenu une des blagues préférées du personnel de nuit. Lorsqu'un nouveau stagiaire arrive dans le service, un soignant lui raconte l'histoire pendant que l'autre déclenche le signal d'appel de la chambre en question.

³ La fermeture implique l'arrêt de l'activité pour réaliser une désinfection pendant plusieurs jours. C'est aussi pour imposer ces fermetures que les établissements publics recrutent des infirmières hygiénistes.

désinfection systématique). Or, si le praticien est bien souvent le premier à se prémunir (il connaît les risques), il montre de réelles réticences à fermer et à désinfecter l'unité concernée. Dans la plupart des situations auxquelles j'ai été confronté, nous devions d'abord réaliser une désinfection partielle (chambre par chambre) sans informer les patients des risques qu'ils encouraient. La fermeture totale n'intervenait qu'après plusieurs décès. Le praticien ne se sentait pas responsable de cette situation qui trouve son origine en dehors de son champ d'intervention¹. D'une part, il poursuivait ses intérêts définis à partir d'une conception libérale de la médecine et d'autre part, il mobilisait toutes ses compétences pour endiguer l'infection chez les patients atteints. Témoins impuissants et désabusés, les soignants et l'encadrement ne pouvaient que tenter d'endiguer l'infection en redoublant de précautions.

Enfin, la rhétorique professionnelle qui présente les décès comme un échec, a peu de correspondance dans la pratique². Dans le rituel codifié qui organise la transmission de cette information aux proches, toute personnification de la responsabilité est évitée. La soignante anonyme qui prévient la famille par téléphone (souvent la surveillante), n'est pas celle qui accompagne les proches jusqu'au lit du défunt. Enfin, l'aide-soignant, le brancardier ou l'ASH qui descend le corps à la morgue, ne fait pas toujours partie de l'unité. Cette division des tâches permet de faire des décès une routine, mais surtout elle neutralise la famille ou les proches qui constituent la seule incertitude de cette situation. La multiplication des intervenants

¹ Il faut signaler que le respect des règles d'hygiène et d'asepsie à l'hôpital se heurte à des problèmes: de savoir, d'information, de technique de soins, de dotation en matériel de protection adapté. Le sous-équipement, l'impréparation des services, du personnel et le manque de responsabilité expliquent l'essentiel des infections nosocomiales. D'une façon générale, les soignants pensent surtout à se protéger eux-mêmes plutôt que les patients. Façon de se protéger où les habitudes, les schèmes de pensée "traditionnels" ont la vie dure y compris chez les soignants en contact régulier avec des malades infectés ou fragiles.

² Cela ne veut pas dire que cette correspondance n'existe pas dans certains cas particuliers.

empêche la famille de trouver un interlocuteur capable de fournir une explication ou des informations en dehors des discours programmatiques. Ce que les soignants nomment le "respect de l'intimité de la famille" consiste surtout à l'abandonner dans une chambre impersonnelle qui doit être libérée et nettoyée pour les entrées de l'après-midi. Dans ce cas comme dans d'autres à l'hôpital, l'absence d'une finalité commune définie collectivement favorise le désengagement.

CHAPITRE 3

Le rythme au travail

A la différence du stagiaire (médical ou paramédical), du praticien ou de la surveillante pour lesquels la blouse et le badge sont des instruments qui donnent à voir la fonction et le statut, l'infirmière n'a pas besoin d'uniforme ou de symboles distinctifs. Qu'elle porte un badge nominatif (imprimé sur le haut de la blouse) ou non, son omniprésence dans l'unité et son mode de déplacement sont des indices qui contribuent à la rendre visible et identifiable¹. L'observation des déplacements des personnes dans l'unité démontre qu'elle est bien le "Chef d'orchestre" vers lequel convergent les demandes et duquel partent les informations, les recommandations ou les ordres. Et s'il arrive qu'un visiteur demande où est l'infirmière, c'est généralement pour se voir confirmer ce qu'il présentait, c'est à dire que l'infirmière est bien la femme en blanc qui court d'un lit à l'autre et parle à tout le monde en même temps. Cette mobilité incessante, où gestes et paroles s'articulent, réclame une liberté dans le mouvement.

Un peu à la manière du mécanicien, l'infirmière travaille souvent seule et transporte, l'ensemble du matériel dont elle a besoin sur un chariot. Chariot qu'elle pousse de patient en patient² et dont le chargement diffère en fonction de la série d'activités qu'elle effectue (prélèvements, surveillance, injections, perfusions, distribution des médicaments, pansements). A la fin de chaque série, elle retourne à la salle de préparation, vide le chariot, range

¹ Cette image stéréotypée de l'infirmière est bien évidemment rendue plus floue s'il s'agit d'un infirmier.

² C'est un moyen très efficace pour localiser une infirmière dans un service la nuit et dans une unité qui dispose de chambres individuelles le jour: "où le chariot est, l'infirmière n'est pas loin".

le surplus de matériel dans les boîtes, nettoie le chariot, prépare ce qui est nécessaire à la série suivante et repart. Une fois les séries de soins directs terminées, elle dépose le chariot au bord de la salle de préparation, fait l'inventaire du matériel encore disponible, complète les boîtes (à partir du stock de l'unité, de celui de la pharmacie du service ou en passant commande à la pharmacie centrale), range la salle de préparation, nettoie la "paillasse" (table de préparation) et débute le travail de bureau (transcription des actes effectués, des données de surveillance, constitution du dossier, vérification des prescriptions, mise à jour du tableau de planification des soins, du classeur infirmier, etc.).

Pour l'infirmière, la blouse est donc avant tout un vêtement de travail qui doit répondre aux exigences de la situation de travail. La chaleur et l'atmosphère souvent étouffante des blocs opératoires imposent une tenue légère. L'asepsie développe des habitudes, voir une certaine discipline du corps et de la tenue où les normes et les règles se confondent. Une tenue qui exclut l'élégance mais supporte des adaptations pragmatiques. Le travail dans une unité de réanimation réclame une tenue plus chaude et plus proche du corps¹. Dans les services, une certaine décontraction peut se traduire dans le port du vêtement mais chez ceux qui ne sont pas en contact direct et prolongé avec les patients. En d'autres termes, le port de la blouse demeure étroitement encadré par les règles et les usages. L'interne qui déroge à ces règles s'expose au risque de ne pas être pris au sérieux et l'excès d'élégance peut alors devenir discriminant et faire du "coquet" un "arriviste". Pour les soignants, le vêtement est aussi une protection contre les projections diverses et les mains des patients. Dans ces corps à corps où le patient

¹ Salle de réveil et unité de réanimation sont des secteurs où la température ambiante participe de la régulation de la température corporelle des patients et où la circulation entre les lits, les appareillages, les personnes réclame un sens aigu de l'espace.

fébrile et inquiet cherche un appui pour se redresser ou se retourner, la veste sans bouton dispose alors d'un avantage comparable au kimono du judoka.

Tout ce qui vient d'être évoqué n'exclut pas la coquetterie, ça lui impose des limites. Contrairement à une idée fréquemment répandue, le port d'un bracelet, de boucles d'oreille n'est plus interdit à l'hôpital. A contrario, de nombreuses infirmières ont pu constater l'effet particulièrement abrasif des produits qu'elles manipulent sur une bague ou un bracelet. C'est la raison essentielle qui pousse les infirmières à s'en défaire. Et dans ce domaine s'il y a un impératif, c'est que les chaussures, le body, le collier ou la tenue permettent d'être à l'aise toute une journée. Journée de 9 heures en moyenne, au cours de laquelle une infirmière fait entre 5 et 10 kilomètres à pied, effectue des soins plus ou moins complexes sur 10 à 30 patients et reste debout la plupart du temps. Car, le métier d'infirmière est un travail physique. Un travail où il faut faire vite et s'économiser; où les pauses sont peu nombreuses et toujours courtes; où le rythme n'est jamais donné par avance mais reconstruit quotidiennement en fonction des patients, des autres intervenants et des membres du collectif de travail¹.

1. La maîtrise du rythme ou les conditions d'une coopération efficace.

L'arrivée simultanée de plusieurs patients (entrées ou retours de bloc, d'exams, etc.) ou d'un patient qui demande plus d'attention, de précaution, l'excès de sollicitations (téléphone, patient, entourage, collègue, etc.) sont

¹ Apprendre à s'économiser, se nourrir et s'hydrater sont des principes de base du travail hospitalier. Ce sont des attitudes et des comportements que les jeunes infirmières apprennent lors des stages à l'hôpital. Ne pas les adopter, c'est courir le risque d'une hypoglycémie ou d'être contraintes au repos. Il est d'ailleurs admis que les élèves infirmières de deuxième année (au cours de laquelle elles découvrent réellement les contraintes du métier) succombent à ces "coups de fatigue" dans les blocs et les unités de soins.

des événements qui imposent des exigences et requièrent des ajustements. Ils augmentent toujours l'intensité du travail mais bouleversent rarement l'attribution des tâches ou l'équilibre des rapports interindividuels. Pourtant, il arrive qu'un enchaînement d'événements mal évalués ou mal gérés destabilise le rythme de travail et bouscule l'ordre local préétabli.

L'urgence en est une manifestation particulière. Les procédures de surveillance et l'expérience permettent généralement d'anticiper une crise de delirium, des convulsions ou un arrêt cardiaque. Ce qui est pressenti pour un patient fait partie des transmissions orales ou est inscrit dans les classeurs des infirmières. Deux croix rouges pour un patient à surveiller, une abréviation pour signifier "ne pas réanimer en cas de problème"¹. Chaque soignant de l'unité est informé par l'infirmière et la vigilance est de rigueur. C'est donc une situation à laquelle les infirmières s'attendent et la plupart maîtrisent les savoirs et les compétences nécessaires pour intervenir sans précipitation excessive. L'imprévu existe toujours, les erreurs d'appréciations en font partie. Une complication peut survenir au cours du déroulement de la procédure mais elles sont rares, voire exceptionnelles dans les unités de soins intensifs où les soignantes savent faire face à ces éventualités².

Ces situations qui impliquent la réalisation rapide de gestes techniques ou relationnels (il faut parfois faire preuve d'une certaine fermeté) s'apparentent plutôt à une crise selon la définition de E. Morin. Elle "se manifeste entre deux seuils temporels. Il faut un avant et un après, plus ou moins normaux. Plus largement, la perturbation de crise peut être envisagée

¹ Certaines infirmières utilisent le sigle DNR qu'elles traduisent par "Do Not Réanimating"

² Avoir un patient polytraumatisé qui fait un arrêt cardiaque est quelque chose de prévisible, ce qui ne l'est pas, c'est l'hémorragie interne après une appendicite.

comme une conséquence de surcharge où le système se trouve confronté avec un problème qu'il ne peut résoudre selon les règles et normes de son fonctionnement et de son existence courants. Dès lors, la crise apparaît comme une absence de solution (phénomène de dérèglement ou de désorganisation) pouvant du coup susciter une solution (nouvelle régulation, transformation évolutive)"¹. Un arrêt cardiaque peut provoquer de l'effervescence et une situation de crise quand le matériel ne fonctionne pas, quand le collectif y est mal préparé. Dans tous les cas, le problème à résoudre s'accompagne d'une suspension des autres activités. Il focalise l'attention de toutes les personnes présentes, bloque les demandes des patients² et finit par neutraliser l'effervescence. Une fois le patient "maîtrisé et techniqué", chacun retourne à sa tâche. L'unité retrouve alors son calme et "l'ordre des choses" son rythme. Bien que fort rarement confronté à ces situations, (que ce soit dans le bloc opératoire, en réanimation ou en salle), j'ai toujours été surpris par le calme et la dextérité dont les soignants faisaient preuve dans leurs interventions. Le sentiment de sécurité qui émane de ce type de situations démontre que savoir réagir à l'imprévisible est éminemment relationnel.

Ne pas se laisser emporter par l'effervescence de l'unités est moins dû à des compétences techniques qu'à une maîtrise de soi qui vise à contrôler les situations interactionnelles grâce à un ensemble de gestes, d'attitudes et de paroles. Cependant, on ne peut évoquer le travail soignant ou pour se restreindre, le travail infirmier sans considérer ce dont se plaignent les

¹ E. Morin, Pour une théorie de la crise, Paris, Fayard, 1984.

² Dans ces situations exceptionnelles, les patients perçoivent de leur chambre ou sont les spectateurs des grandes manoeuvres qu'impliquent parfois une intervention rapide des soignants. Dans tous les cas, ils ne sollicitent plus les soignants et bien souvent les appels se font plus rares jusqu'à la fin de la journée.

infirmières, c'est à dire les interruptions constantes de leur travail, les aléas de la coordination et dans une certaine mesure les malades.

1.1 La dimension collective de la maîtrise du rythme

La maîtrise du rythme passe à l'hôpital, comme en usine, par une gestion optimale du flux des tâches à accomplir et du rythme de travail. Flux qui renvoie à l'intensité du travail conditionnée par le nombre de malades, les modalités de prise en charge, la nature et la programmation des soins par rapport à la dotation en personnel de l'unité. Cette intensité fluctue au cours d'une journée de travail, selon les jours de travail et les périodes de l'année. Les temps morts succèdent aux périodes chargées ou surchargées avec des ruptures brusques et des reprises progressives. Le rythme de travail est dépendant des fluctuations de la charge de travail des unités. Il est construit individuellement en fonction des tâches à accomplir mais doit être perpétuellement adapté à la participation de chacun des membres du collectif.

Le matin, l'infirmière ne doit pas aller trop vite pour effectuer ses relevés (pouls, tensions, etc.) si elle ne veut pas attendre que les aides-soignantes aient terminé les toilettes pour débiter une nouvelle série d'activités (pose des perfusions, pansements). De la même façon, les aides-soignantes peuvent aider l'infirmière dans ses tâches de préparation mais elles doivent aussi réussir à terminer les toilettes et le ménage avant que la densité de personnels dans l'unité ne soit trop forte (arrivée des médecins, départ pour les examens, etc.). Dans le cas contraire, les chariots (de ménage, de linge sale, des toilettes, des infirmières) seront perpétuellement déplacés pour laisser passer les brancards, et le sol à peine sec rapidement

sali par les allées et venues¹. L'entraide existe notamment quand il y a un différentiel entre la charge de travail des aides-soignantes et de l'infirmière mais elle reste ponctuelle et conditionnée par la programmation des soins, des examens, des entrées et des sorties des patients.

Quelle que soit la spécificité de l'unité, les activités réalisées en série sur chaque patient occupent une place importante dans le déroulement de la journée de travail des infirmières. La pose de perfusion, les prélèvements, la distribution de médicaments sont des activités techniques simples. Elles nécessitent peu d'apprentissage et sont à priori reproductibles. On peut les qualifier d'activités sérielles, c'est à dire concernant le même type de soins réalisés sur plusieurs patients. Ces soins relèvent généralement de prescriptions et sont soumis à des procédures normalisées dont l'application dépend de la responsabilité de l'infirmière. Dans toutes les unités, ils sont répertoriés sur un tableau mural qui permet de visualiser rapidement les soins à effectuer et les périodes horaires à respecter. Cette planification constitue le canevas de la journée de l'infirmière. Plus la technique est sophistiquée, plus le maillage se resserre et donne lieu à des programmes codifiés sans temps mort entre les activités. Programmation dont le déroulement est constamment perturbé par des événements internes ou externes à l'unité (demandes des patients, des autres soignants, appels téléphoniques, départs ou arrivées de patients, retards des autres services, etc.).

C'est ce qui différencie l'exercice infirmier du travail des autres intervenants de l'unité (aides-soignantes, internes, surveillantes de soins). Intervenants qui restent à l'arrière-scène des activités techniques et

¹ La solution généralement adoptée consiste à laver le sol de l'unité par partie et à en interdire l'accès le temps qu'elle sèche. Ce qui est bien souvent difficile, voir impossible à faire respecter.

disposent ainsi d'une plus grande liberté. L'aide-soignante peut facilement s'extraire du carcan de la programmation des soins et des échanges stéréotypés qui accompagnent souvent les activités techniques. Vouloir faire travailler l'aide-soignante et l'infirmière en binôme comme le propose une partie de l'encadrement soignant revient dans de nombreuses unités à juxtaposer deux modes d'interventions différents. Outre la réticence de certaines infirmières à participer au travail des aides-soignantes (ménage, toilettes)¹, cela se traduit par une succession de gestes qui se chevauchent et finissent pas être improductifs. Applicable à certains moments de la journée (fin d'après-midi, la nuit) le travail en binôme ne l'est plus dès lors que la programmation et les perturbations s'intensifient. C'est la raison pour laquelle les infirmières qui le souhaitent peuvent au plus participer au travail de l'aide-soignante.

La difficulté du métier de l'infirmière réside dans la gestion de sa propre charge de travail en fonction de l'organisation générale du déroulement des activités d'autres intervenants et des contraintes autour desquelles chacun se retrouve. Cette gestion doit lui permettre de dégager du temps pour effectuer d'autres activités (administratives, relationnelles) qu'elle intercale entre ses tâches programmées sans désorganiser l'activité des autres membres de l'équipe. D'une manière générale, l'infirmière qui pénètre dans une chambre cherche à réaliser ses activités selon des procédures connues d'elle et adaptées au patient, c'est à dire avec un maximum d'efficacité thérapeutique et un minimum de travail pour elle et les autres membres du collectif de travail². Pour que cet objectif puisse être atteint deux conditions sont nécessaires:

¹ Réticences qui peuvent être partagées avec les aides-soignantes.

² J. Theureau, "événement et coopération dans le travail infirmier", dans J. Cosnier, M. Grosjean, M. Lacoste, Soins et communication, op.cit, 1991.

- l'infirmière doit "trouver le bon rythme" ce qui réclame un apprentissage et de l'expérience pour faire face aux interruptions constantes de leur travail liées aux aléas de la coordination avec les autres personnels, au manque de personnel et aux malades,

- les membres de l'unité (y compris les patients) qui coopèrent au travail de l'infirmière doivent entreprendre au moment opportun l'action nécessaire à la réalisation des tâches programmées de l'infirmière.

Ne pas aller trop vite, ni trop lentement, coordonner son travail avec celui des autres intervenants (y compris ceux qui ne sont pas dans le service) permet d'amortir les changements brusques du processus de soin et de ne pas perturber la distribution des rôles et des tâches. Maîtriser le rythme de travail pour une infirmière, c'est donc tout mettre en oeuvre pour maintenir cette stabilité par la coopération/régulation et une continuité dans l'offre collective de services en dépit de la désorganisation/perturbation inhérentes au travail collectif sur des patients.

Ecouter les demandes d'un interne tout en préparant des perfusions sans lui répondre est une attitude qui vise le destabiliser. C'est une façon pour l'infirmière de manifester son désaccord avec ce qu'elle considère comme une violation du déroulement de son activité. Violation qui peut avoir pour origine, le manque de savoir de l'infirmière (l'acte, l'examen, le médicament demandé ne sont pas connus de l'infirmière), le manque de précision de l'interne (la demande n'est pas claire ou incomplète) la nature de la demande (la demande exige trop de temps ou est considéré comme inutile). Dans cette situation, les trois scénarios les plus fréquents que j'ai observés sont:

- l'interne demande à l'infirmière si elle a entendu et c'est souvent l'affrontement,
- l'interne adopte une position plus pragmatique et ajoute "si tu n'as pas le temps, c'est pas grave, je le ferais",
- l'infirmière accepte la demande mais impose ses conditions (reformulation de la demande, explication, participation du médecin).

Généralement elle refusera les demandes qui lui paraissent illégitimes et le délai choisi pour répondre sera conditionné par la charge de travail, le degré de perturbation induit par la réponse et la position occupée par l'interne vis à vis du collectif. En d'autres termes, un interne qui n'est pas apprécié aura fort peu de chance de voir ses demandes aboutir dans des délais acceptables. Dans ces situations, les ressources langagières permettent généralement une réparation aisée des malentendus.

De la même façon, théâtraliser l'urgence en adoptant une démarche rapide et une élocution syncopée est sans doute l'une des attitudes les plus fréquemment utilisées par les infirmières en salle. Elle évite d'avoir à faire face aux questions des patients ou autorise des réponses évasives à partir d'un registre lexical limité. Lors des visites, passer devant une personne qui cherche du regard un soignant et déclarer, "Ha ! vous êtes là, madame X, pour votre mari ça va, on suit ce qu'on a dit" ferme par avance toute discussion. L'ensemble de ces attitudes ont avant tout pour fonction de persuader le patient, l'entourage ou le collègue d'auto-évaluer l'importance de ces demandes pour les effectuer au moment opportun, c'est à dire celui où il a le plus de chance d'obtenir une réponse de la part de l'infirmière.

Cependant, ce qui vient d'être évoqué ne veut pas dire que la maîtrise du flux des patients ne constitue pas un enjeu pour les infirmières. Ainsi, la

nuit, l'unité de réanimation du service de médecine reçoit des patients du service d'urgence¹. Chaque transfert est précédé d'un appel téléphonique au cours duquel l'interne de l'urgence annonce l'arrivée du patient. Pour l'infirmière de réanimation, il s'agit au contraire d'éviter toute nouvelle entrée en contestant le diagnostic de l'urgence ou en prétextant un manque de place dans l'unité. Certaines infirmières ont une grande expérience de ces jeux et savent poser les bonnes questions qui vont remettre en cause le diagnostic des personnels de l'urgence. Une personne en état d'ébriété peut avoir des contusions et de ce fait exiger un passage en traumatologie, les lésions provoquées par l'ingestion de produits toxiques ne nécessitent pas toutes une endoscopie. Dans cette partie de "poker" où les premiers tentent de libérer des boxes et les seconds de maîtriser leur charge de travail, la partie est perdue quand le patient arrive dans le service².

De la même façon, refuser un patient en invoquant la répartition égalitaire du travail entre les unités ou en démontrant qu'un patient ne relève pas de sa spécialité ou qu'il s'écarte trop du "profil moyen" de la salle sont des techniques couramment utilisées par les infirmières. Mais s'investir dans une telle négociation réclame du temps et de l'énergie pour un résultat fort aléatoire. De fait, la plupart tentent surtout de moduler leur offre et de négocier les délais d'application des soins. Dans les secteurs d'hospitalisation conventionnels, la durée d'hospitalisation n'est pas définie à priori mais soumise à l'appréciation des personnels soignants conditionnée par le taux d'occupation des lits³. Au même titre qu'il est possible de retarder

¹ Cette liaison directe avec les urgences a été une des raisons qui ont permis au chef de service de justifier la mise en place de cette unité.

² Que ce soit pour les collègues de jour ou pour l'interne de garde, une bonne infirmière est celle qui sait éviter les entrées. Aussi, il arrive que le SMUR transfère le patient sans prévenir l'unité pour éviter toute contestation.

³ Ce qui est appelé "le bon de sortie" doit être signé par le médecin mais la prise de décision ne relève pas seulement d'un jugement d'ordre thérapeutique. Le nombre de places disponibles par rapport aux entrées prévues et la stigmatisation du patient peuvent intervenir dans ce jugement.

ou plus généralement d'avancer une sortie, l'infirmière peut invoquer l'indisponibilité du patient pour négocier un report de certains examens¹.

1. 2. Les impasses de la rationalisation du travail infirmier: le cas des HPDD

Le bénéfice de la réduction de séjours (pour les patients) et une programmation plus efficace du travail soignant sont les raisons généralement invoquées pour justifier la mise en place des unités d'HPDD (hospitalisation programmée à durée déterminée)². Les horaires fixes (matin ou garde), la fermeture de l'unité pendant les week-end sont les principaux avantages attendus par les soignants pour compenser les impératifs de la programmation (des soins et des examens). Le recentrage de l'activité des infirmières sur les soins techniques rend le travail en HPDD plus "facile". Travail, qui pour des raisons d'image s'effectue aussi dans de meilleures conditions (l'HPDD est la vitrine du service et de l'hôpital). Pourtant, ce constat doit être relativisé:

- d'un côté, les infirmières sont généralement parvenues à réduire l'imprévisibilité inhérente à la réalisation d'une partie de leurs activités: Le patient est "hors jeu" et doit accepter de se soumettre aux étapes du parcours³. L'intervention des médecins dans le parcours est symbolique¹. La

¹ Cependant, il y a aussi une hiérarchie entre secteurs médico-techniques. Le passage au bloc peut difficilement être retardé, comme les examens qui exigent un transport vers un autre établissement et les unités médico-techniques où la liste d'attente est longue (caisson hyperbare, scanner, IRM, etc.). Radiographie, échographie, exploration fonctionnelle sont des examens qui peuvent être retardés ou reportés.

² L'HPDD implique un parcours normalisé et planifié selon un découpage de la temporalité en séquences d'investigations et/ou de traitements. Le médecin intervient à l'entrée puis à la sortie du parcours. Le travail de l'infirmière y est essentiellement composé d'actes standards liés au parcours. Le travail des aides-soignantes est expurgé des soins d'hygiène, de surveillance, de mobilisation fonctionnelle. Efficacité et rendement sont étroitement liés à la durée de séjour qui ne peut excéder 5 jours.

³ Le patient qui déroge à cette règle est transféré en secteur traditionnel. C'est généralement l'infirmière qui demande le transfert du patient.

redéfinition des fonctions des aides-soignantes autour d'une prestation hôtelière disqualifie le principe de coopération. Chacun intervient donc selon ses attributions à un moment et pour un temps bien défini.

- de l'autre, le travail administratif et les contraintes de la coordination des intervenants externes au service se sont intensifiés avec la rotation des patients. Les problèmes administratifs de prise en charge, de coordination des examens, des interventions, d'approvisionnement en médicaments spécifiques, désorganisent régulièrement l'activité des infirmières. Ces problèmes sont difficiles à gérer car ils renvoient à la rigidité et à l'épaisseur de l'organisation hospitalière. La gestion d'un volume important de prestations même simples met en jeu l'intervention de plusieurs services et nécessiterait une stabilisation du procès. Ce qui suppose pour les services médico-techniques de ne plus prendre d'urgences, pour les services administratifs, de réguler leurs prestations sur celles des unités de soins et pour les infirmières, de maîtriser totalement la tolérance aux examens pour chaque patient. Quand ces perturbations sont trop nombreuses, les patients sont contraints de revenir pour terminer leurs examens ou pour les recommencer (certains examens nécessitent une préparation spécifique) ce qui renforce le sentiment de routine et d'inutilité du geste même quand il est effectué avec beaucoup de dextérité.

Enfin, le différentiel dans le traitement accordé aux unités d'HPDD provoque des dissensions entre les soignants du service. Il faut dire qu'en moyenne, les HPDD bénéficient d'une dotation en personnel 4 à 8 fois supérieure aux autres unités et d'un budget de fonctionnement non moins important. Ce qui est perçu par les soignants des autres unités comme une

¹ L'intervention du médecin ou plus généralement le travail médical en cours d'hospitalisation sont perçus par la direction comme illégitimes et improductifs. Illégitimes car les procédures de prise en charge devraient permettre d'éviter ce qu'ils considèrent comme une renégociation du procès thérapeutique. Il est improductif car il consomme du temps sans faire tourner les machines.

"sur-dotation" au regard de la charge de travail est pourtant compréhensible dès lors qu'on applique les critères d'évaluation de l'activité des services hospitaliers¹. De fait, ces unités spécialisées (externalisées du service, de l'hôpital ou non), sont des espaces de soins en marge du service alors qu'ils devraient être à l'avant-poste et à l'arrière-garde du travail effectué dans les autres unités.

2. Les "coupures" : petits arrangements et symboles de la vie communautaire des unités de soins

La tentative de la direction de l'hôpital pour instaurer une pose quotidienne d'une demi-heure prise par roulement, participe de la rationalisation du travail hospitalier. Pour la direction, il s'agit avant tout d'utiliser le règlement pour faire respecter la durée légale du temps de travail dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des effectifs. L'objectif était de mettre fin aux petits arrangements dans les services et les surveillantes ont été fortement sollicitées pour faire respecter les directives.

Comme dans toutes les institutions où le travail est posté, la distribution des journées de travail et de repos constitue un enjeu pour les personnels. Lorsque la surveillante a bouclé le planning mensuel, le cahier des horaires est généralement pris d'assaut par les soignantes. L'alternance matin/garde sans temps de repos ou la succession de gardes sont les deux types d'horaires les plus redoutés par le personnel. Les échanges de journée de travail entre les soignants et les accords implicites sur les temps de récupération contribuent fortement à alléger ces contraintes.

¹Basé sur une réduction de l'activité des infirmières (c'est à dire éliminant toute l'activité de communication, de coordination, de planification, etc., ainsi qu'en ne prenant pas en compte les particularités des unités) le mode d'évaluation de la dotation en personnels est favorable aux unités d'HPDD dans la mesure où il correspond assez bien au travail qui y est effectué.

La plupart des agents ont été satisfaits de cette mesure qui a peu modifié les habitudes locales. Brancardiers, coursiers et ASH ont continué à prendre des poses courtes au long de la journée auxquelles est venue s'ajouter la coupure d'une demi-heure. Une coupure qui devient une récupération quand elle est prise en fin de journée, c'est à dire pour justifier un départ avant la fin légale du temps de travail auprès des surveillantes¹. Ce que les infirmières et les aides-soignantes ont refusé, c'est moins le principe que ses incidences sur la vie des unités. Souvent inapplicable en raison du manque de personnel², la pose par roulement implique d'être seule ou à deux pendant le temps de repos. Or, pour les soignants, la "coupure" c'est avant tout être ensemble tout en restant disponibles pour recevoir un malade qui rentre du bloc, d'un examen ou pour répondre au téléphone. Au cours d'une matinée de travail, les soignantes font deux coupures³. La première se déroule vers 10h après la distribution des petits déjeuners pour les aides-soignantes et des prélèvements pour les infirmières. La seconde marque la fin de la dernière série d'activités de l'infirmière (pose des perfusions, pansements, etc.) et de la distribution des plateaux repas.

La coupure du matin marque la fin de la demi-journée. Elle correspond à l'arrivée des externes et des internes dans le service. Ce sont les aides-soignantes qui préparent le café. Les denrées consommées sont les mêmes

¹ La dénomination a une importance. Pour les personnels, "les récupérations" sont des jours travaillés pendant les temps de repos inscrits dans la planification horaire. Elles renvoient à une négociation et à un accord implicite avec la surveillante. "Avoir des récupérations à prendre" correspond donc à des jours de repos que le service doit au personnel. C'est pour rompre avec ces arrangements que la direction souhaitait faire respecter le règlement.

² Pour établir une pose par roulement, il faut que chaque unité dispose de deux aides-soignantes et de deux infirmières. Le fonctionnement normal des unités est d'une infirmière pour deux aides-soignantes. Dans les discussions avec les surveillantes, les infirmières se sont empressées de réclamer plus de personnel. En réponse, les surveillantes ont proposé qu'elles soient en coupure dans l'unité.

³ Les poses courtes sont rarement possibles avant et après ces deux moments de la matinée. Elles sont plus fréquentes au cours de la garde (13h - 21h) avec une pose collective vers 18h. Le mode de gestion des temps de travail et des temps de repos dans les équipes de nuit est comparable à une matinée. Peu de poses de courte durée mais deux poses longues (vers 23h et 03h).

que celles des patients (pain, carré de beurre et de confiture). Cette part prise sur les consommables du service est considérée par les soignants comme un dû et revêt à ce titre une certaine importance (ce qui n'est pas le cas de l'encadrement). En médecine, il arrive qu'une surveillante de soins ou le chef de service passe prendre un café. Leur présence est généralement appréciée notamment par les infirmières qui y voient un intérêt porté à leur travail. Pour les soignants, il s'agit de reprendre des forces pour tenir jusqu'à la fin de la journée. On parle peu si ce n'est pour évoquer ce qui reste à faire. Au bout de 10 à 15 minutes, l'infirmière se lève montrant ainsi le signe de la reprise. Les fauteuils ou les chaises sont alors occupés par les externes qui pour la plupart débarrassent la table et rangent la salle de garde¹.

La coupure du midi correspond à la dernière pose avant l'arrivée de l'équipe de garde. On y consomme au mieux des plats préparés chez soi agrémentés des restes des plateaux conservés dans le réfrigérateur (compotes, fruits, yaourts, fromages), au pire des sandwiches achetés au distributeur ou les plateaux repas des patients qui ont quitté le service². Dans les unités où le repas est institutionnalisé, les soignantes se sont cotisées pour acheter tout le nécessaire (vaisselle, serviettes, couteaux, fourchettes, nappes, etc.). Les places sont réservées, des tours de rôle sont établis pour débarrasser, laver, essuyer et ranger la vaisselle. L'ambiance est très familiale, et comme toute famille elle reçoit des invités (collègues ou surveillante). Dans ce cas, tout aura été préparé en conséquence. L'une aura

¹ Les infirmières débarrassent rarement la table, mais les aides-soignantes encouragent cette pratique alors qu'elles la condamnent quand il s'agit des stagiaires médicaux.

² Avant que les commandes de repas ne soient planifiées par 48h, les aides-soignantes parvenaient occasionnellement à demander un plateau supplémentaire. La carte de régime ne comportait alors que des "plus" de desserts, de fromages, etc. Les petits stocks accumulés dans les unités par les aides-soignantes permettent d'agrémenter les repas ou de se sustenter pendant la garde. Ils sont destinés au collectif et les équipes apprécient peu la fouille en règle des réfrigérateurs des personnels de nuit.

apporté l'entrée, l'autre le plat principal et la dernière le dessert. La porte de la salle de garde est toujours fermée à la fois pour signifier la coupure et éviter que les discussions ne soient perceptibles de l'extérieur. Ceux ou celles (patients, stagiaires médicaux, soignants) qui tentent de franchir le seuil comprennent rapidement qu'il est inutile d'user de diplomatie pour obtenir une information à ce moment de la journée. Les brancardiers se contentent d'entrouvrir la porte pour signaler le retour du bloc ou l'entrée. La disponibilité atteint ses limites: celle du rituel. Les discussions portent généralement sur la sphère privée et peu sur le travail, si ce n'est pour se moquer des patients, des médecins ou des collègues. D'une façon générale, la vie du groupe est une distraction à l'hôpital. Humour et plaisanteries sont des constantes. Il en faut d'ailleurs beaucoup pour masquer une erreur commise par un chirurgien, pour accepter les mensonges qui l'entourent et pour faire face quotidiennement à la douleur du patient, à son handicap. Plaisanterie qui a aussi ses interdits (l'euthanasie, les décès, les adolescents, les enfants, etc.) et c'est toujours l'infirmière qui corrige les dérives, rétablit le calme et tempère l'excitation.

Après le déjeuner, le travail reprend lentement en attendant l'arrivée des premiers visiteurs et de l'équipe de garde pour les transmissions. Le changement d'équipe est le seul moment de la journée où la quasi-totalité des membres de l'unité est réunie. Les soignantes en profitent pour s'échanger les journées de travail ou occasionnellement pour célébrer naissance, anniversaire, promotion ou départ. Gâteaux, cadeaux circulent et s'échangent. L'ambiance est toujours conviviale, parfois nostalgique. Ces réunions sont généralement mises à profit par les infirmières pour définir le calendrier et les modalités d'organisation des fêtes annuelles de l'unité (repas, sorties collectives, rendez-vous de vacances). Organisation délicate

pour ne pas exclure ceux qui travaillent et toujours entourée de secrets (chaque unité du service cache aux autres le lieu et la date de ces fêtes). Ces grandes réunions de "famille" sont des moments importants de célébration du collectif. La liste des invités peut occasionnellement comporter un interne (qui va quitter l'unité) ou une ancienne infirmière de l'unité (si elle a quitté le service). Mais dans ce cas, la personne doit être cooptée et son invitation soumise à l'approbation des autres participants. Plus souvent, ce sont les maris ou les concubins qui sont invités. C'est d'ailleurs ce moment qui est choisi pour les présenter au reste de l'équipe.

Mais le changement d'équipe, c'est aussi le moment des transmissions. A la différence de celles du matin généralement effectuées en présence d'une surveillante de soins et au centre de l'unité, les transmissions de l'après-midi sont faites dans la salle de garde avec les personnels de l'unité. La densité de soignants (dans une pièce qui excède rarement 10 mètres carrés), l'excitation de la fin et du début de journée transforment ces échanges en cacophonie. Les consignes transmises correspondent généralement à l'énoncé simplifié des pathologies et de leur stade de développement. Cette réduction synoptique des informations suffit aux soignantes pour apprécier la faisabilité des tâches à accomplir dans la journée de travail. Dans tous les cas, les infirmières vont attendre le départ d'une partie des soignants du matin ou s'isoler du groupe pour évoquer les points sensibles concernant l'organisation du travail, les pratiques et la prise en charge des patients. C'est au sortir de cette confrontation qu'elles vont définir les priorités et la stratégie à adopter pour faire valoir leurs options. Selon les situations, elles vont faire appel à l'interne pour faire signer une demande d'examen, un changement de protocole, de posologie et/ou à la surveillante pour modifier une décision de placement, tenter de refuser une

entrée ou une sortie programmée, obtenir du matériel. Dans tous les cas, la prise de position ou la décision se veut ici collective et est revendiquée en tant que telle. C'est aussi pour ces mises au point concernant la vie au travail que les infirmières tiennent à conserver du temps pour les transmissions. Mises au point avec les médecins et entre les collègues qui entraînent parfois des conflits (sur la qualité du travail effectué ou de la prise en charge des patients) mais c'est plus souvent le compromis qui est recherché. Les uns et les autres savent que l'affrontement risquerait de paralyser le fonctionnement de l'unité¹.

Les transmissions sont des moments importants de la vie du collectif. Elles permettent de resserrer les liens, de réguler la vie du groupe. C'est aussi un temps pour que la parole des soignants puisse s'exprimer et celle des patients être transmise aux collègues. Celui ou celle qui a vu un patient "faire son paquet" profitera généralement des transmissions pour le dire aux autres². L'arrivée des collègues de l'après-midi est parfois attendue avec impatience quand la tension a été forte durant la matinée ou quand les événements ont été particulièrement difficiles à vivre. A ce titre, le moment des transmissions assure une certaine forme de mobilisation défensive et projective qui contribue à la santé mentale au travail. Là où les soignantes quittent le service pour se rendre à la cantine, la coupure du midi a été amputée d'une demi-heure. Et à moins de rester après sa journée de travail, il n'y a plus de temps pour ces échanges autres que la lecture du cahier de

¹ Pour les erreurs (de parcours, de traitements, chirurgicales) "le mal est déjà fait" comme le disent les soignantes. Seules les adaptations sont désormais possibles.

² Avant de décéder la plupart des patients effectuent des mouvements avec leurs avant-bras qui partent de l'abdomen vers le thorax. C'est ce que les soignants appellent "préparer son paquet". Dans ce domaine, les erreurs d'appréciation sont rares.

transmissions. La parole des aides-soignantes y est plus souvent marginalisée¹

Symboles de cette vie communautaire, ces deux coupures sont aussi les emblèmes de la maîtrise du rythme de travail par les collectifs. D'une part, elles sont conditionnées par les capacités individuelles des soignantes à s'organiser collectivement pour faire face à la charge de travail et aux aléas du fonctionnement de l'unité et des services. D'autre part, la coupure n'est pas seulement un temps pour se reposer et s'extraire du travail comme le pensent les patients et une partie de l'encadrement². C'est aussi un événement signifiant qui permet de resserrer les liens autour de l'usage des biens de la communauté et d'un territoire soignant. La fonction des coupures n'est donc pas tournée vers une stratégie de pouvoir fondée sur l'utilisation d'opportunités. Elles activent quotidiennement le collectif à travers la constitution d'un code de reconnaissance mutuelle. Lorsque les soignantes ont ressenti que le collectif était menacé, elles ont refusé les poses par roulement en invoquant le manque de personnel, les problèmes de sécurité et les incidences sur la prise en charge des patients.

Après avoir évoqué quelques-uns des éléments qui nous sont apparus déterminants pour mieux percevoir le fonctionnement des services hospitaliers et le métier de l'infirmière, nous voudrions maintenant poursuivre en cherchant à "pénétrer plus profondément dans la scène sociale où s'accomplit le travail, à comprendre les dispositions et les moyens sociaux et socio-psychologiques par lesquels les hommes rendent leur

¹ En réponse à leur marginalisation, certaines aides-soignantes ont mis en place leur propre cahier de transmissions.

² Quand les transmissions sont particulièrement bruyantes, les patients pensent que les soignantes font la fête. Les surveillantes quant à elles militent généralement pour des "transmissions plus efficaces" c'est à dire plus courtes et uniquement centrées sur le travail à faire.

travail tolérable et valorisant pour eux-mêmes et pour les autres"¹. Que se passe-t-il dans la relation entre un malade et une infirmière, et comment cela se passe-t-il ? Quels sont les savoirs mis en jeu par les infirmières pour atteindre les buts qu'elles se sont fixés ? Ce sont les deux questions auxquelles nous allons tenter d'apporter quelques éléments de réponse dans les pages qui suivent.

¹ E. Hughes, Le regard sociologique, op.cit, 1996

CHAPITRE 4

Savoir faire face ou les capacités nécessaires au travail infirmier

La relation de soins comprend un éventail très vaste d'activités (paroles, toucher corporel, intrusion, etc.) Mais quelles qu'elles soient, ces activités passent à travers une situation d'interaction soignant/patient et son interprétation, de même que son efficacité, dépendent de facteurs complexes et nombreux. L'aménagement spatial des unités, la division du travail, la vie des collectifs, sont des éléments mis en jeu dans la relation de soins. Ce ne sont pas les seuls mais ils nous sont apparus importants dans la mesure où ils contribuent à modeler un cadre général dans lequel s'inscrivent les rapports entre les infirmières et les patients. Afin de rendre compte des agencements possibles de ces activités, nous proposons d'évoquer quelques-unes des formes typiques que peuvent prendre ces combinaisons. Basée principalement sur des situations qui impliquent une relation directe au malade, cette tentative d'élaboration de catégories analytiques des savoirs infirmiers renvoie à la connaissance et aux pratiques des relations sociales construites dans l'exercice infirmier.

1. Le travail du patient

On ne peut donc évoquer le travail de l'infirmière sans parler des patients. La situation de la personne hospitalisée est très singulière par rapport aux situations quotidiennes de la vie ordinaire. Comme l'a montré A. Strauss, la complexité de la relation de soins à l'hôpital tient en partie au

statut ambigu et contradictoire du travail du malade. A la fois requis (sa coopération est souvent indispensable y compris quand il doit rester passif), il est illégitime dans la mesure où la relation de soins reste fondée sur la domination et le pouvoir de l'expert. L'imprévisibilité renvoie alors au jeu entre ces deux tendances modelées par des facteurs externes et internes au cadre de la situation de travail.

De ce point de vue, il y a peu de différences entre un service de chirurgie et de médecine, l'asymétrie des relations y est tout autant renforcée par la situation du malade hospitalisé, déshabillé, exposé, dépendant des soignants pour réaliser lui-même les fonctions qu'il assure habituellement seul. Ce sont les caractères sociaux et personnels des co-actants, l'aménagement spatial des unités, le fonctionnement des collectifs soignants, qui travaillent l'interaction de soins où les situations sont pré-définies et les rôles connus mais dont le déroulement nécessite des ajustements de rôles, de distances, de rythmes. Ajustements certes facilités par la routinisation de la vie à l'hôpital mais qui ne permettent pas de dresser un organigramme hiérarchique et linéaire des relations soignants/patients. D'une façon générale, le patient ne doit pas en faire trop, ni trop peu, collaborer au traitement sans empiéter sur la place de l'infirmière, lui fournir des informations précises mais pas à n'importe quel moment. Le patient peut interférer sur le déroulement des soins en n'effectuant pas le travail de coopération nécessaire mais il sait aussi qu'il ne doit pas se montrer trop envahissant. Dépasser ces limites, c'est s'exposer à la désapprobation de l'infirmière qui peut le sanctionner par une déclaration ou par la clôture prématurée de la séquence de soins. Entre le travail des soignants et celui des patients, c'est bien celui des patients dont l'issue est la plus incertaine.

Dans ces interactions, le patient n'est pas neutre. Qu'il soit passif ou qu'il coopère activement au bon déroulement de l'action de soins¹, en réalisant des tâches élémentaires ou techniques, son rôle est déterminant. Il est l'objet d'attentes qui, lorsqu'elles ne sont pas remplies ou quand elles s'insèrent mal dans les activités des personnels soignants créent des malentendus, augmentent la charge de travail ou annulent l'action engagée. Ce travail requiert un apprentissage en situation du rôle spécifique qu'il doit jouer. C'est généralement dans les premières rencontres que les soignants guident le patient pour qu'il acquiert les savoirs qui lui seront nécessaires durant son séjour. Comme on a pu le montrer précédemment, les différentes formes de vie sociale que les patients ont su recréer dans les unités de soins permettent aussi d'assurer une transmission de ces savoirs d'expérience. Guidés et soutenus par ces congénères "compétents" la plupart des patients jouent parfaitement leur rôle assigné par les soignants.

Les plus aguerris comme les malades chroniques maîtrisent les rudiments du langage médical, la lecture des analyses et savent interpréter les codes des soignants. Ce sont des patients avisés que les infirmières sollicitent pour tester la dextérité des stagiaires. Des patients à qui elles délèguent aussi une partie de leur travail. Certains réalisent eux-mêmes des gestes techniques parfois très compliqués², tous guident les gestes des soignants et mettent en place des conditions propices au bon déroulement des soins. Compétents dans la gestion de leur maladie, ils coopèrent

¹ L'approche de Parsons ou celle des interactionnistes comme A. Strauss ne sont pas totalement contradictoires dans la mesure où dans la relation de soins, il y a souvent une asymétrie et des formes de passivité du malade mais aussi une coopération avec les soignantes. A. Strauss, La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste. Paris, L'Harmattan, 1992. T. Parson, Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne, dans C. Herzlich, Médecine, maladie et Société, Paris-La-Haye, Mouton, 1970.

² J'ai toujours été surpris par la dextérité avec laquelle les enfants et les adolescents de l'unité de nutrition étaient capables de programmer les nutripompes, d'effectuer des gestes qui réclament une attention soutenue pour ne pas faire d'erreurs mortelles (comme évacuer les bulles d'air dans les tubulures).

activement au travail des soignants et contribuent de ce fait à alléger une partie de celui-ci.

Si tous les patients ne sont pas aussi compétents, il faut reconnaître qu'ils intègrent rapidement les codes de la vie à l'hôpital. Selon les moments de la journée, la manière d'entrer dans la chambre, les objets disposés sur le chariot des infirmières ou des aides-soignantes, ils savent que le cadre de l'interaction est pré-défini par les soins à accomplir. La grande majorité accepte ce cadre et le renforce en refusant d'en franchir les frontières. S'arrêter de travailler pour parler, apporter un café en dehors des heures, diffuser des informations, sont des pratiques qui introduisent le doute et destabilisent le patient ou son entourage. Si elles ne sont pas considérées comme déviantes, elles restent pour le moins anachroniques. De fait, la première barrière à franchir par l'infirmière qui veut modifier ce cadre est bien souvent celle du patient.

La relation de soins quelle que soit la forme et le contexte dans lesquels elle se déroule reste avant tout une "relation de service" à finalité univoque: "améliorer ou sauvegarder la santé des usagers". Un patient dont le corps est objet de la relation. Et à ce titre, il intervient évidemment dans l'échange que ce soit comme émetteur et support de signaux ou d'incidences. Le corps du patient est en jeu. Un corps dénudé, touché et dont "l'intimité" est transgressée ce qui bouscule les conventions et les stratégies protectrices de la vie courante. Pour reprendre le terme de E. Goffman, la face du patient est vulnérable. Certes, les rituels traversent l'ensemble de ces relations de face à face¹. Une ritualisation où les prescriptions comportementales

¹ E. Goffman, La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1: La présentation de soi. Tome 2, les relations en public. Paris éd. Minit, 1973. E. Goffman, Les rites d'interaction. Paris, éd. Minit, 1974.

jalonnent la relation de soins et permettent des formes variables de réassurance des partenaires qui offrent un minimum de sécurité interactionnelle. Discours programmatiques, stratégies d'évitement, participent d'une forme d'instrumentalisation de la relation facilitée à l'hôpital où la "technologie investie" est fortement présente. L'interposition d'une machine, d'une perfusion permet non seulement le détournement du regard mais aussi une certaine inhibition confortable des échanges. Cependant, cela ne veut pas dire pour autant que les expressions ou les mimiques soient totalement "régulées" par les technologies et maîtrisées. L'expression émotionnelle de la douleur ou de l'anxiété peut traverser l'écran technologique. De leur côté, les soignants peuvent aussi utiliser leurs ressources "émotionnelles" pour atteindre d'autres finalités. Construire une "bonne relation" avec le patient facilite aussi le travail des soignants.

2. Des savoirs pragmatiques

Contrainte d'assumer seule l'essentiel de la prise en charge des patients, elle est donc amenée quotidiennement à redéfinir sa pratique. Simultanément instrumentales et interactives, les pratiques de soins des infirmières ne se réduisent pas à la dichotomie communément admise entre des soins de nature technique (dont l'outil serait le support essentiel) et des soins relationnels (pour lesquels la communication verbale, gestuelle et sensorielle serait l'apanage). De la même façon, les contraintes liées au mode d'exercice (plus ou moins technique et spécialisé) ne constituent pas des variables déterminantes dans l'orientation de la pratique.

Qu'il s'agisse de poser un cathéter dans une salle confinée, de remplir un questionnaire d'entrée dans l'intimité d'une chambre ou de veiller au bon

déroulement d'une euthanasie passive, ces pratiques peuvent être indistinctement perçues comme techniques ou relationnelles. En d'autres termes, elles sont liées au sens que l'infirmière leur accorde dans la situation de travail. Selon cette perspective, l'analyse des savoirs professionnels renvoie aux représentations concrètes incluant des modèles professionnels, des valeurs, des visions du monde orientés vers le contrôle des situations, la résolution de problèmes et la réalisation d'objectifs.

A cet égard, la pratique qui consiste à attacher les patients est assez explicite. Pour les personnes perturbées ou inconscientes, leur neutralisation par les liens et les barrières trouve une justification évidente. Dans d'autres cas, ce geste est plus lié à la représentation que les soignantes se font du patient et de la pathologie. Il ne répond pas toujours à une nécessité, mais participe d'une idéologie et de la socialisation professionnelle. L'objectif est alors de neutraliser un patient en qui "on n'a pas confiance". Des patients qui ont en commun leur appartenance à un groupe particulier et c'est cet étiquetage dans un "groupe à risque", qui préside au geste et à la mise à distance. C'est souvent le cas des toxicomanes. Perçus comme potentiellement porteurs du VIH, voleurs, instables et dangereux, ils subissent une prise en charge essentiellement instrumentale où les gestes à accomplir structurent l'essentiel des échanges. Cette mise à distance par la technique provoque souvent une réaction de rejet de la part du toxicomane. Réaction attendue, voire souhaitée et revendiquée de la part des soignantes. Généralement désabusé, ce dernier "se sauve du service", renforçant du même coup la représentation que se font ces soignantes des toxicomanes. "Ce sont des gens qui ne veulent pas se soigner et qui viennent à l'hôpital pour piquer des médicaments".

Dans d'autres cas, l'appartenance à un groupe particulier peut être ignoré comme pour les personnes âgées. Une fois admises dans le service, elles sont déshabillées, couchées et rapidement "techniquées"¹. Souvent choquées, perdues ou paniquées à la suite des événements et du parcours qu'elles viennent de subir, un bon nombre de ces personnes âgées sont incapables de répondre au questionnaire d'entrée. Cette incapacité implique la mise en place d'une grille d'évaluation standardisée qui comprend de nombreux items portant sur la définition des lieux, la mobilité, les capacités, etc. Toujours incapables de donner la dénomination précise du service, l'étage, la date, le motif d'entrée, etc., ces patients comptabilisent peu de bonnes réponses. L'infirmière note alors sur son dossier "personne de 75 ans, entrée pour ..., confuse, à surveiller et à attacher la nuit". Cette première stigmatisation si elle est confirmée par d'autres soignants, aboutit généralement à une réorientation du parcours du patient vers une unité spécialisée.

Bien que la démarche soit différente de celle adoptée pour les toxicomanes, la mise à distance et le but poursuivis par l'infirmière se conjuguent pour signifier au patient qu'il ne relève pas de sa spécialité. La mise à distance est alors un élément qui contribue à déclasser puis à éliminer le mauvais client. Un client qui peut aussi refuser cette étiquetage et son renvoi lorsqu'il ne lui paraît pas justifier.

De la même façon, le "bonjour, bien dormi" de l'infirmière qui franchit le seuil de la chambre renvoie moins aux civilités d'usage qu'au ton directif de rigueur à l'hôpital. A défaut de frapper avant d'entrer dans la chambre, on

¹ Techniquer un patient veut dire lui poser une perfusion. Pour les soignantes, c'est une façon de réduire la mobilité des patients tout en leur montrant qu'elles s'occupent d'eux. Il est communément admis que techniquer rassure le patient.

dit bonjour pour ouvrir la première rencontre de la journée. Si le but de la rencontre est un geste technique, les recommandations ou les bribes d'informations énoncées au cours des soins serviront essentiellement à réguler le déroulement des soins. Que l'infirmière soit seule ou accompagnée ne modifiera pas les modalités de l'interaction. Les gestes rapides accompagnés d'un échange verbal bref aux différentes étapes du processus visent à bloquer les demandes du patient. Ouverture, échanges au cours de la rencontre et clôture se ressemblent. C'est l'infirmière qui prend l'initiative, ce qui laisse généralement peu de place pour les propos "hors sujets". Bien souvent le malade ajuste son comportement à la situation. Il obtempère et ne dit rien ce qui stimule une parole réconfortante de l'infirmière notamment si les soins ont été douloureux. La coopération du malade est requise mais dans un cadre étroit, celui du geste à accomplir.

Ces pratiques montrent que les savoirs professionnels des infirmières sont avant tout pragmatiques, c'est à dire forgés dans des situations concrètes (ou contextes d'actions) liées au mode d'exercice hospitalier. Pour appréhender les agencements possibles de ces savoirs professionnels, il faut donc revenir sur le contexte d'action particulier dans lequel s'exprime l'orientation axiologique et psychosociale des pratiques de soins des infirmières. Dans ce cadre, parler de contexte d'action ne renvoie pas seulement à des situations qui se répètent, et pour lesquelles on peut observer une pratique correspondante. Il faut aussi percevoir le sens que l'infirmière lui attribue. A cet égard, les exemples évoqués précédemment démontrent que les pratiques des infirmières et leurs régularités apparentes ne peuvent être interprétées en dehors des significations que l'infirmière accorde à ce qu'elle fait et à ce qu'elle dit.

Nous proposons à cet effet de considérer l'exercice infirmier comme une activité d'intermédiation caractérisée par une combinaison variable entre deux dimensions (instrumentales et interactives) visant à réaliser des activités (sérielles et historiques) dans le cadre d'interactions sociales et cognitives avec les patients et d'autres personnels. Chacune de ces combinaisons qui concentrent un ensemble de cadres socioculturels, organise l'orientation axiologique et psychosociale des pratiques de soins des infirmières.

3. Les deux dimensions de l'exercice infirmier

De façon heuristique et idéale-typique, nous pouvons distinguer ici deux dimensions (instrumentale, interactive) intimement corrélées dans la pratique des infirmières hospitalières

- La dimension instrumentale: au cours de sa pratique quotidienne, l'infirmière s'efforce de coordonner, d'organiser, de manipuler des moyens et de contrôler des situations pour parvenir à des objectifs définis par l'organisation dans laquelle elle travaille. Ce sera par exemple, la gestion des entrées/sorties, la planification des soins et des examens, la réalisation de soins comme les prélèvements, la pose de perfusions, la réalisation de pansements, la distribution de médicaments, la surveillance de constantes biologiques, etc. Le déroulement de ces activités formalisées et relativement standardisées, implique une division marquée du travail entre les personnels (internes, externes, aides-soignantes), un contrôle plus ou moins centralisé et hiérarchisé des prises de décisions. Cette dimension instrumentale nécessite essentiellement des savoirs techniques et correspond à la part reproductible du travail soignant.

- La dimension interactive: il s'agit souvent d'événements ou d'une chaîne d'événements concernant un patient, un groupe de patients ou le fonctionnement de l'unité de soin. Ces événements singuliers qu'il faut distinguer des incidents ou de l'urgence obligent l'infirmière à adapter sa pratique, à improviser des conduites, à mobiliser ses savoirs d'expérience. Cette dimension ne supporte pas d'être définie indépendamment du contexte d'action. Elle n'est jamais reproductible à l'identique.

3.1 Dimension instrumentale, activités sérielles et savoirs techniques

La pose de perfusions, la distribution de médicaments, la mise en place de seringues auto-pulsées sont des soins techniques simples. Ils nécessitent peu d'apprentissage et sont à priori reproductibles. On peut les qualifier d'activités sérielles, c'est à dire concernant le même type de soins réalisés sur plusieurs patients. Elles relèvent généralement de prescriptions écrites ou orales et sont soumises à des procédures normalisées dont l'application dépend de la responsabilité de l'infirmière. Dans toutes les unités de soins, ces activités sont répertoriées sur le tableau mural des planifications.

Cette planification constitue le canevas de la journée de l'infirmière. Son maillage se resserre en fonction de la complexité et de la technicité des soins, du nombre de malades et de leur état, du nombre d'exams ou d'interventions prévus pour chaque patient. Toutefois, elle peut évoluer en fonction d'incidents qui réorganisent les priorités et impliquent des choix thérapeutiques. Aussi, son déroulement se redéfinit constamment en fonction de l'état d'avancement du travail des autres catégories de

personnels et peut être interrompu (par les demandes des patients, d'autres personnels, le téléphone, entrées/sorties de patients).

Ces activités sérielles renvoient à la dimension instrumentale des pratiques de soins des infirmières et mobilisent essentiellement des savoirs techniques transmis au cours de la formation. Le déroulement optimum de ces activités dépend principalement de la dextérité de l'infirmière. Toutes les infirmières débutantes (ou récemment arrivées dans l'unité) commencent leur carrière hospitalière par l'incorporation de ce modèle professionnel. C'est d'ailleurs une des raisons qui les poussent à se diriger en priorité vers ces structures où la diversité des pathologies, des traitements et des techniques est la plus importante. Pour beaucoup, le savoir de l'infirmière est alors assimilé à un savoir technique, au sens large du terme.

Cette dimension instrumentale intervient doublement sur les pratiques des infirmières:

- d'une part, la maîtrise de ces techniques requiert de l'expérience. Celle-ci correspond à l'apprentissage de mécanismes du type stimuli/réflexe qui permettent d'intervenir sur des situations qui se répètent. Une fois transmis les quelques "tours de mains" qui rendent plus précis et plus rapides l'exécution de ces soins techniques, c'est dans la répétition des gestes que l'infirmière va construire son expérience. Progressivement, elle va parfaire l'utilisation de ses sens lui permettant de trouver la "bonne veine", d'évaluer la gravité d'un escarre et de mettre en place une démarche qui lui semble appropriée.

- d'autre part, cette dimension de la pratique se confond avec la résolution instrumentale de problèmes basés sur l'application de techniques scientifiques. L'infirmière devient une technicienne dont les outils ne

peuvent être que techniques. L'évaluation, l'ajustement et la résolution de problèmes qui relèvent des besoins fondamentaux de la personne humaine trouvent alors une solution technique ou sont ignorés.

Ainsi, face aux problèmes de malnutrition de plus en plus fréquents chez les patients hospitalisés pour une longue durée, on répond aux carences alimentaires (dus à la qualité des repas et/ou au refus obstiné du patient à ingérer les substances présentées), par une alimentation médicalement assistée (sonde gastrique). Dans les services de chirurgie, la rééducation fonctionnelle devient une "affaire de tubes et de machines" qui, une fois supprimés, démontrent leur inefficacité. De la même façon, un patient angoissé qui pose des questions avec insistance aux soignants peut être étiqueté parmi les mauvais malades (perturbé voir violent). Une fois signifiées sur son dossier médical, ces informations vont intervenir négativement sur son parcours et sa prise en charge¹. Peu à peu, les soignants vont être moins prévenants jusqu'à ne plus répondre à ses sollicitations. Il s'agit là d'une des formes les plus visibles du pouvoir des soignants. Utilisé indistinctement par les aides-soignantes ou les infirmières, il se traduit généralement par l'abandon du patient dans une situation inconfortable, voir insupportable.

Cet étiquetage produit parfois le déclassement du patient indépendamment de sa pathologie ou de son état global. Une fois déclassé, il peut être plus facilement et surtout plus rapidement renvoyé du service. Ce renvoi, lorsqu'il est jugé prématuré par le patient ou son entourage peut provoquer des conflits entre le patient qui refuse de quitter le service et les soignants qui lui signifient sa sortie. Dans cette lutte dont l'enjeu est la

¹ Dans ce cas, sur le dossier, il est généralement inscrit: "refuse la prise en charge médicale".

définition légitime du statut du malade¹, le monopole de la décision est détenu par le corps médical. Les patients ont alors bien peu de chance d'obtenir une révision de la sanction si les infirmières n'intercèdent pas en leur faveur.

Le cas des patients alcooliques, pour lesquels une sortie mal préparée se traduit généralement par un retour rapide dû à une alcoolisation brutale, est à cet égard exemplaire. Ces malades désorientés, dont le retour est attendu par les soignants, passent généralement par deux phases. La première se caractérise par un état de prostration. Persuadés qu'ils vont entrer en crise, ils ne bougent plus de leur lit et tentent de maîtriser les tremblements et les douleurs qui les agitent. La jovialité laisse alors la place à la torpeur puis à la frayeur. Lorsqu'ils sortent de leur léthargie alcoolique (après la crise de delirium tremens si elle a eu lieu²), ils retrouvent peu à peu la maîtrise de leurs fonctions (parole, mouvement, etc.). C'est dans les premiers moments qu'ils sont les plus vigilants. A la peur de ne pas retrouver toutes leurs fonctions vient s'ajouter celle d'une parole ou d'un geste mal maîtrisé qui pourrait être mal interprété. Comme pour la conjurer, ils tentent de convaincre les soignants de l'amélioration concomitante de leur état physique, psychique et moral, en les apostrophant régulièrement pour leur demander s'ils sont "gentils" ou "de bons malades". Avant que le manque ne se fasse à nouveau ressentir, ils coopèrent activement au travail des soignants. Comme le disent les infirmières, ils sont "doux comme des agneaux". Des soignants qui n'hésitent jamais à leur rappeler les conditions

¹ T. Parson, Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne, dans C. Herzlich, Médecine, maladie et société, op.cit, 1970.

² Ces crises ne devraient pas exister à l'hôpital. Les protocoles permettent, lorsque la prise en charge est assez rapide, d'éviter cette crise dangereuse pour les patients qui en gardent souvent des séquelles, mais aussi pour les soignants.

de leur première hospitalisation et le renvoi est clairement exprimé comme une sanction éventuelle à leur "mauvaise humeur".

Ces exemples montrent que cette dimension instrumentale est:

- possible si ces pratiques sont considérées comme des formes de sanctions qui caractérisent les rapports de pouvoir entre soignants et reclus. Les patients qui en connaissent le fonctionnement peuvent alors accepter et éventuellement développer des stratégies leur permettant de bénéficier d'une meilleure considération. Ils peuvent aussi les refuser et rejeter du même coup la prise en charge qui leur est proposée.

- révélatrice d'une prise en charge atomisée qui réduit l'exercice infirmier à la résolution d'équations thérapeutiques en dehors des problèmes individuels. Dans ce cadre thérapeutique limité à des pathologies désincarnées, l'individu et ses incertitudes doivent être expurgés au risque de contrarier la prise en charge. Ainsi, on ne traite pas l'alcoolisme, mais les manifestations pathogènes de l'alcoolisme (cirrhose, delirium tremens, etc.).

- adaptée à un environnement dominé par le modèle technico-scientifique. La pratique des infirmières devient une science appliquée et l'infirmière une technicienne spécialisée capable de résoudre une grande partie des problèmes par des actes techniques. Dans ce contexte, s'approprier et maîtriser les techniques légitime et donnent sens à la pratique des infirmières tout en démontrant ses capacités d'ajustement. La raison technique qui prévaut dans cette conception, amène les infirmières à rechercher en permanence des solutions techniques à tous les problèmes interactionnels. A travers la technique, c'est donc l'imaginaire technique et sa rigueur scientifique que recherchent les infirmières.

Pour résumer ce qui vient d'être dit, il est difficile de nier le poids et la pertinence de cette dimension instrumentale des pratiques de soins des infirmières hospitalières. Ce qui a été évoqué précédemment à propos de la programmation des soins montre que le lien qui relie cette dimension avec les activités sérielles et les savoirs techniques est particulièrement ténu dans les CHU. L'intensification des rythmes de travail avec la réduction des durées d'hospitalisation, la récurrence des pathologies et des procédures thérapeutiques rend aussi ce mode d'exercice plus prégnant. La parcellisation/spécialisation des tâches offre alors un moyen efficace pour se prémunir de toute responsabilité. Les échecs et les erreurs deviennent techniques et les objectifs à atteindre sont les actes inscrits au tableau. Dès lors les contacts avec les patients doivent être limités car ils perturbent la définition de la nature de l'objet de travail sur laquelle repose ce mode d'exercice.

En tant que modèle idéal-typique, ce mode d'exercice demeure cependant limité à certaines unités comme les salles de réveil qui "autorisent" la déshumanisation et le recours à la violence, à l'autorité et à la persuasion. Il ne s'agit pas pour autant de substituts pragmatiques aux déficiences des savoirs infirmiers, mais de procédures et de routines considérées comme des préalables à ces pratiques de soins spécialisées. La domination exacerbée de la part de technicité qui réside dans ces modes d'exercice n'est d'ailleurs possible qu'à cette condition.

Pour autant, si la maîtrise des savoirs techniques constitue un préalable à l'exercice hospitalier, on ne peut réduire l'ensemble des pratiques de soins à cette liaison déterministe entre dimension instrumentale, activité sérielle et savoirs techniques:

- d'une part, cette dimension n'exclut pas les savoirs d'expérience. Chaque contexte d'action ouvre chez l'infirmière un répertoire de solutions construit et enrichi au cours d'une longue pratique du métier. Si les solutions techniques sont plus régulièrement appelées dans ce répertoire, il faut reconnaître que les savoirs d'expérience participent à la perception de la situation. Au delà "des façons de s'y prendre" qui renvoient à un apprentissage spontané ou organisé de gestes et de discours permettant de maîtriser des situations qui se répètent, les savoirs d'expérience sont aussi idéologiques. Mis au service d'une instrumentalisation de la prise en charge des patients, ils peuvent interférer sur la relation, retarder une décision, etc. C'est notamment le cas lorsque le patient résiste, ou refuse la prise en charge.

- d'autre part, ce lien entre activités sérielles et savoirs techniques ne peut escamoter la dimension interactive de l'exercice infirmier. Une dimension qui ne peut être enfermée dans une psychologisation ou une rationalité techniciste abusive.

3.2 Dimension interactive, activités historiques et savoirs d'expérience

Comme nous l'avons montré, selon les contextes d'action dans lesquels ils sont impliqués, une partie des soignants parvient à déshumaniser les corps sur lesquels ils interviennent. Dans ce cadre, il n'est pas indispensable d'obtenir la collaboration, ni même l'accord du patient. La parcellisation et la spécialisation technique des tâches offrent alors un moyen suffisamment efficace pour se prémunir de toute responsabilité et pour éviter en partie les négociations avec les patients et leur entourage. Ainsi, dans les blocs

opératoires, seules subsistent les "interactions fonctionnelles" qui permettent d'installer le patient et de mener à son terme l'opération.

Cependant, on ne peut réduire l'exercice infirmier à des savoirs techniques complétés par des "qualités féminines". Certes, la maîtrise de ces savoirs constitue un préalable au travail hospitalier et ce n'est qu'une fois acquis une certaine dextérité, que l'infirmière peut libérer sa pratique des contraintes qui pèsent sur ce mode d'exercice. En ce sens, si la dextérité rend possible le détachement, elle donne aussi la possibilité à l'infirmière d'utiliser l'objet officiel de la rencontre (les soins techniques) comme prétexte ou comme support préalable à des interactions de communication plurifonctionnelle (informative, régulatrice, affective, etc.) et multicanale (verbales, gestuelles, sensibles). En ce sens, la routine qui accompagne les soins techniques (dont se plaignent souvent les infirmières) est potentiellement productrice d'objectifs alternatifs qui renvoient à la dimension interactive des pratiques de soins.

Ces objectifs sont alternatifs dans le cadre hospitalier car:

- la planification des soins réduit l'exercice à des "soins tâches" et ne reconnaît pas cette dimension de l'exercice infirmier. La dotation en personnel étant fonction de ce mode d'évaluation, la charge de travail qui pèse sur les soignants laisse peu de temps pour les activités autres que sérielles.

- les patients ont une représentation du rôle de l'hospitalière fortement marquée par le stéréotype de l'experte en soins techniques. De fait, lorsqu'une infirmière ouvre la porte de leur chambre avec son chariot rempli de perfusions, les patients s'attendent essentiellement à recevoir une

prestation technique ou des informations succinctes sur cette prestation et celles à venir.

- L'espace des unités de soins limite les lieux où l'infirmière peut engager une interaction communicationnelle longue avec un patient et/ou son entourage sans qu'elle soit perturbée. Trouver un lieu, un moment approprié et lui donner une consistance temporelle réclament beaucoup de persévérance et d'attention de la part de l'infirmière.

Nous proposons donc de qualifier d'interactive la dimension des pratiques de soins qui mobilise des savoirs techniques et/ou d'expériences pour stimuler, mettre en place et développer des interactions autour d'activités "historiques". Ces activités historiques correspondent au traitement par l'infirmière d'un événement ou d'une série d'événements concernant un patient, un groupe de patient ou le fonctionnement de l'unité. Dès lors, elles sont soumises aux contraintes et aux contingences de la situation dans laquelle viennent se jeter les destins individuels des acteurs directement impliqués. Le patient y est perçu par l'infirmière comme un individu social, actif et capable de résistance. Aussi les activités historiques comportent une part d'indétermination dans leur déroulement et dans leur résultat. Elles prennent des configurations et des modalités aussi variables que les objectifs poursuivis.

Ce qui a été qualifié précédemment d'improvisation en fait partie. Adapter un traitement, modifier un protocole de prise en charge, stimuler un espoir raisonné qui place le patient dans une disposition favorable pour aborder un traitement, une opération, ou le temps qui reste à vivre ce travail, favoriser les échanges entre les patients d'une salle commune (que ce soit en intervenant sur l'aménagement de la salle, en jouant le rôle

d'entremetteur, en modifiant le plan de salle), etc., sont des activités qui peuvent être qualifiées d'historiques. De façon schématique, on peut dire que ces activités ont pour objet les besoins de la personne humaine prise dans sa globalité. De la qualité de ces activités historiques découle une meilleure perception de tous les états du patient dont le corps est simultanément le support, le contenant et l'expression. Au cours de leur déroulement, l'infirmière peut agir seule ou interagir avec d'autres catégories de personnels (dont certaines peuvent être extérieures à l'équipe soignante comme dans l'exemple de l'unité de nutrition). L'ensemble de ces personnels internes ou externes à l'établissement constitue un réseau de relations aux mailles plus ou moins distendues que les infirmières mobilisent de façon régulière pour résoudre des problèmes auxquels elles sont confrontées dans le cadre de ces activités historiques. Ainsi, selon les contextes d'action, ces interactions mobilisent des savoirs techniques, des savoirs théoriques, des savoirs-faire, des savoirs-être, etc., et obligent les infirmières à rechercher des compromis, à coopérer, à négocier ou à s'affronter avec les collègues ou les familles. Dans ce cadre, l'exercice infirmier est pris dans différents champs où interviennent l'administration, les médecins, les usagers, les associations et d'autres groupes professionnels.

Contrairement aux activités sérielles pour lesquelles il est possible de définir un espace, un temps et une unité de mesure, la durée des activités historiques n'est jamais donnée par avance. Elle se prolonge tant que l'infirmière n'a pas trouvé de solution satisfaisante et peut s'étendre en dehors du service ou de l'hôpital. C'est le cas lorsque le réseau de l'infirmière déborde le cadre hospitalier ou quand les soignantes se réunissent pour évoquer ensemble la prise en charge d'un patient.

En d'autres termes, les activités historiques ont toujours une base fondée sur l'intimité d'une relation et comportent une part variable d'affectivité. C'est donc dans un agencement toujours provisoire entre ces deux dimensions des pratiques de soins que sont activés les savoirs d'expérience nécessaires aux activités historiques. La variabilité de cet agencement dépend alors principalement de l'histoire des individus qui construisent leur système de représentation et définissent une orientation éthique et socio-politique de leur rôle professionnel. Ces savoirs d'expérience, appropriés par les acteurs, peu ou pas formalisés et puisant à des sources multiples (cognitive, idéologique, affective), tendus entre institution et savoirs explicites, entre technique et idéologie professionnelle¹ ne sont pas neutres quant à la reconnaissance interne au collectif. Ils y sont associés et permettent aux infirmières de repérer les situations, de définir les problèmes et d'établir un mode d'action. Ils se réfèrent à des modèles professionnels et à des représentations incluant des valeurs, des visions du monde. Ils désignent des modalités d'effectuation d'opération de travail en référence aux connaissances acquises par et pour elle.

A ce titre, ils nécessitent un apprentissage en situation et leur mobilisation renvoie au sens que l'infirmière accorde aux pratiques de soins. Même s'ils sont parfois difficilement "dicibles", une partie de ces savoirs, dont l'imprégnation est dépendante de l'expérience biographique des infirmières, est transmise selon des procédures partiellement codifiées. Il s'agit essentiellement de la mise en commun du vécu, des savoirs-faire et des savoirs-être au sein des équipes soignantes. Explicitée sous forme de "recettes", cette transmission passe souvent par l'initiative de "tutrices".

¹ E. Charlon, L. Demailly, O. Dembinski, F. Inisan, P. Roquet, M.C. Vermelle, "Contribution à l'étude de la socialisation professionnelle et de la formation des compétences: les modes de transmission et de socialisation des savoirs d'expérience". Communication aux journées de l'IFRESI, 30-31 mars 1994.

Réalisée sous une forme proche du compagnonnage, cette transmission parcimonieuse des savoirs d'expérience se fait à la marge des activités techniques. Variables selon les unités, ces procédures de mise en commun reposent sur une conception traditionnelle "des risques du métier" et des "capacités" nécessaires à l'exercice infirmier. Comme dans beaucoup de métiers de la prise en charge de la personne, le risque consiste à sur-investir ce que l'on vit avec le patient. Dans ce cas, très fréquent, en début de carrière, l'infirmière a souvent surévalué ses capacités d'empathie. Son histoire se confond avec celle du patient. Le décès, la souffrance ou la non-résolution des problèmes créent des drames qui marquent définitivement la soignante. Or, pour les infirmières il faut "en passer par là", il faut "se brûler avec les patients" pour apprendre les limites à ne pas dépasser. Chaque infirmière porte en elle au moins une de ces "brûlures" qui lui rappelle constamment "ses limites". Les capacités renvoient quant à elles à la survie du collectif. Dans cet environnement parfois rude, la réussite du travail en équipe et le maintien de l'équilibre individuel sont soumis à certaines conditions:

- l'environnement relationnel du collectif doit être suffisamment sécurisant pour maintenir une cohésion indispensable.
- si un événement survient ou si une situation se modifie, il faut "pouvoir faire face" techniquement mais surtout humainement.
- le dispositif de circulation de la parole dans le collectif doit permettre la cohésion, le réconfort, l'aide.
- le collectif doit être un réseau d'échange de savoirs.

Dans le cas contraire, c'est à dire si le collectif n'est pas susceptible de procurer une partie de ces ressources (affectives, cognitives, matérielles, normatives), l'infirmière hésitera à s'engager dans des histoires avec les

patients, moins par peur de "l'attachement" qu'en raison du faible impact que va avoir sa démarche auprès du patient. On a montré précédemment l'importance de la cohésion/coopération du collectif de travail et la zone d'initiative (faible mais réelle) dont il dispose pour adapter la prise en charge des patients. Comme le dit une infirmière "on ne démontre pas à un alcoolique les avantages d'un placement en sevrage, mais on peut l'amener à accepter les risques de l'alcool. Pour ça, il faut en parler et se mettre d'accord sur ce qu'on dit"¹.

4. La conduite du patient pendant les activités historiques

La relation de soins est une relation à "positionnements" multiples qui réclame des degrés divers d'implication de la part des co-actants. S'agissant de la conduite du patient dans le cadre des activités historiques, être attentif aux gestes autant qu'à la parole, c'est pour l'infirmière récupérer une somme appréciable et plus ou moins affinée de données qui visent à mieux percevoir le patient. C'est un "enrichissement" pour la relation soignant/soigné qui permet d'adapter la prise en charge du patient ou à tout le moins de faciliter le déroulement des activités où sa participation est requise.

Même si certains aspects appartiennent en propre à chaque infirmière, les façons de procéder en fonction des objectifs poursuivis sont aussi construites socialement et nous paraissent pouvoir faire l'objet d'une description. Car en pratique, l'infirmière exécute des soins, discute avec le patient, sa collègue et cherche à capitaliser différentes informations sur le

¹ Dans cette unité, le taux de ré-hospitalisation successive des patients est très élevé. Et ce n'est sans doute pas un hasard si deux infirmières ont décidé de modifier leur mode de prise en charge. Avoir moins d'alcooliques ou les voir moins souvent est aussi un des bénéfices attendus par les soignants.

patient. Toutes ces activités sont donc étroitement intriquées les unes aux autres et composent une séquence plus ou moins discontinue et éminemment contextualisée. L'infirmière ne se "pose" pas devant le patient pour l'observer comme pourrait le faire le médecin dans le cadre du cabinet médical. Dans la plupart des situations observées, elle utilise des voies détournées pour "atteindre" le patient. Ce qui est présenté ici n'a pas non plus la prétention de constituer une typologie des scénarios possibles mais plutôt de souligner le caractère composite des activités engagées. Une approche plus fine de ces histoires exigerait en effet d'y intégrer les trajectoires des infirmières et des malades, leur rapport subjectif à celle-ci, l'histoire et le fonctionnement des collectifs, le contexte dans lequel prennent place ces activités. Les outils que nous avons utilisés ne permettent pas ce type d'approche fine. C'est donc essentiellement le point de vue de l'infirmière qui est évoqué ici à travers les buts qu'elle poursuit.

Pour l'infirmière, engager une discussion à partir des indices laissés par le patient sur sa table de chevet ou à propos des soins peut participer d'une forme de civilité d'usage. Dans le cas d'une activité historique, elle vise avant tout à construire une relation satisfaisante avec le patient permettant de recueillir des informations nécessaires au déroulement de ses activités et/ou de stimuler la participation du patient. Le contenu des discussions peut donc avoir plus ou moins d'importance selon le ou les objectifs poursuivis par l'infirmière:

- Si l'infirmière tente de décrypter les signes physiologiques à travers les positions adoptées, la respiration, l'élocution, la sudation, la fièvre, la discussion sera ouverte jusqu'au moment où elle va mettre à contribution le patient pour confirmer ou infirmer son diagnostic. Dans ce cadre la

discussion est avant tout un outil d'évaluation. Faire parler le patient donne du temps pour l'observer.

- S'il s'agit de recueillir des informations concernant le parcours thérapeutique, l'environnement familial, les habitudes de vie, la discussion sera systématiquement recentrée sur les thèmes privilégiés par l'infirmière. Les questions seront de plus en plus précises et directives comme les recommandations éventuelles. Faire parler le patient est une façon de l'aider dans son travail de signalement, de description ou de remémoration des symptômes, de son histoire, de sa maladie.

- S'il s'agit de stimuler la participation du patient pour évaluer ses dispositions psycho-affectives et émotionnelles, évoquer les risques encourus par une opération ou le non-respect du traitement¹, envisager un suivi en dehors de l'hôpital ou un placement dans une institution adaptée, négocier un changement d'habitudes ou d'attitude, le placer dans une disposition "favorable" pour aborder la vie avec un handicap, une maladie dégénérative et trouver les conditions adaptées à ces situations, accepter une dépendance, soutenir un patient qui va mourir, etc., c'est à dire pour engager une histoire longue, l'infirmière va généralement utiliser des voies détournées.

Que ce soit en salle ou en chambre, obtenir la participation du patient réclame du temps pour que les co-actants parviennent à s'extraire du scénario technique et plus encore pour que le geste relationnel ou l'histoire trouvent une place légitime dans l'interaction de soins. Dans le cas contraire, la question paraîtra indiscrete, le geste ou le contact physique déplacé. Le résultat escompté ne sera pas atteint et le travail d'approche du patient à

¹ Je pense ici plus particulièrement aux malades dialysés dont une partie ne respecte pas du tout les régimes et les traitements, ce qui pose et risque de leur poser de graves problèmes.

refaire. Cependant, nos observations montrent qu'elle se mettent "plus facilement" en place en salle que dans l'intimité d'une chambre.

S'asseoir sur un lit et participer à la vie de quartier des malades est une pratique courante en salle. Pour les aides-soignantes, c'est une façon de finir la journée d'une façon agréable et le contenu des discussions a peu d'importance. Pour les infirmières, c'est bien souvent un geste qui stimule la parole des patients. Programmé, ce geste s'inscrit dans une forme d'approche "désinstrumentalisée" où le déroulement de l'interaction est potentiellement ouvert. En d'autres termes, la forme et le contenu de la discussion sont alors pour l'infirmière des éléments déterminants. Gestes et paroles s'articulent pour former un support de relation supposé adapté pour l'infirmière.

Se placer au bout du lit, plus près du patient ou à la tête du lit, c'est à dire très proche du patient, sont des gestes signifiants qui ne recouvrent pas les mêmes objectifs. Assise au bout du lit, l'infirmière peut engager une discussion ouverte avec un ou plusieurs patients tout en surveillant le voisin. Elle peut aussi utiliser la discussion débutée avec l'un des patients comme un moyen détourné pour stimuler celle du voisin. Les questions sont alors posées au premier mais visent à obtenir une réponse du second¹. S'appuyer sur la tête du lit pour entamer une discussion avec un patient imprime au contraire une coloration affective à la discussion.

Dans tous les cas, la présence de l'infirmière près du patient ou sa position décontractée sont perçues par les patients comme légitimes (la salle

¹ J'ai remarqué que cette technique était assez efficace notamment avec les patient pour qui la maladie ne peut être dite. Demander à un alcoolique la quantité d'alcool qu'il ingurgite par jour dans le cadre d'un questionnaire d'entrée ne produit que des réponses assez imprécises et de toute façon peu utiles. A contrario, le faire parler sur son processus d'alcoolisation donne des renseignements fort précieux pour sa prise en charge thérapeutique.

est un espace ouvert). La parole feutrée, le contact physique sont neutralisés par la présence du public. Cela ne veut pas dire pour autant que le public perçoive tout de l'activité de l'infirmière et/ou du sens qu'elle lui attribue. Parfois le but poursuivi par l'infirmière n'est connu que d'elle-même. Plus souvent, gestes et paroles ne prennent sens que pour celui ou ceux qui sont dans la confiance. Or, pour être dans la confiance, il faut non seulement maîtriser ces codes mais aussi percevoir le but que l'infirmière cherche à atteindre (c'est le cas quand l'infirmière sollicite l'avis de ses collègues ou quand elle est engagée dans une histoire avec un patient).

D'une façon générale, cette configuration spatiale donne à voir ce que les soignants veulent bien laisser voir du travail effectué sur, et avec les patients. L'utilisation des paravents, des draps et du corps des soignants pour masquer est à cet égard significative. La toilette au lit doit se faire par partie, d'abord découverte, lavée, séchée, puis recouverte avant de passer à la suivante. De la même façon, l'infirmière qui réalise un pansement doit utiliser un paravent ou les draps comme un champ opératoire pour ne découvrir que la partie du corps où elle doit intervenir. Cependant, toutes ces procédures enseignées dans les écoles ou apprises en situation restent symboliques. L'objectif est moins de masquer le corps que d'effectuer un geste d'importance vis à vis du patient. Un geste dont la signification est d'autant plus forte qu'il est rare¹. Disposer correctement des paravents renvoie plus souvent à une mise en scène. Ce sont les éléments d'un décor qui marque une distance avec la salle et redéfinit celle avec le patient.

¹ Les patients jugés "difficiles" n'en bénéficient jamais et les autres fort rarement. Il faut dire que les paravents exigent des manipulations supplémentaires et entravent la circulation des soignantes. Sans l'insistance de la surveillante, ils ne sont donc pas ou mal utilisés (surveillante qui généralement les dispose elle-même).

Comme la porte de la chambre et le signal de présence¹, les paravents signifient aux collègues que l'on souhaite être seul avec le patient.

Quand l'infirmière décide de faire la toilette d'un malade, il s'agit moins d'alléger la charge de travail des aides-soignantes ou de tenter de récupérer des soins délégués que de trouver un geste approprié au type de relation qu'elle veut mettre en place avec le patient (dans certains cas, elle l'exprime clairement avec l'aide-soignante). Le rythme, la proximité, l'intimité et le rapport sensoriel au corps qu'elle autorise ouvre un espace de dialogue "permissif" avec le patient à partir duquel elle va stimuler sa participation. L'objet de la rencontre (la toilette) structure de façon provisoire et partielle la discussion qui sera régulièrement recentrée sur l'histoire psychopathologique du patient. Elle pourra alors adapter son diagnostic, annoncer les attendus et les incidences d'une opération, d'un traitement, préciser, expliquer les premiers résultats et percevoir la réaction du patient.

Cette forme particulière de consultation est un moment charnière du travail de l'infirmière. Bien souvent, il marque l'aboutissement de son "enquête" sur les plaintes, les angoisses, les refus du patient. La parole compte alors tout autant que la gestualité et la complicité qui naît de cette interaction stabilise souvent la relation jusqu'à la sortie du patient.

Si, à l'évidence, certains patients en sont exclus, j'ai plusieurs fois constaté que les patients peu "coopératifs" pouvaient faire partie des "clients" potentiels de l'infirmière. Il y a là une fonction régulatrice de ces activités dans la relation soignants/soignés qu'il ne faut pas négliger. Engager une histoire avec un "grincheux" avant qu'il ne devienne un

¹ Le signal de présence est une lumière rouge au dessus de la porte de la chambre.

"mauvais malade" comporte des avantages pour l'infirmière mais exige aussi de sa part une démarche spécifique qui vise non seulement à faire comprendre au patient que l'on est "à l'écoute" mais aussi à rechercher l'étiologie de son comportement. Bien souvent, ce travail déborde la simple toilette et s'inscrit dans un cadre temporel beaucoup plus large. L'assistante sociale, l'interne, l'aide-soignante et la famille peuvent être sollicités à titre consultatif ou comme partenaires. Dans tous les cas, c'est l'infirmière qui sert de catalyseur de pratique. C'est elle qui dresse "l'éthogramme" du patient. Et une fois ce travail terminé il n'est pas rare d'entendre l'infirmière déclarer "maintenant on s'est compris, on est copain". Réintégré parmi les "bons malades", le patient est parfois plus coopératif avec les autres soignants mais surtout il est dans une disposition favorable avec l'infirmière qui pourra plus facilement lui faire accepter, suivre et respecter un traitement de telle sorte qu'il en vienne à accepter l'évaluation des risques qu'il prend et à se résoudre à changer ses pratiques à risque.

Cependant, une toilette ainsi détournée peut aussi redevenir un soin technique. De façon définitive, si le patient refuse de participer, de façon provisoire, si un incident ou un tiers intervient au cours de sa réalisation. Instantanément, la parole redevient instrumentale. La réponse n'est donc jamais générale ou définitive, elle résulte toujours d'un examen minutieux des événements, des obstacles, des malentendus et d'une interrogation constante sur les causes, les améliorations possibles. Les échecs sont nombreux et correspondent souvent au refus des proches qui ne veulent pas renouer le dialogue (je pense ici notamment à l'entourage des patients alcooliques), des collègues qui n'ont pas la même perception de la situation, du patient qui refuse. Pour certaines infirmières, c'est cet aspect de l'exercice infirmier qui donne sens à la pratique. C'est aussi un des moteurs

du changement qui pousse une ou deux infirmières à mettre en place une approche alternative des soins et de l'organisation du travail qui laisse parfois entrevoir une réorientation thérapeutique des pratiques de soins¹.

Le travail en salle impose des contraintes mais ouvre aussi une variété de situations permissives généralement perçues par les patients et les soignantes comme illégitimes dans une chambre. D'une façon générale, l'intimité de la chambre inhibe les échanges conversationnels et rend les atteintes à la pudeur plus difficiles à surmonter pour les soignantes. Non seulement il faut que l'infirmière pousse la porte mais aussi qu'elle légitime sa présence auprès du patient. L'alibi de la rencontre ou le geste technique simple, c'est à dire qui mobilise peu d'attention, est parfois difficile à trouver. Dans l'unité de nutrition, les infirmières profitent du débranchement des nutripompes, en chirurgie de la mise en place des chimiothérapies, en réanimation, elles proposent des massages ou des frictions pour "établir un contact" ou le garder avec un patient transféré en chambre individuelle. Dans tous les cas "il faut trouver un moyen d'occuper ses mains" quand le patient n'est pas un "habitué". En ce sens, la routine devient productrice d'objectifs alternatifs qui renvoient à la dimension interactive des pratiques de soins.

Une dimension qui nécessite souvent, pour ne pas dire toujours, une coopération avec les collègues ou d'autres partenaires et n'exclut pas un minimum d'implication dans la relation sans pour autant se réduire à un soutien affectif. "En d'autres termes, la relation professionnelle des infirmières aux patients n'implique pas seulement une mobilisation cognitive d'expertise mais aussi un type d'interaction, "comme avec ses

¹ O. Dembinski, "Mobilisation gestionnaire d'une équipe soignante: le cas d'une unité de soins palliatifs", CLES, n° 29 1er Semestre 1997.

propres enfants", quand il s'agit par exemple de valoriser un choix, une attitude ou un comportement pour les inciter à se les réapproprier plutôt que de les rejeter"¹.

Ce travail de relation, selon les situations, peut s'apparenter à une histoire dans laquelle s'engagent les co-actants. Ce travail est finalisé. Il permet de faire levier et/ou de contrôler des situations interactionnelles avec les patients mais à la différence de ce qui se déroule dans la sphère domestique, il ne vise généralement pas à produire de la solidarité et du lien.

Effectué indistinctement par les infirmiers et les infirmières, ce travail est parfois très proche de celui des internes qui considèrent la gestion participative dans la conduite du traitement, l'ajustement à la demande du patient dans ses dimensions psychologiques et relationnelles comme nécessaires dans le cadre de la relation thérapeutique². La gestualité et le mode d'approche "intimiste" du patient sont d'ailleurs souvent identiques. C'est aussi cela qu'attendent certaines infirmières de l'interne quand elles lui demandent de jouer le rôle du médecin: intervenir avec les mêmes "techniques" là où le patient rejette les normes de comportements qu'elle a tentées de lui faire accepter ou refuse d'entendre le message qu'elle a essayé de lui transmettre. Ce travail est aussi comparable à celui effectué par les kinésithérapeutes de cet établissement³. Dans ce cas précis, on peut même parler d'une compétence disputée avec les infirmières. Souvent considérés par les infirmières comme des prestataires de service (qu'elles appellent

¹ M. Drulhe, "Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier", Communication aux journées d'études LAPSS-AISLF, Les professions et les institutions de santé face à l'organisation du travail, Rennes ENSP, 10-11 Décembre 1998.

² Aides-soignants ou internes s'engagent et engagent aussi des histoires longues avec les patients. Les objectifs sont bien souvent les mêmes et les justifications aussi.

³ Ils sont trois (deux hommes et une femme) sur cet établissement et possèdent un local proche du service de chirurgie.

comme on demande un examen), les kinésithérapeutes revendiquent une compétence spécifique dans la prise en charge des patients, cherchent les contacts avec les soignantes et ont développé un réseau de partenaires dans l'hôpital et en dehors de l'hôpital. Leur approche et la conduite du patient qu'ils adoptent est en de nombreux points identiques à celles des infirmières. Les problèmes qu'ils rencontrent sont bien souvent de même nature et leurs interventions débordent largement le cadre de la rééducation fonctionnelle. Là où "parler ça fait marcher", ils utilisent des chemins détournés non reproductibles et difficilement "protocolisables". Les savoirs d'expérience mobilisés et les capacités nécessaires au travail de relation engagé par ces différents personnels sont sans aucun doute proches de celui effectué par les infirmières. Un travail qui se distingue donc du "travail domestique de santé" analysé par G. Cresson¹, mais qui comporte aussi des similitudes ne serait-ce qu'au niveau de la rémunération ou de la valeur économique et sociale accordée.

Bien que les infirmières soient de plus en plus nombreuses à revendiquer une revalorisation de leur traitement correspondant à cette dimension de leur travail, il faut reconnaître qu'il existe un consensus pour reconnaître aux pratiques de soins d'autres bénéfices, comme le souligne la rhétorique professionnelle selon laquelle "on ne peut faire ça uniquement pour l'argent". La rémunération de ce travail de relation varie d'ailleurs assez peu d'une unité à l'autre. Chez les patients, l'indice de rémunération est principalement matérialisé par la quantité de chocolats ou le nombre de cartes postales reçus. Si les contacts physiques, les discussions avec les malades et l'éventuelle prise en considération circonstanciée du travail réalisé par les familles interviennent peu dans la rémunération, c'est

¹ G. Cresson, Le travail domestique de santé, Paris, L'Harmattan, 1995.

principalement parce qu'ils ne peuvent être valorisés. En tant qu'expression de la pourvoyance¹ infirmière, qui flatte l'ego des soignantes et procure des satisfactions (être utile, faire plaisir, être détenteur de savoirs, de pouvoir, etc.), la rémunération de ces interactions apparaît triplement limitée:

- d'une part, la reconnaissance de cette pourvoyance par les patients ou leur entourage porte plus souvent sur les rôles féminins (gentille, jolie, douce, souriante, etc.) que sur le rôle des infirmières dans la prise en charge. A la différence de la pourvoyance médicale, qui participe aux motivations intrinsèques et "extrinsèques" du métier (dans le sens où elle intervient dans la qualification et donc dans la rémunération), la pourvoyance infirmière caractérise le rôle social de l'infirmière par des "qualités féminines".

- d'autre part, si elle peut être une des motivations qui participent aux choix de carrière, son mode d'expression rend cette reconnaissance difficilement transmissible au reste de l'équipe et donc valorisable.

- enfin, beaucoup de surveillantes condamnent ces interactions qui freinent l'activité de l'unité et risquent de remettre en cause le parcours thérapeutique du patient.

Les denrées alimentaires, les fleurs et les traces écrites ont au contraire, une viabilité plus longue et peuvent être facilement valorisées par l'affichage dans la salle de garde ou la distribution généralisée. La médiatisation exacerbée de cette gratitude est renforcée par la gratuité des soins et la centralisation du courrier dans le bureau de la surveillante qui note et évalue annuellement les capacités des infirmières. Participant plus ou moins directement à la notation et par conséquent à l'avancement, ces qualités, au même titre que la productivité apparente du travail, deviennent

¹ La pourvoyance, telle que le concept a été proposé par A. Memmi, est ce qui répond à l'attente du dépendant. A.Memmi, "De la dépendance à la pourvoyance", Panorama du médecin, n° 1065, octobre 1980.

un indice d'efficacité de la prise en charge. De fait, ces systèmes de don/contre-don participent à la réciprocité matérielle et symbolique d'une prestation de soins idéale, réalisée par des soignantes pour qui le don qualifie une relation au patient exprimée en terme psychologique.

A considérer le travail de l'infirmière dans ces services spécialisés, on pourrait croire qu'une partie des capacités nécessaires à ce mode d'exercice consiste précisément à faire disparaître la trace de cette dimension interactive. D'un autre point de vue, les activités historiques permettent aussi de recréer ce minimum d'espace privé à l'hôpital pour que puissent s'exprimer et éventuellement se partager des "émotions" dans la relation de soins. A travers la dimension interactive des pratiques de soins, se pose alors la question de la distance avec le patient et plus encore de sa possible ou nécessaire redéfinition. Comme le dit E. Hughes "une partie du problème social et psychologique du métier correspond à la sauvegarde d'une certaine liberté et d'une certaine distance sociale par rapport à ceux qui sont concernés par le travail effectué de la façon la plus critique et la plus intime"¹. C'est d'ailleurs une question récurrente dans tous les métiers relationnels et de service.

5. Les formes de mise à distance du patient ou comment équilibrer l'engagement dans la relation

Au cours des interactions avec les patients, les infirmières alternent donc des gestes de nature technique et des échanges conversationnels, selon des modalités liées à la position choisie (autoritaire, démonstrative, explicative, compréhensive, indifférente)². Ces positions impliquent des

¹ E. Hughes, Le regard sociologique, op.cit, 1996.

² E. Goffman, Façons de parler, Paris, éd. Minuit, 1987.

changements d'attitude dont la voix, l'élocution et la gestualité sont les marqueurs. Geste et/ou la parole sont des supports signifiants (concrets ou abstraits) qui conjointement et/ou successivement assurent, de manière supposée harmonieuse (par l'infirmière), la permanence de la diffusion d'une attitude dans l'interaction.

En fonction de l'interlocuteur et des buts poursuivis, l'infirmière change donc en permanence de position. Passer d'une position à l'autre constitue une capacité nécessaire à l'exercice infirmier qui suppose une souplesse pour conserver une certaine distance par rapport à l'autre (le geste douloureux doit être fait, l'ordre respecté) tout en manifestant une certaine "dose d'empathie" (simulée ou réelle). Or, comme on l'a déjà évoqué, le client peut être personnalisé ou non. S'agissant des prostituées S. Pryn montre que les pratiques sexuelles proprement dites restent le support de la relation, mais des compétences relationnelles sont exigées par le service au client, qui comprend également l'écoute, et le jeu du "faire-croire". Ces savoirs-faire, techniques et relationnels, reproductibles et instrumentalisés, font partie de la définition légitime du métier, mais l'affectivité peut aussi exister, des histoires se construire et la distance au client se réduire¹. Le contexte est ici différent mais le principe demeure, pour l'infirmière et la prostituée il y a bien un jeu de la distance avec une distance légitime et des variations de la "bonne distance au client" plus ou moins légitimes dans le cadre hospitalier.

La distance avec le patient peut être préservée par l'utilisation de gants ou de pinces, de masque ou d'eau de Cologne, par le regard sélectif ou "acto-centré", par l'absence de parole et le geste rapide. Elle peut être

¹ S. Pryn, "Stigmate et métier: une approche sociologique de la prostitution de rue à Lille", Thèse pour le doctorat de IIIème cycle, Université de Lille 1.

réduite par le recours à la parole, au contact corporel, au regard, au sourire par l'intermédiaire desquels l'infirmière tente de faire passer une émotion, un sentiment, une réponse qu'on ne peut pas dire, etc., ou de lever certains obstacles liés aux composantes empiriques de la relation de soins. Dans tous les cas la distance est construite et redéfinissable. Elle renvoie à la perception de la situation conditionnée par les collectifs, l'expérience et l'histoire de l'infirmière, les malades.

Ainsi, dans certaines unités, les patients ne sont décrits qu'à travers les contraintes qu'ils représentent. La distance entre le "eux" et le "nous" est telle qu'elle permet des formes variables de désimplification. Comme le dit cette infirmière de réanimation, "quand on est trop lié dans l'équipe on commence par faire son travail en oubliant les malades et on finit par ne plus les voir". L'individu et ses incertitudes doivent être expurgés au risque de contrarier la prise en charge. La mise à distance se veut ici légitime. Elle est préconisée par l'encadrement qui voit dans l'investissement relationnel une des causes principales des arrêts de travail et une source potentielle de désaccords sur les modalités de prise en charge (la bonne infirmière est aussi celle qui ne pose pas trop de questions). Elle est considérée par les enseignantes des instituts en soins infirmiers comme l'une des conditions préalables à une "relation professionnelle" au patient. Comme l'écrit A.M. Prévot "le registre des émotions doit disparaître pour que l'efficacité soit possible, le comportement technique implique donc l'oubli provisoire de la relation à l'autre, l'adoption par l'opérateur d'une attitude instrumentale vis à vis de son propre corps, le toucher est une manoeuvre technique et le corps du malade est une machine vivante"¹.

¹ A. M. Prévot, "La mise à distance du corps. Réflexions sur l'enseignement infirmier", Cahiers de l'AMIEC, n°10, 1988.

La déchéance physique, psychologique et les blessures provoquées par les liens, les perfusions mal posées, de certains patients en constituent une variante extrême. Quelle que soit l'unité (long ou moyen séjour) l'état sanitaire du patient est un bon indicateur des conditions de vie et de la qualité des soins qui lui ont été imposées avant son transfert. Dans certains cas, elles démontrent à l'évidence la rudesse des conditions d'hébergement, voir l'abandon dont il a été victime. Les infirmières ont d'ailleurs une "liste noire" des services qui envoient des patients dénutris, sales, nécrosés ou choqués et signalent régulièrement aux surveillantes ces signes de maltraitance¹. Certes, le détachement complet n'existe pas même dans ces unités, il y a toujours un patient qui recueille les préférences d'une ou de plusieurs soignantes mais il faut aussi reconnaître que le collectif peut constituer un écran particulièrement opaque qui empêche de voir les patients. Leurs capacités à se faire reconnaître en tant que personnes humaines et non plus comme "matériaux"² sur lesquels on réalise un minimum de prestation est alors déterminante. Dans les unités où les patients sont tous grabataires, celui qui est jeune, entouré par sa famille et dont la situation est perçue comme une injustice, a plus de chances de susciter de la compréhension, voir de l'attachement parmi les personnels. Sa prise en charge sera adaptée, ses progrès mieux perçus et pris en considération. A nouveau personne humaine, il va focaliser l'attention des soignantes (dans ces unités il y a des "stars") et pousser encore un peu plus ses congénères dans l'ombre. Indépendamment de la charge de travail, la mise à distance et le détachement deviennent ici un alibi qui justifie des formes variables de désengagement voir de déresponsabilisation. Le

¹ L'état sanitaire de ces patients dont on dit qu'ils sont tombés, qu'ils refusent de s'alimenter, de se laisser approcher reflète assez bien l'exclusion dont ils ont été victimes. Ayant travaillé dans l'une de ces unités tristement réputée, il me semble que le travail sur l'humain (ou tout au moins sur certains d'entre-eux) peut s'accomplir sans implication relationnelle.

² E. Goffman, Asiles, op.cit, 1968.

différentiel dans le traitement accordé aux patients est lui légitimé par le manque de temps ou l'incapacité à intervenir sur des problèmes qui échappent aux soignantes (sociaux, psychologiques, physiques, économiques).

La mise à distance est donc contextualisée mais aussi pétrie par l'histoire des infirmières qui construit leur système de représentations (de la mort, de la souffrance, de la maladie, des règles de pudeur, des malades, etc.). Représentations proches, à l'origine, de celles de la population générale, mais ce noyau de "représentations originelles" est réaménagé, travaillé par les idéologies professionnelles (y compris défensives), les routines, l'expérience et l'institution¹. Ce travail d'élaboration de la "bonne" distance à adopter est donc éminemment relationnel (le geste spontané, les préférences et les répulsions existent) mais aussi encadré socialement et culturellement.

Chaque infirmière a une sorte de déontologie de la relation soignants/soignés qui guide son travail de mise à distance. Une infirmière qui a déjà vécu une histoire stigmatisante (hospitalisation longue, proche touché par une maladie, surinvestissement avec un patient) adoptera une attitude différente vis à vis du malade, de sa souffrance, de son intimité ou des demandes d'une mère². En fonction du degré d'homologie qu'elle présente avec la situation rencontrée, ces ruptures se rappellent à l'infirmière qui réduit ou réintroduit une distance avec le patient et/ou son entourage.

¹ A. Giami, C. Veil, (sous la dir), "Sida: représentations, relations et conduites chez les infirmières et les travailleurs sociaux", Rapport ANRS, Juin 1992.

² D'une façon générale, le passage par la position horizontale pendant une longue période d'hospitalisation bouleverse les représentations que les soignantes se font de ce moment de la vie et des pratiques de soins.

Si la plupart des infirmières adopte un certain détachement vis à vis des patients, la relation de soin peut aussi être l'occasion qu'une histoire entre les co-actants s'engage et engage une part d'eux mêmes. Une histoire fondée sur l'intimité d'une relation qui n'est plus seulement professionnelle mais aussi affective sans pour autant s'extraire du cadre fixé par l'infirmière. En d'autres termes, ces infirmières n'ont pas le sentiment de déborder leurs attributions même si elles savent que leur démarche n'est pas toujours considérée comme légitime par les collègues. C'est le cas de cette infirmière de chirurgie pour qui la proximité avec les patients est nécessaire quand elle permet de fixer des objectifs clairs, de stimuler un espoir raisonné et de placer le patient dans une disposition favorable pour aborder le traitement ou l'opération¹. Les premières rencontres vont alors poser les bases d'une relation qui va varier en intensité et en durée selon les patients. Certaines vont avorter, d'autres se construire progressivement, se poursuivre tout au long de(s) l'hospitalisation(s) ou déborder ce cadre². Ces histoires plus ou moins longues comportent dans cette unité une part d'imprévu. Les aléas thérapeutiques, les évolutions inattendues de la maladie en font partie au même titre que les patients eux-mêmes. Mais elles sont aussi étroitement encadrées par des règles fixées par l'infirmière. D'une part, la confiance est unilatérale. C'est l'infirmière qui pénètre l'univers privé du patient, et non l'inverse. Ainsi, si la relation est intime (les corps ou les mains se touchent) voir de façon exceptionnelle familière, elle reste très codifiée. D'autre part, ceux qu'elle appelle "mes petits" et avec lesquels elle est disposée à engager une histoire sont des patients pour lesquels une rémission longue ou une

¹ Il s'agit de patients pour lesquels l'ensemble des soignants de l'unité sait d'expérience que les dispositions morales constituent un atout indispensable. Le "travail du malade" dont parle A. Strauss est ici non seulement reconnu mais fortement encouragé et stimulé. A. Strauss et al, La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste, Paris, L'Harmattan, 1992.

² C'est le cas quand l'infirmière se déplace dans un autre service pour revoir un patient ou plus rarement à son domicile. Souvent, ce sont les patients qui se déplacent, téléphonent ou écrivent à l'infirmière pour donner des nouvelles, envoyer des photos du petit dernier, présenter leur future épouse, etc.

guérison est raisonnablement envisageable. Les autres en sont exclus ou le seront progressivement. Voilà comment elle présente son travail:

"Ici ils arrivent, ils ont le cancer et ils pensent qu'ils vont mourir, ce qui est vrai pour une partie, c'est les morts-nés. Pour les autres y a des chance, c'est les prématurés, et puis t'as ceux avec qui tu vas vivre une nouvelle naissance et toi tu sais déjà comment ça se présente et ce qui les attend. Alors tu comprends, c'est pas tous les jours que ça arrive à quelqu'un et c'est pour ça aussi qu'on est proche comme ça. (...) Après ils font un peu partie de ma famille, on a vécu des moments ensemble et après chacun reprend sa vie (...) Quand je sens que c'est trop risqué j'évite d'aller trop loin parce que après c'est trop dur pour remonter, bon il y a des fois, tu te laisses un peu prendre au jeu mais quand ça tourne mal je préfère pas qu'il reste ici et je les mets dans une autre salle. Comme ça je peux aller les voir mais c'est plus moi qui m'en occupe tous les jours et ça m'aide à pas trop ... sinon tu pètes les plombs".

Ces histoires ne se limitent donc pas à quelques paroles bienveillantes mais participent d'une prise en charge du patient et de sa maladie faite d'attentions et d'exigences liées à une certaine satisfaction dans le travail et à un bien-être dans son métier. Bien que fort rarement, le plaisir du contact peut être revendiqué. Plus souvent les infirmières parlent d'intimité, d'affection et d'émotions ressenties ou perçues chez le patient. Sentir les attentes du patient y pourvoir en adaptant ses gestes, les traitements et son discours donnent un sens à ce que l'on fait mais visent aussi à donner des éléments au patient pour l'aider à trouver un sens à ce qu'il vit. Cette forme de conduite du patient ne s'oppose pas à la technique bien au contraire. Ces

infirmières la maîtrisent, l'investissent et revendiquent leur rôle de technicienne. Les revues médicales sont régulièrement consultées, les nouvelles thérapeutiques comparées et discutées avec les médecins. Les équipements dernier cri font parfois rêver. C'est l'utilisation ritualisée des techniques, le contact froid, l'absence de désir qui sont rejetés. La distance au patient doit bien sûr être maîtrisée, l'extrait d'entretien le montre, mais dans le cadre d'une relation que l'on veut vraie avec le patient.

L'institution ou les collègues peuvent alors être perçus comme des obstacles plus ou moins insurmontables qui empêchent d'avoir une relation satisfaisante, de "suivre un patient jusqu'au bout" ou de mener une histoire à son terme. Une partie des infirmières préfère alors prendre un poste de nuit où la programmation des soins moins pesante, la parole plus permissive et les échanges plus conviviaux. Si l'on excepte le cas des unités de réanimation, le travail de nuit a peu de correspondance avec celui effectué le jour. En schématisant, on peut dire qu'il s'agit surtout d'un travail de surveillance. L'essentiel des activités des infirmières de nuit consiste à effectuer des relevés, à veiller au bon écoulement des perfusions ou des seringues auto-pulsées et à les changer quand elles sont vides. Que ce soit en chirurgie ou en médecine, la nuit doit permettre aux patients de se reposer ou de dormir. A ce titre, la douleur, la peur ou l'anxiété des patients, en tant que perturbations éventuelles du sommeil font partie des préoccupations des soignants. Gestes, paroles, placebos et analgésiques sont les instruments des personnels de nuit.

Le travail en équipe réduite (une infirmière et deux aides-soignantes), l'absence d'encadrement (médical et soignant¹) dans le service et le contact

¹ La nuit, il y a une surveillante pour tout l'hôpital et un interne de garde par service. Un interne qui attend dans sa chambre d'être appelé si nécessaire.

avec les patients sont d'ailleurs les principaux éléments évoqués par les infirmières pour compenser les désavantages d'un poste de nuit. Des désavantages qui ne sont pas seulement liés aux incidences du travail de nuit sur la vie des agents¹. Pour une infirmière, choisir un poste de nuit c'est aussi accepter d'être en marge du fonctionnement du service et des unités avec toutes les incidences que cela comporte au niveau des contacts avec les collègues de jour et de la participation à la prise en charge des patients². Dans la plupart des services, les soignants de jour ne connaissent pas les noms de ceux qu'ils appellent "la nuit". Ce sont deux mondes qui se rencontrent un bref instant pendant les transmissions du matin où les uns sont fatigués et les autres pas encore tout à fait au travail. Dans ces conditions, faire "partie de la nuit" c'est gagner de l'autonomie dans son travail mais c'est aussi accepter de perdre la reconnaissance du travail réalisé avec les patients. Si toutes les infirmières qui travaillent de nuit ne l'ont pas choisi (il y a des rotations de postes jour/nuit et les infirmiers qui n'ont pas eu d'autres choix) celles qui font partie des équipes de nuit déclarent avoir demandé "la nuit". Une partie de ces infirmières l'ont fait pour des raisons liées à la relation au patient.

(infirmière de nuit, médecine, 3 années d'ancienneté)

" Moi je pouvais pas la journée je suis trop petite (elle mesure 1m 55) personne me voit entre les lits. J'étais tout le temps en train de courir à droite à gauche pour avoir des infos, le stress et tout j'avais le temps de rien, sauf de bosser. La nuit c'est mieux, y a moins de monde surtout

¹ Désavantages que l'on ne peut minorer tant le travail de nuit perturbe le rythme biologique des personnels et complique la vie privée. On peut facilement imaginer l'emploi du temps de ce couple d'aides-soignants tous deux de nuit depuis 10 ans avec 5 jeunes enfants.

² Ce problème de la continuité du travail effectué entre les équipes de nuit et de jour est régulièrement évoqué par les surveillantes de soins. C'est la raison pour laquelle en médecine, elles ont établi un roulement afin d'être présentes lors des transmissions du matin. Une présence qui leur permet de contrôler les heures d'arrivée du personnel du service mais aussi de veiller à ce que la parole de l'infirmière de nuit soit écoutée.

autour des malades, tu peux être tranquille et puis tu vois on est une bonne équipe. Vous surveillez et moi je peux aller voir mes petits maris, pas tous, je peux pas, mais ceux avec qui ... ceux que je connais bien. Tu vois bien c'est tranquille on s'installe, on regarde la télé, on parle, on n'est pas pressés et les patients le savent que t'es aussi là pour ça. Ils t'attendent, c'est un peu un rendez-vous. (...) C'est pour ça aussi que tu restes la nuit, sinon tu fais comme X (l'infirmière de l'autre équipe) tu te mets à la rotonde et tu dors. Moi ça je peux pas c'est pour ça qu'ils me préfèrent je crois. Ils connaissent mes horaires et ils sont contents de me voir et moi aussi"

Cependant, toutes les infirmières ne prennent pas un poste de nuit. La plupart disent jouer un double rôle avec une face où elles observent une distance de façade et de l'autre un investissement dans la relation avec les patients qui l'acceptent. Un investissement que l'on cache aux collègues (la porte se ferme) ou que l'on "institutionnalise". C'est le cas pour cette infirmière qui, en collaboration avec une association d'anciens alcooliques, tente d'amener certains patients aux réunions qu'elle sollicite dans le service et de mettre en place une sorte de suivi socio-sanitaire des patients (et de leur entourage) après leur sortie. Fortement investie dans le travail associatif à l'extérieur de l'hôpital, c'est en grande partie grâce à son intervention que l'association a pu pénétrer dans l'enceinte du service. Le réseau d'intervenants socio-sanitaires auquel elle appartient est régulièrement sollicité et une partie des compétences qu'elle mobilise dans sa pratique quotidienne est en quelque sorte importée dans l'unité ce qui facilite aussi le travail des autres soignants (notamment pour les relations avec les institutions extérieures au CHU ou celles non moins délicates avec les familles). Des collègues qui participent au repérage des "clients" potentiels

et font appel à ses compétences sans pour autant adopter la même posture professionnelle¹.

(infirmière, médecine, 5 années d'ancienneté)

" Ce que je veux, c'est qu'une partie des gugus qui sont là arrête de boire. Sinon ils vont tous y passer et il y en a qui ne doivent pas. Ceux là je te les prends entre quatre yeux, il faut qu'il se passe quelque chose (...). Qu'ils viennent à la réunion (dans le service) c'est bien mais tu vois bien que c'est pas suffisant. Certains le font pour te faire plaisir et ça ça sert à rien (...) Avant, quand j'essayais de discuter bon t'as toujours des filles qui trouvent pas ça .. enfin faire la morale quoi, bonne soeur, mais moi je fais pas ça. (...) Aujourd'hui c'est plus facile, je me sens plus libre de faire comme je veux, je cours, je débloque et puis après je peux faire comme je veux"

Dans tous les cas, l'apprentissage de cette mise à distance n'est pas facile et les exemples qui viennent d'être évoqués montrent qu'il n'y a pas une ligne de conduite mais bien plusieurs lignes qui se chevauchent. La distance est redéfinissable en fonction des patients mais aussi au cours des interactions avec les patients. Parvenir à trouver une distance adaptée à chaque patient et au type de relation souhaité est une gageure à laquelle les infirmières sont confrontées quotidiennement. Dans ces relations de face à face où les destins des personnes se croisent et/ou se rencontrent, il y a quelque chose qui échappe à l'analyse sociologique. Au delà des préférences des infirmières, des représentations des pathologies, des jugements qu'elles portent sur le patient, sur son parcours thérapeutique, de sa classification, il faut reconnaître comme elles le disent parfois de façon désabusée "qu'avec

¹ Le taux de ré-hospitalisation successive et de décès des alcooliques du service est effectivement assez élevé. En deux ans une grande partie des patients rencontrés est décédée.

certaines ça ne passe pas". C'est ce qui les pousse à se répartir les rôles auprès des patients qu'elles ont "du mal à prendre en charge" ou "avec qui elles ne s'entendent pas".

Mais à travers ces différentes formes de mise à distance se dessinent aussi les combinaisons entre la dimension instrumentale et interactive des pratiques de soins des infirmières. Des combinaisons qui concentrent un ensemble de cadres socioculturels à travers lesquels s'organisent l'orientation axiologique et psychosociale des pratiques de soins des infirmières.

5. Généralisation des formes d'interprétation de l'exercice hospitalier

Dans les CHU, les infirmières se distinguent les unes des autres par rapport à l'utilisation plus ou moins récurrente des techniques. Du coup, cela revient souvent à opposer les infirmières de médecine et celles de chirurgie pour ne pas dire le technique et le relationnel. En cela, elles démontrent que l'exercice infirmier continue de s'inscrire dans l'évolution du travail médical et des nouvelles spécialités qui émergent. Nous avons pris cette typologie au sérieux et c'est la raison pour laquelle nous avons privilégié l'analyse comparée d'un service de chirurgie et d'un service de médecine.

L'observation des pratiques de soins et du mode de fonctionnement des deux services démontre qu'il y a bien une différence de degré dans l'utilisation des techniques (parfois fort relative) mais plus encore que la division du travail entre les médecins et les infirmières y est effectivement différente. De façon schématique, elle se traduit tantôt par une substitution

de l'infirmière au travail de l'interne et de l'externe à des formes variables de collaboration entre l'interne et l'infirmière. Une collaboration qui nécessite une capitalisation d'une partie des savoirs médicaux et une substitution qui exige la maîtrise d'une partie de l'expérience clinique des médecins. L'étendue du faisceau de tâches confiées aux infirmières de chirurgie et de médecine est de ce fait sensiblement différentes mais la trame reste identique. Les hospitalières alternent en permanence des fonctions d'exécutions (soins prescrits, tâches administratives, de gestions) et de décisions dans le cadre de la prise en charge médicale, thérapeutique, administrative et humaine des patients. Elles adaptent et improvisent, sans que cela ne modifie profondément la nature des relations qu'elles entretiennent avec le corps médical. Cette position induit logiquement des tensions entre ce confinement dans un rôle d'exécution et une relation active au malade qui implique une identification et une évaluation de ces besoins.

Mais, l'observation montre surtout que les composantes spatiales des unités, la structuration des collectifs, les motivations et référents des infirmières constituent un ensemble d'éléments qui ont des caractéristiques spécifiques. La combinaison de ces éléments dresse la configuration de chaque unité où se définissent les spécialités des infirmières. Des spécialités qui ne sont pas seulement une juxtaposition de gestes techniques mais qui constituent des sphères d'activités autour desquelles s'organisent des compétences multiformes. Des compétences qui s'appuient sur une pathologie, une technique, un profil moyen de patient, etc., mais qui débordent ce cadre, dès lors que l'on considère la pratique des infirmières comme une combinaison variable entre deux dimensions (instrumentales et interactives) visant à réaliser des activités (sérielles et/ou historiques) dans le cadre d'interactions avec les patients et d'autres personnels. C'est aussi la

reconnaissance de ces compétences spécifiques et de l'expérience acquise dans la maîtrise de ces spécialités qui est en jeu quand elles tentent de refuser un patient.

C'est autour de ces compétences que se structure la professionnalité des hospitalières, et du collectif soignant que se sédimentent ces territoires soignants que sont les unités de soins. Pour autant, cela ne veut pas dire que les soignants et plus particulièrement les infirmières refusent toute insertion dans ce territoire. Bien au contraire, les infirmières ont plutôt tendance à capitaliser l'ensemble des connaissances, des techniques et des outils qui leur sont proposés, mais à la condition qu'elles servent leur pratique et qu'elles en maîtrisent l'utilisation. C'est notamment ce que montre l'informatisation, des unités de soins. Là où les infirmières ont accepté l'outil informatique elles l'ont utilisé pour gérer leurs stocks, les commandes, les rendez-vous des patients, etc. En d'autres termes, elles l'ont fait selon leurs besoins et en y intégrant leurs critères. Quand cela n'a pas été possible, elles ont refusé cette responsabilité¹. Comme le montrent Ph. Mosse et A. Branciard, les innovations à l'hôpital se traduisent par des pratiques centrifuges. Appropriée par les soignants de façon segmentée, l'innovation reste cantonnée à un domaine d'application restreint, sans diffusion large au sein du service². Pour le dire autrement, ce qui est utilisé ou mis en place par une infirmière dans une unité ne le sera pas forcément dans l'unité voisine, ni même par sa collègue.

¹ C'est alors le chef de clinique ou l'interne qui a dû prendre en charge cette tâche. De fait, l'informatisation des unités comme mode de planification et de prévision des soins montre rapidement ses limites. Les critères utilisés ne sont pas cumulables ou les données ne sont pas entrées régulièrement dans le système.

² A. Branciard, Ph. Mosse, "hôpital innovation, profession", op.cit ,1994.

C'est à partir de ces régularités observées que nous avons reconstitué trois formes idéal-typiques d'expression de l'exercice infirmier qui s'organisent autour de la polyvalence, de la spécialisation technique et de l'observance. Ces différentes formes d'exercice du métier d'infirmière renvoient aux conceptions que les infirmières se font de leur rôle et s'expriment différemment selon qu'elles reflètent la cohérence de la production thérapeutique préexistante ou qu'elles s'insèrent dans ses lacunes et ses incertitudes. Elles se développent selon les possibilités d'un cadre organisationnel qu'elles vont tendre à modifier ou à renforcer. Elles reposent sur une coopération fondée sur la production de connaissances contextualisées plus ou moins dépendantes des caractéristiques locales des unités de soins. Elles nécessitent toujours une compétence spécifique.

La technique: "tous les problèmes sont techniques"

Ces infirmières constituent une minorité des hospitalières. Intégrées dans les équipes de pointe, elles démontrent leur habileté technique en participant directement au travail des médecins avec les mêmes outils et les mêmes savoirs théoriques et pratiques. Cette proximité quotidienne produit une "mimoprofessionnalisation" légitimée par la valeur scientifique et marchande que la société accorde aux techniques de pointe. Elles exercent dans un CHU en raison de l'hype-rspécialisation qu'il offre. Confondues par l'uniforme et les gestes, ces "professionnelles" hautement spécialisées travaillent ensemble sur des patients qui confient leurs corps autant aux soignants qu'à une représentation idéale des techniques, des appareils et de la médecine scientifique. Ce mode d'exercice particulier dissout la fonction d'infirmière dans l'équipe technique. Elles ne sont plus des infirmières de blocs ou de réa, elles font du rein, du coeur, dans l'équipe du professeur X

ou Y. Elles ne sont pas du matin ou de garde, elles sont là pour l'opération et terminent leur journée avec elle. Comme le praticien, elles visitent les opérés ou les réanimés dans les unités. Vêtues des appareils du bloc (sabots, blouse verte, bonnet et masque négligemment ajustés) elles font "du relationnel" comme elles aiment à le préciser. Ce n'est pas seulement l'amour du travail bien fait, l'opération réussie, qui les motive, mais plutôt le sentiment de domination. "Faire repartir un coma", devient un objectif à atteindre, une fois réussi même pour quelques heures, c'est une victoire, une satisfaction personnelle, une bataille gagnée quelles que soient les conséquences pour le patient.

Souvent spécialisées (instrumentiste, anesthésiste), elles sont confrontées à une spécialisation sans qualification qui s'est généralisée dans ces secteurs faute de diplômées en nombre suffisants. Les conditions de travail de ces infirmières hautement spécialisées qui "prolongent" le bras du praticien sont assez pénibles. Plus jeunes que la moyenne des infirmières, elles ont souvent un projet de carrière bien défini. Elles ne resteront pas infirmière. Certaines souhaitent reprendre des études de médecine, d'autres envisagent de devenir surveillante de blocs ou de réanimation, voir infirmière générale. Aucune ne souhaite travailler dans une unité conventionnelle. Elles font partie de "l'aristocratie" des infirmières hospitalières.

La polyvalence: "Tous les problèmes sont insolubles"

Elle concerne la majorité des hospitalières et supporte de nombreuses variantes. Ces infirmières exercent dans tous les secteurs de l'hôpital de la consultation, à l'unité de chirurgie en passant par les HPDD et certaines réanimations. Elles ne rejettent pas la technique mais n'en font pas un

objectif prioritaire, tout au plus utilitaire. Elles ont choisi le CHU parce que c'est le service public. Elles travaillent avec "du tout venant" et ont une conception démocrate de l'hôpital (la santé pour tous). Le collectif de travail et l'unité forment les deux pôles de leur univers professionnel de référence. Pour faire face aux patients, à la programmation, au roulement des internes, elles ont progressivement capitalisé l'ensemble des connaissances nécessaires au fonctionnement de l'unité. Une partie développe des alliances tout azimut pour alléger leur charge travail ou par conviction pour renforcer l'efficacité de leur intervention, d'autres adoptent un repli défensif sur le collectif de travail. D'une façon générale, elles ont le sentiment d'avoir peu de prise sur les problèmes auxquels elles sont confrontées quotidiennement. Quotidien qu'elles tentent de gérer au mieux en improvisant et par une mobilisation permanente de leurs capacités. Certaines tentent d'y échapper en prenant un poste de nuit, dans une consultation ou dans un HPDD. Pour toutes, l'idéal sur lequel s'appuie le travail soignant a fait l'objet d'un travail de désillusion qui pour certaines, a abouti au fil des années, à la résignation, à l'hyperactivité avec évitement de la chambre, plus souvent à une planification chronologique des activités pour éviter l'imprévu.

Elles sont pragmatiques, exercent un métier manuel où les contraintes leur semblent de plus en plus pesantes. Les diagnostics infirmiers et dossiers de soins leur apparaissent très éloignés de leurs préoccupations. Aucune ne souhaite se spécialiser et si certaines souhaitent faire l'école des cadres, c'est pour échapper aux contraintes quotidiennes ou mieux marquer leur distance et leurs différences vis à vis du corps médical. Spécialisées dans le "tout venant", ce sont les médecins généralistes des CHU. Le changement de paradigme organisationnel du début des années 1990 a disqualifié leurs

compétences multiformes. Le CHU ne prend plus de "tout venant" et doit se spécialiser dans "les pôles de la réussite".

L'observance: "tous les problèmes je m'en occupe"

Elles sont une minorité à l'hôpital et exercent dans une "bulle" spécialisée où elles font autorité. Le choix du CHU s'est fait en fonction du panel de techniques qu'il offre. Elles ont une conception élitiste du CHU "service de pointe" et militent pour une sélection plus stricte des patients selon leur spécialité. L'unité de soins est leur univers, elles l'ont adapté et aménagé en fonction de leurs exigences et y règnent sans partage sur leurs subalternes. Leur mode de fonctionnement tend vers une sorte de consultation d'infirmières expertes où elles reçoivent "leurs" patients. Autonomes et relativement indépendantes du reste du service, elles gèrent tout ce qui a trait à l'hospitalisation du patient. Tous les personnels auxquels elles font appel sont des prestataires de services vis à vis desquels elles sont exigeantes. Elles développent peu d'alliance et ont fait de l'observance des traitements, des protocoles et de la prise en charge des patients, un credo. Les outils infirmiers ne leur sont pas étrangers, mais elles y voient surtout une institutionnalisation et une technicisation de leur pratique qu'elles refusent.

La plupart n'ont pas envie de se spécialiser, de faire l'école des cadres ou de changer de métier. Souvent expertes dans leur spécialité, ce sont les infirmières libérales du CHU. Un CHU qui ne reconnaît pas leurs compétences.

Toutefois, ces constructions imparfaites ne doivent pas faire oublier comme nous avons tenté de le montrer, que la pratique des infirmières

englobe un ensemble d'attitudes pragmatiques, tenant aux conditions de travail imposées par les situations auxquelles elles doivent faire face. La métaphore théâtrale si souvent employée pour les métiers de la relation ne signifie pas non plus que les infirmières jouent des personnages qu'elles ne sont pas, mais qu'elles sont tenues de s'adapter. Elles le font en fonction de leur conception du métier, de l'institution et des soins.

CONCLUSION : L'infirmière expérimentée

Le métier d'infirmière est un travail physique. Certes ne n'est pas un travail de force, mais lever et mettre au fauteuil une personne de 90 kilos exige un tour de main. Maîtriser seule un patient qui convulse, faire accepter un traitement ou une prise en charge jusque là refusés, faire 10 heures de bloc avec une pose de 15 mn, réussir à boucler une journée dans une unité surchargée relève de l'exploit. Exploits que les infirmières évoquent avec un certain détachement, une façon de dire "je l'ai fait, je suis usée, mais je ne le montre pas".

C'est d'ailleurs cette fierté qui les pousse à ne pas demander de l'aide à la collègue de l'unité voisine même si elle ne la refuse jamais. De la même façon, les dépassements d'horaires, le non-respect des normes de sécurité, les retours au travail pendant les arrêts pour "sentir l'hôpital", le repli défensif des collectifs sont des comportements souvent critiqués par les surveillantes. Des comportements qui renvoient moins à une logique de la vocation qu'à des façons de faire auxquelles se mêle une sorte de "conscience fière" de l'hospitalière.

Membres des professions intermédiaires, les infirmières remplissent des fonctions qui les rapprochent des cadres subalternes. Formées sur le tas et spécialisées elles connaissent bien les rouages des services et ont acquis une expérience qui leur permet de faire face à la plupart des incertitudes qui se présentent dans leur travail. La plupart déclarent "faire d'abord un travail manuel". Derrière le mot "manuel", elles mettent généralement les gestes techniques, le travail de bureau, d'organisation, de gestion des soins et de l'unité mais aussi la relation au patient et les improvisations diverses qui

sont liées. Aspect de leur métier qu'elles distinguent du travail "intellectuel" lié aux protocoles, aux traitements, aux diagnostics voir au travail clinique qu'elles réalisent parfois.

"Ouvrières d'entretien" de la santé des patients, elles sont à la fois chef d'unité et spécialisées dans le dépannage. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'elles soient plus difficiles à motiver pour des activités de prévention qui les obligerait à dévoiler leurs savoirs d'expériences et leurs "tours de mains" que pour l'intervention rapide où elle peuvent exercer leur dextérité devant le novice ou le profane. Il serait abusif de dire qu'elles attendent la panne, mais elles aiment les cas sur lesquels elles vont pouvoir exercer leurs savoirs et apprendre à mieux connaître la machine humaine.

Dire d'une infirmière "elle sait tenir sa salle" renvoie donc à des capacités physiques mais aussi à une sorte d'autorité. Autorité acquise par l'expérience qui repose à la fois sur la maîtrise des gestes, des circuits informationnels, des procédures organisationnelles, des relations hiérarchiques. Une infirmière sans faiblesse, capable de tenir le rythme, de refuser les patients qui ne relèvent pas de sa spécialité, d'obtenir le matériel et le personnel nécessaires au bon fonctionnement de l'unité. L'expérience recouvre donc des exigences et des capacités qui ne sont pas seulement d'ordre technique ou organisationnel mais aussi physique, relationnel et cognitif. Ces capacités sont valorisées parmi les soignants car elles sont nécessaires au maintien des collectifs face aux contraintes du travail hospitalier.

CONCLUSION : L'infirmière, une intermédiaire

L'objectif de ce travail était d'analyser la production hospitalière à partir des pratiques de soins des infirmières. C'est à travers l'observation de la vie des services de soins et l'étude des changements qui ont affecté l'exercice des infirmières de CHU que nous avons tenté de saisir cet objet. Le moment est venu de faire le point sur les résultats et les questions ouvertes par ce travail.

L'infirmière moderne naît avec les écoles d'infirmières dans la seconde moitié du XIXe siècle et son apparition est indissociable de l'unification des savoirs dans les domaines de la santé et de la maladie. La professionnalisation des infirmières est donc inséparable du diplôme et de l'évolution technico-scientifique des hôpitaux. Cependant, les pratiques de soins et les modèles professionnels semblent plutôt s'inscrire dans une temporalité propre qui transcende la stricte périodisation du développement de l'hôpital (dispensaire, hôpital sanitaire, hôpital moderne, hôpital stratégique) comme celle de l'institutionnalisation progressive de la fonction d'infirmière (servante, diplômée, technicienne). La mise en perspective socio-historique permet de montrer que la dynamique du métier d'infirmière ne peut se réduire à une lecture socio-technique ou à des formes variables de causalité sociale.

La définition de la fonction d'infirmière apparaît plutôt comme le produit d'un compromis entre une dynamique impulsée par des militantes de l'action sociale et un patronage étatique et médical. La politique de qualification et de promotion des infirmières constitue un point de rencontre

entre ces logiques différentes et s'impose comme une nécessité sociale et institutionnelle. Produite à partir du "solidarisme" et du patriotisme, l'infirmière est alors un "agent d'adaptation" qui participe au "service social". En d'autres termes, l'infirmière du début du siècle n'est pas "qu'une hospitalière" et son exercice s'inscrit dans le champ sanitaire. L'activité méthodique et organisée autour d'un contenu professionnel précis des visiteuses, comme l'approche développée par L. Chaptal, renvoie à des formes abouties de prise en charge socio-sanitaire où l'infirmière occupe une place centrale.

Avec la révolution technico-scientifique du tournant du siècle, l'hôpital moderne change de raison sociale et l'infirmière devient la dispensatrice qualifiée de soins à toutes les catégories de la population. La généralisation des cours théoriques intègre l'infirmière dans une vaste mutation de la production, de la diffusion et de la hiérarchisation des connaissances médicales et scientifiques. C'est alors essentiellement à partir du mode d'exercice de l'hospitalière que va se forger un "imaginaire social commun". De plus en plus, la pratique des infirmières va dépendre des connaissances d'autres disciplines (pathologie, physiologie, pharmacologie, science de la nature, science humaine, etc.) parmi lesquelles elles vont sélectionner les savoirs nécessaires à l'administration et à la surveillance des traitements.

Les réflexions épistémologiques et méthodologiques engagées depuis les années 1960 par les théoriciennes de la profession, proches de l'Organisation Mondiale de la Santé et de la Croix-Rouge internationale, ont aujourd'hui abouti à un cadre conceptuel qui permet de circonscrire ces connaissances propres aux infirmières. Centré sur la valorisation de la fonction, ce travail d'auto-institutionnalisation d'un champ de compétences

démontre l'aptitude des soignantes à gérer de façon symbolique et pratique le champ spécifique des soins infirmiers. Inspiré des préceptes des premières militantes et des approches thérapeutiques apportées par la psychanalyse et la psychologie, cet "agencement symbolique de mobilisation professionnelle"¹ demeure cependant instable.

D'une part, il est essentiellement mobilisé par un encadrement soignant qui se cherche une nouvelle légitimité. Les outils infirmiers (dossiers de soins, planification, plan de soins) sont alors utilisés comme alibi dans le cadre d'une planification de plus en plus comptable de l'activité soignante. D'autre part, la conception de l'action de soins qu'il véhicule est en contradiction avec les choix de santé publique et le procès de production des centres hospitaliers. Les actions de prévention, d'éducation, de dépistage et la prise en charge globale des patients ne constituent pas des priorités au regard des progrès techniques et biotechniques de la médecine qui caractérisent ces établissements spécialisés. Enfin, le statut de l'hospitalière dans le champ sanitaire reste à définir si on y intègre l'ensemble des tâches qui lui incombe désormais dans le cadre de son "rôle propre". En définitive, plus l'hôpital s'ouvre sur son environnement (réseaux, hospitalisations à domicile, partenaires), plus la reconnaissance de ces dimensions de l'action de soins devient problématique.

La mise en oeuvre de cette fonction élargie de l'infirmière hospitalière suppose qu'elle puisse s'inscrire dans l'offre de soins, c'est à dire vis à vis des autres intervenants du système de santé. Les incertitudes qui touchent cette catégorie intermédiaire encadrée mais aussi encadrante dépassent donc le cadre des relations hiérarchiques et de la diffusion ordonnée des savoirs

¹ L. Demailly, Le collège crise, mythes et métiers, Lille, PUL, 1991.

pour s'inscrire dans un cadre plus large qui questionne l'efficacité de la prise en charge des patients et celui de l'adéquation des moyens aux fins. C'est donc aux infirmières qu'il revient de se produire en tant qu'acteur sanitaire en fonction des modèles et des modes de production de la médecine hospitalière, mais aussi en décalage vis à vis d'elle. En attendant, c'est quotidiennement que les infirmières hospitalières ont à faire face aux patients et aux exigences de l'institution et dans ce domaine, elles se montent plutôt créatives.

Responsables du fonctionnement des unités de soins, les infirmières réalisent des soins plus ou moins techniques et complexes mais surtout elles centralisent les informations, planifient, coordonnent et contrôlent les interventions des différents prestataires de service qui composent le parcours des patients dont elles ont la charge. Que ce soit dans le service de chirurgie ou de médecine, les infirmières alternent en permanence des fonctions d'exécutions liées à la programmation des soins et de décisions dans le cadre de la prise en charge médicale, thérapeutique, administrative et humaine des patients. La division du travail, la distribution spatiale des lieux, la structuration des collectifs soignants, les motivations et référents des infirmières, les modes d'organisation et de gestion, les logiques professionnelles composent un faisceau d'éléments qui se décline et dresse la configuration de chaque unité de soins.

Ces unités sont des espaces organisationnels qui prennent forme et s'actualisent par l'action des membres du collectif de travail. C'est au niveau de ces collectifs que les représentations, les rôles, les pratiques se constituent en système équilibré et se figent. Chef de file de cette vie de groupe, l'infirmière joue un rôle déterminant dans l'élaboration et le respect

des règles de vie, des façons de faire, des codes et des alliances. C'est aussi à partir des unités que se définissent les spécialités des infirmières de CHU. Ces spécialités débordent le cadre des techniques, des thérapeutiques ou du geste relationnel. Elles constituent des sphères d'activités autour desquelles s'organisent des compétences multiformes spécifiques qui structurent la professionnalité des hospitalières. C'est dans ce contexte que l'infirmière improvise, négocie, met en place de nouvelles manières de faire. Cette capacité à improviser renvoie à la connaissance du contexte, à l'expérience, aux représentations et aux conceptions de la pratique. Elle est revendiquée par les infirmières comme une forme "d'artisanat du soin" que l'on refuse de dévoiler totalement par pudeur ou par peur de le voir cristalliser dans des règles collectives. Mais cette capacité suppose aussi une certaine vigilance pour ne pas se laisser emporter par la rationalisation. Pour cela, il faut non seulement que l'infirmière puisse percevoir les effets bénéfiques de ces improvisations pour le patient mais aussi que ce travail soit pris en compte, c'est à dire rémunéré.

Or, le changement de paradigme organisationnel du début des années 1990 a progressivement affecté ce fonctionnement traditionnel des services et les contenus mêmes de l'activité soignante. Cette restructuration parfois hésitante des CHU a ouvert des espaces de décisions, de négociations où se définissent de nouveaux rapports de pouvoir et émergent de nouvelles professionnalités. Naguère établie sur des bases artisanales, l'administration des soins obéit désormais à des critères de productivité apparente. Elle se traduit par des exigences plus fortes de la part de l'administration avec les inévitables dérives bureaucratiques liées à l'utilisation d'indicateurs trop frustrés pour rendre compte de l'activité des services hospitaliers. On

retrouve là toute l'ambivalence de cette "révolution informationnelle"¹ qui traverse les CHU avec d'un côté, une intégration plus fonctionnelle et informationnelle de l'encadrement soignant et de l'autre une logique dominante qui privilégie l'instrumentalisation des soins (avec les techniques, l'informatisation, les outils infirmiers, le management participatif) comme moyen pour faire des économies sur le travail vivant. Le corollaire immédiat de cette logique de rationalisation renvoie alors aux incidences de la standardisation/normalisation du procès de production hospitalier qui accentue l'intensité du travail et le cloisonnement, fragilise les collectifs et provoque méfiance et scepticisme.

Ces changements démontrent aussi aux infirmières que ce n'est plus leur capacité d'improvisation ou la complexité technique de leurs prestations qui sont valorisées pour leur valeur marchande, car elles consomment trop de temps, de matériels et de présence. La rentabilité de leur prestation de soins passe aujourd'hui par la fréquence élevée d'actes techniques simples. Or, renvoyer cette image aux hospitalières, c'est du même coup récuser l'utilité de tout ce qu'elles font, disent ou pensent faire autour de ces gestes techniques. L'ouverture sur ce qui est présenté comme du "relationnel" est alors ressentie par les hospitalières comme une manipulation au niveau des services (pour obtenir plus de rendement), de l'établissement (pour pallier aux carences d'un mode de fonctionnement et de gestion) et du système sanitaire (pour faire face au désengagement de l'Etat vis à vis de la santé publique).

Catégorie intermédiaire, les infirmières hospitalières ne sortent pas gagnantes des mutations qui ont traversé les CHU. Elles vivent assez mal la

¹ J. Lojkine, La révolution informationnelle, PUF, 1992.

faible évolution de leur statut de "technicienne" dans l'échelle des classifications en comparaison des responsabilités qui caractérisent leur mode d'exercice. Ce sentiment est renforcé par les faibles perspectives de carrière qui leur sont offertes et ce d'autant que là aussi les règles d'accès aux postes de cadre ont été modifiées. Des infirmières qui ne veulent pas devenir des médecins ou des assistantes socio-sanitaires expertes en soins qui mettent en place des diagnostics et organisent l'intervention d'autres spécialistes. Elles veulent rester des manuelles et conserver le droit et du temps pour improviser, inventer, adapter une prise en charge ou un traitement en fonction de ce qu'elles estiment être une solution acceptable pour le patient et pour elles-mêmes. En d'autres termes, le problème des hospitalières est moins celui d'une éventuelle autonomie à conquérir vis à vis d'un "pouvoir médical" malmené et d'un encadrement soignant en devenir que celui d'une plus grande dépendance à l'égard de normes édictées ailleurs.

Cependant, les grandes régulations qui traversent l'hôpital ne se réduisent pas à de grands principes qui englobent et structurent de façon stable les pratiques des infirmières. Elles créent aussi de nouvelles ressources et imposent des limites que les soignants débordent. Elles nécessitent parfois des capacités nouvelles, impliquent des modifications structurelles à travers lesquelles les infirmières peuvent expérimenter de nouvelles formes de coopération, découvrir de nouvelles ressources. Dans ce cadre, si on peut aisément admettre que l'utilisation des machines par les infirmières s'inscrit dans un mouvement de technicisation de l'hôpital, il faut aussi reconnaître que les gestes répétitifs et impulsifs qui accompagnent la mise en place, l'utilisation et la surveillance de ces instruments en transforment la signification et l'interprétation. La technique peut produire

de la routine et du confort pour l'infirmière, mais elle peut aussi devenir le support d'une autre forme de prise en charge ou d'une non prise en charge, elle peut ouvrir l'espace des pratiques, soulever certains obstacles liés à la relation de soins ou recentrer les pratiques autour d'une spécialisation fonctionnelle.

En d'autres termes, la technique n'est pas qu'un outil technique et un savoir faire, elle peut aussi être un moyen qui déborde les capacités d'ajustement à visée purement instrumentale. Elle nécessite toujours des compétences spécifiques et provoque parfois l'hybridation de savoirs sur la base d'un compromis socio-technique entre l'interne, l'encadrement soignant et les membres du collectif soignant qui tentent d'explorer les frontières de l'action de soins. Dans ce cadre, une partie de ces infirmières vont saisir l'opportunité que constituent ces changements (techniques, socio-techniques et organisationnels) pour:

- affirmer leur position dans l'institution hospitalière et mettre en place des alliances diversifiées avec des groupes socialement et culturellement déterminés.

- définir de nouveaux agencements de compétences qui correspondent à la production de services différenciés et déterminés en fonction de leur conception de l'action de soins

- développer des stratégies de valorisation et de justification de l'exercice hospitalier qui s'appuient sur l'idéologie scientifico-technique, s'en inspirent ou s'en écartent.

De façon marginale émergent alors des approches alternatives de l'action de soins. Généralement portées par une infirmière qui est parvenue à réaliser un projet individuel, ces pratiques localisées fonctionnent comme

un ressort ou une sorte de réenchantement professionnel pour celles qui les maîtrisent. Au delà des bénéfices qu'elle leur apporte, cette spécialisation sans statut reste non transférable aux infirmières de "bases" et renforcent le cloisonnement entre les unités. Plus globalement, ces approches ne se traduisent pas par une complémentarité des rôles entre les soignants, ni même une compréhension partagée de "l'intérêt du malade". Si dans certains cas, elles ont permis à ces infirmières de sortir du cadre de l'hôpital et d'acquérir plus d'autonomie, ces approches potentiellement porteuses de nouvelles professionnalités n'ont pas levé les incertitudes qui pèsent sur l'ensemble des infirmières.

Les infirmières hospitalières sont aujourd'hui confrontées à une double exigence: elles doivent construire une nouvelle relation marchande qui échappe à la domination des critères de rentabilité tout en proposant une redéfinition des pratiques où l'efficacité de la prise en charge du patient est recherchée à travers la continuité et l'intégration contrôlée des fonctions soignantes, c'est à dire une nouvelle organisation qui bouscule ces frontières si difficiles à déplacer à l'hôpital. Beaucoup d'infirmières aspirent à cette collaboration notamment parce qu'elles sont sans doute plus que les autres personnels hospitaliers confrontées aux limites de la prise en charge des patients dans le cadre hospitalier. Dès lors, il s'agit non seulement d'élaborer une articulation qui intègre une bonne utilisation des techniques et des compétences mises jeu dans la production hospitalière mais plus encore de sortir du service et de l'hôpital.

L'efficacité à rechercher pour les soins infirmiers passe alors moins par la mesure de la productivité de l'acte de soins que par celle du résultat de l'action de soins et la satisfaction de l'utilisateur. Un des enjeux pour les

infirmières consiste à faire valoir cette spécialisation sans statut en démontrant que ces improvisations peuvent être productive, qu'elles génèrent de la qualité et des économies sur les biens consommés.

Remerciements

Je tiens avant tout à remercier Mr. Michel Simon sans qui cette entreprise n'aurait jamais débuté. Je ne peux ici remercier toutes mes anciennes collègues qui ont bien voulu accepter de travailler avec un aide-soignant volontaire, mais aussi peu expérimenté. Sans leur bienveillance, leurs explications, leur connivence et les réponses qu'elles m'ont données, cette exploration de l'hôpital n'aurait pas abouti. Je tiens à remercier Lise Demailly, parce que, toujours disponible et attentive, elle est finalement parvenue à m'extraire de mon terrain, à me détourner des voies sans issue, mais aussi, pour ses encouragements, sa patience et les discussions stimulantes pour ma formation intellectuelle et scientifique. Enfin, je n'oublie pas mon entourage proche qui a sans doute souffert de mes absences ou pire de ma présence distraite.

BIBLIOGRAPHIE¹

Ouvrages

ACKER (F.), DENIS (G.), Evaluation du travail et des emplois dans les services administratifs et logistiques de l'hôpital, Marseille, CEREQ, coll. Des études, 1989.

AÏACH (P.), FASSIN (D.), (sous la dir.), Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Economica, 1994.

AUGE (M.), HERZLICH (C.), Le sens du Mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Paris-Montreux, éd. Archives contemporaines, 1983.

BEC (C.), Assistance et République. La recherche d'un nouveau contrat social sous la IIIe République, Paris, Les Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières, 1994.

BERNOUX (P.), Un travail à soi, Toulouse, Privat, 1981.

BOCCARA (P.), Intervenir dans la gestion avec de nouveaux critères, Paris, éd. Sociales, 1985.

BOISSIER (C.), HOLLEAUX (G.), ZUCMAN (J.), La responsabilité juridique de l'infirmière, Paris, éd. Lamarre, 1991.

BOURDIEU (P.), Esquisse d'une théorie pour la pratique, Genève, Droz, 1972.

BOURDIEU (P.), Questions de sociologie, Paris, Editions de Minuit, 1980.

BOURDIEU (P.), La domination masculine, Paris, Seuil, 1988.

BRIANCARD (A.), MOSSE (PH.), (sous la dir.), Hôpital, innovation, professions, CNRS/CFDT Santé/Social, "Parole II", juin 1994.

CASTEL (R.), Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat, Paris, Fayard, 1995.

¹ Les références sont citées dans l'édition consultée.

CEREC, La productivité globale dans les services publics. Mesurer pour décider, La documentation Française, Paris, 1994.

CHAPTAL (L.), Morale professionnelle de l'infirmière, Paris, éd Poivrat, 1935.

CHAPTAL (L.), Le livre de l'infirmière, Paris, Masson, 1936.

CLEMENT (J.M.), Les pouvoirs à l'hôpital, Paris, Berger-Levrault, 1993.

COLLIERE (M.F.), Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, Paris, InterEdition, 1982.

Comité O.M.S d'experts des soins infirmiers, Cinquième rapport, Série de rapports techniques n° 347, Genève, 1966.

CONTANDRIOPOULOS (A.P.), SOUTEYRAND (Y.), L'hôpital stratégique. Dynamique locale et offre de soins, Paris, John Libbey Eurotext, 1996.

COSNIER (J.), GROSJEAN (M.), LACOSTE (M.), (sous la dir.), Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins, Lyon, PUL, 1993.

COURQUET (J.), L'hôpital aujourd'hui et demain, Paris, Seuil, 1971.

CREMANDEZ (M.), GRATEAU (F.), Le management stratégique hospitalier, Paris, InterEdition, 1992.

CRESSON (G.), Le travail domestique de santé, Paris, L'Harmattan, 1995.

DEMAILLY (L.), Le collègue, crise, mythes et métiers, Lille, PUL, 1991.

DEMBINSKI (O.), Les cadres hospitaliers, CLERSE-LASTREE/CHU de Lille, 1994.

D'HOUTAUD (A.), FIELD (M.), La santé, approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société, Nancy, PUN, 1989.

EWALD (F.), Le problème français des accidents thérapeutiques, enjeux et solutions, CNRS/Ministère de la santé et de l'action humanitaire, novembre 1992.

FARGE (A.), KLAPLISCH (Z.), (sous la dir.), Madame ou mademoiselle ? Itinéraires de la solitude féminine XVIIIe - XXe siècle, Paris, Arthaud - Montalba, 1984.

FERONI (I.), Formation et insertion professionnelle des infirmières, GERM - CERCOM/Direction des Hôpitaux/ Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, 1992.

FERONI (I.), Les infirmières hospitalières. La construction d'un groupe professionnel, Thèse de doctorat, université de Nice- Sophia Antipolis, 1994.

FIESCHI (M.), DUJOLS (P.), BEUSCART (R.), Information médicale et stratégie hospitalière, Paris, Springer-Verlag, 1993.

FOUCAULT (M.), Histoire de la folie à l'âge classique, Paris, Gallimard, 1972.

FOUCAULT (M.), Naissance de la clinique, Paris, PUF, 1963.

FOX (R.), L'incertitude médicale, Louvain, L'Harmattan, 1988.

FREIDSON (E.), La profession médicale, Paris, Payot, 1984.

FRIEDBERG (E.), Le pouvoir et la règle. Dynamique de l'action organisée, Paris, Seuil, 1993.

GADEY (J.) et (N.), (sous la dir.), La gestion des ressources humaines dans les services et le commerce. Flexibilité, diversité, compétitivité, Paris, L'Harmattan, 1994.

GELIS (J.), La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie, Paris, Fayard, 1988.

HALL (E.T.), La dimension cachée, Paris, Seuil, 1971.

HAMILTON (A.), Considération sur les infirmières des hôpitaux, Montpellier, éd. Hamelin, 1900.

HAMILTON (A.), Plan pour les cours théoriques d'une école, école hospitalière de garde-malades: système Florence Nightingale, Bordeaux, éd. Muller, 1900.

HUGHES (E.C.), Le regard sociologique. Essais choisis, textes rassemblés et présentés par J.M Chapoulie, Paris, éd de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996.

GALBRAITH (J. K.), L'ère de l'opulence, Paris, Calmann- Lévy, 1970.

GIAMI (A.) et VEIL (C.), (sous la dir.), Sida: représentations, relations et conduites chez les infirmières et les travailleurs sociaux, Rapport ANRS, juin, 1992.

GOFFMAN (E.), Asiles. Etude sur la condition des malades mentaux, Paris, éd. Minuit, 1968.

GOFFMAN (E.), La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1: La présentation de soi. Tome 2: Les relations en public, Paris, éd. Minuit, 1973.

GOFFMAN (E.), Les rites d'interaction, Paris, éd. Minuit, 1974.

GOFFMAN (E.), Façons de parler, Paris, éd. Minuit, 1987.

Groupe de Recherches Interprofessionnel sur la Profession de l'Infirmière, L'identité professionnelle de l'infirmière, Paris, éd Le Centurion, 1986.

HERZLICH (C.), Santé et maladies. Analyse d'une représentation sociale, Paris-La Haye, Mouton, 1969.

HERZLICH (C.), PIERRET (J.), Malades d'hier et malades d'aujourd'hui, Paris, Payot, 1984.

ISRAEL (L.), La décision médicale. Essai sur l'art de la médecine, Paris, Calman-Lévy, 1980.

JAMOUS (H.), Sociologie de la décision, la réforme des études médicales et des structures hospitalières, Paris, CNRS, 1969.

KERGOAT (D.), IMBERT (F.), LE DOARE (H.), SENOTIER (S.), Les infirmières et leur coordination : 1988 - 1989, Paris, Lamarre - Poinat, 1992.

KNIBIEHLER (Y.), (sous la dir.), Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880 - 1980, Paris, Hachette, 1984.

LEONARD (J.), La médecine entre le pouvoir et les savoirs, Paris, Aubier, 1981.

LINHART (R.), L'Etablit, Paris, éd. Minit, 1978.

LOJKINE (J.), Les jeunes diplômés. Un groupe social en quête d'identité, Paris, PUF, 1992.

LOJKINE (J.), La révolution informationnelle, Paris, PUF, 1992.

LOJKINE (J.), (sous la dir.), Le tabou de la gestion. La culture syndicale entre contestation et proposition, Les Editions de l'Atelier/Les Editions Ouvrières, Paris, 1996.

MAILLARD (CH.), Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours, Paris, Dunod, 1986.

MORIN (E.), Pour une théorie de la crise, Paris, Fayard, 1984.

MOTHE (D.), Militant chez Renault, Paris, Seuil, 1965.

PENEFF (J.), L'hôpital en urgence, Paris, Métailié, 1992.

PETITAT (A.), Les infirmières de la vocation à la profession, Montréal, Boréal, 1989.

PINCHEMEL (P.), La France. Milieux naturels, population, politiques, Paris, A. Collin, 1980.

PRYEN (S.), Stigmate et métier: une approche de la prostitution de rue à Lille, Thèse pour le doctorat de III^{ème} cycle, Université de Lille I.

ROSANVALLON (P.), L'Etat en France de 1789 à nos jours, Paris, Seuil, 1990.

SALIBA (J.), BON-SALIBA (B.), OUVRY-VIAL (B.), Les infirmières, ni nonnes ni bonnes, Paris, Syros, 1993.

STRAUSS (A.), La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, textes réunis et présentés par I. BASZENGER, Paris, L'Harmattan, 1992.

(STEUDLER (F.), L'hôpital en observation, Paris, Armand Colin, 1974.)

ZARIFIAN (E.), Les jardiniers de la folie, Paris, Odile Jacob, 1988.

Articles

ACKER (F.) et DENIS (G.), "Professions et emplois de la santé. Points de repère pour un secteur en évolution", BREF CEREQ, n° 40, février 1989.

ACKER (F.), "La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire", Sciences Sociales et Santé, vol IX, n°2, juin, 1991.

BASZANGER (I.), "La construction d'un mode professionnel: entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale", Sociologie du Travail, n°3, 1983.

BOURDIEU (P.), "Il manquera toujours la moustache", entretien publié dans Télérama, n° 2533, 29 juillet 1998.

BREMOND (M.), "peut-on faire naître l'hôpital à coup d'instrument de gestion: le cas du PMSI" dans FIESCHI (M.), DUJOLS (P.), BEUSCART (R.), Information médicale et stratégie hospitalière, Paris, Springer-Verlag, 1993.

CAMEL (P.), "Mesure de l'indépendance fonctionnelle par l'indice de Bathel", Journal d'Ergothérapie, 14 - 4, 1992.

CHANDERNAGOR (P.), DUMOND (J.P.), "l'hôpital des années 1990 et ses médecins", dans CONTANDRIOPOULOS (A.P.), SOUTEYRAND (Y.), (coordonné par), L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins, Paris, John Libbey Eurotext, 1996.

CHARLON (E.), DEMAILLY (L.), DEMBINSKI (O.), INISAN (J.F.), ROQUET (P.), VERMELLE (M.C.), "Contribution à l'étude de la socialisation professionnelle et de la formation des compétences: les modes de transmission et de socialisation des savoirs d'expérience", communication aux journées de l'IFRESI, 30-31 mars, 1994.

CHAUVENET (A.), "Idéologie et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers", RFS n° spécial: Sociologie de la médecine, n°3, 1973.

DELACROIX (R.), DEMBINSKI (O.), "Les acteurs professionnels et syndicaux face aux nouveaux critères de gestions du CHU de Lille", communication aux journées de l'IFRESI, Lille, 30 - 31 Mars, 1994.

DELAETER (B.), "La conduite du changement à l'hôpital public. Principes dégagés de la démarche stratégique menée au CHU de Lille, CLES, n° 18, 1991.

DEMAILLY (L.), "Compétences et transformation des groupes professionnels" dans MINET (F.), PARLIER (M.), WITTE (S.), (sous la dir.), La compétence: mythe, construction ou réalité ?, Paris, L'Harmattan, 1994.

DEMBINSKI (O.), "Mobilisation gestionnaire d'une équipe soignante: le cas d'une unité de soins palliatifs", CLES, n° 29, 1997.

DEMBINSKI (O.), "Approche ethnographique des savoirs professionnels infirmiers", communication aux journées de la Société Française de Sociologie, 20 -21 novembre 1997.

DEMBINSKI (O.), "Les hospitalières: un rapport problématique à la qualification", communication aux 6èmes journées de sociologie du travail, Blankenberge, 5 - 7 novembre 1997.

DRULHE (M.), "Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier", communication aux journées d'études LAPSS-AISLF, Rennes ENSP, 10 - 11 Décembre 1998.

EHRENREICH (B.), ENGLISCH (D.), "Sorcières, sages-femmes, infirmières", Les Temps modernes, avril 1978.

ENGEL (F.), MOISDON (J.C.), TONNEAU (D.), "Contraintes affichées ou contraintes réelles ? Analyse de la régulation du système hospitalier français, Sciences Sociales et Santé, vol. 8, n°2, Juin, 1990.

ENGLOS (P.), "Le droit et les professions, contribution du droit du travail à la dynamique des groupes professionnels", dans Annales du colloque international: Dynamique des groupes professionnels, Paris, novembre 1992.

FAURE (O.), "A l'hôpital avant les infirmières, les soeurs hospitalières de Lyon au début du XIXe siècle", Pénélope, la femme soignante, n° 5, 1981.

FERONI (I.), "La construction des modèles professionnels infirmiers: du geste à l'expertise", communication au colloque Genève et dynamique des groupes professionnels, Paris, 19 - 20 novembre 1992.

GADREY (J.), "Rapports sociaux de service: une autre régulation", Revue Economique, n° 1, janvier, 1990.

GOTTELY (J.), "Démographie d'une profession de santé: les infirmières hospitalières", Economie et Santé, n° 1, 1981.

GOTTELY (J.) et REMP (S.), "Les infirmières DE des hôpitaux publics", Informations rapides SESI, n°30, octobre 1992.

GUTTON (J.P.), IMBERT (J.), "Les hôpitaux français sous la Révolution", dans La revue Hospitalière de France, n° 58, 1989.

HERAN (F.), "Les relations entre technologie et organisation: le rôle structurant du mode d'organisation", CLES, n° 18 - 2ème semestre 1991.
INSEE, "Infirmières (DE et psychiatriques confondus)", Enquête Emploi, 1989.

HERZLICH (C.), "Type de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière", RFS n° Spécial: Sociologie de la Médecine, 1973.

HERZLICH (C.), PIERRET (J.), "Une maladie dans l'espace public: le Sida dans six quotidiens français" dans Annales ESC, sep-oct, n°5, 1988.

JAEGER (M.), "L'infirmier en santé mentale: un professionnel ?", Dans AÏACH (P.), FASSIN (D.), (sous la dir.) Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Economica, 1994.

KUTY (O.), "Les innovations scientifiques dans le champ sanitaire (1750 - 1825)", Sciences Sociales et Santé, n° 3-4, septembre 1983.

MARMANDE (J.L.) et BOUTON (J.P.), "La démission du personnel infirmier des hôpitaux publics" Compte-rendu de la société de médecine et d'hygiène du travail, dans Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de la sécurité sociale, n°4, 1987.

MEMMI (A.), "De la dépendance à la pourvoyance", Panorama du médecin, n° 1065, octobre 1980.

Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Affaires Sociales - SESI, "Les écoles de formation aux professions de santé en 1989 - 1990", Documents Statistiques SESI, n° 104, novembre 1990.

Ministère de la Santé, "Les écoles de formation aux professions de la santé en 1991 - 1992, Documents statistiques SESI, n° 148, juillet 1992.

MOIDSON (J.C.), TONNEAU (D.), "Concurrence et complémentarité: stratégies de l'hôpital et de sa tutelle", dans CONTANDRIOPOULOS (A.P.), SOUTEYRAND (Y.), (sous la dir.), L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins, Paris, John Libbey Eurotext, 1996.

PARSON (T.), "Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne" dans HERZLICH (C.), Médecine, maladie et société, Paris-La-Haye, Mouton, 1970.

PETITAT (A.), "La profession d'infirmière, un siècle de mutations", dans AÏACHE (P.) et FASSIN (D.), (sous la dir.), Les métiers de la Santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Economica, 1994.

PREVOT (A.M.), "La mise à distance du corps. Réflexions sur l'enseignement infirmier", Cahiers de l'AMIEC, n°10, 1988.

SALIBA (J.), "Evolution de l'hôpital public, stratégies, pouvoirs, objectifs", Revue Projet, n° 20, 1974.

SIMON (M.), "Les attitudes politiques ouvrières dans le département du Nord", Cahiers Internationaux de Sociologie, 1961.

STRAUSS (A.), FAGERHAUGH (S.), SUCZEK (B.), WIENER (C.), "The work of hospitalized patients" dans Soc. Sci. Med., vol. 16, 1982.

TERNON (Y.), "La fin du chirurgien généraliste" dans AÏACHE (P.) et FASSIN (D.), (sous la dir.), Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Economica, 1994.

THEUREAU (J.), "Événement et coopération dans le travail infirmier", dans COSNIER (J.), GROSJEAN (M.), LACOSTE (M.), (sous la dir.), Soins et communication, approche interactionniste des relations de soins, Lyon, PUL, 1993.

Travail, emploi et formation dans les professions paramédicales, Rapport du Conseil Economique et Social, 14 février 1990.

ZARIFIAN (P.), "Vers de nouveaux modèles d'organisation ? ", Sociologie du travail, n° 1, janvier, 1993.