Table des matières

Remerciements 3
Résumé 5
Résumé en anglais 6
Table des matières 7
Liste des tableaux 11
Liste des annexes 12
Introduction 13

Première partie Aspects Théoriques 20
Chapitre I. La représentation de la mort dans la société et son traitement à l'hôpital 21
La mort structurant la culture : approches anthropologiques des rites 21
La conception occidentale moderne de la mort à l'hôpital 24
Deux procédures dans le « donner la mort » : les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) et les Interventions Médicales de Grossesse (IMG) 27
Les Soins Palliatifs à l'épreuve des « accompagnements de fin de vie » 34
Conclusion 40
Chapitre II. Le travail du négatif : Le négatif psychosocial et le « sale boulot » 41
Hughes et la hiérarchisation morale du travail 41
Le négatif psychosocial 47
Le négatif psychosocial et le « sale boulot » 52
La subversion du « sale boulot » en « bel ouvrage » 53
Conclusion 55
Chapitre III. L'usage de soi au travail : tension entre la reconnaissance de soi par soi-même et par les autres 56
Les contributions théoriques de la reconnaissance de soi médiatisée par l'activité 56
La perspective de la Psychodynamique du Travail 56
La reconnaissance de soi comme émancipation dans la perspective de l'Ecole de Frankfort 62
La problématique de la reconnaissance de soi en clinique de l'activité 68
Conclusion 74

Problématique et hypothèses 76
Problématique 76
Hypothèses 78
Méthode 79
Le contexte 79
Le terrain 79
Les antécédents de la recherche 79
Les rapports entre la commande et la demande 83
Les dispositifs mobilisés sur le terrain 86
Deux méthodes pour comprendre les enjeux du travail en gynécologie : observation et entretiens 86
L'analyse des matériaux 98
Méthode utilisée pour les analyses des entretiens et des journaux de bord 98
L'analyse des contenus 98
La mise en évidence des thématiques 98

Deuxième partie Résultats et Discussions 100
Signes de la division morale du travail 101
La division physique des services ou unités de soins au sein du PME et en Médecine Interne 102
Répartition des tâches par catégories professionnelles 105
La délégation des tâches de moindre prestige 109
Les affects face aux épreuves du « sale boulot » 118
Les stratégies individuelles et collectives et les idéologies défensives de métier 124
La hiérarchisation des patients 124
Le relais entre soignants et autres équipes 127
Le « binôme » entre professionnels 130
« Faire craquer » 131
La désorganisation du travail au sein des collectifs soignants 133
Les idéologies défensives de métier 138
Conclusion 141

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Conditions nécessaires pour que le « sale boulot » puisse être subverti en « bel ouvrage » 143
Liaison et déliaison des collectifs de travail : la continuité identitaire à l'épreuve de la confrontation à la mort 143
La défaillance des régulations collectives en gynécologie et en soins palliatifs 143
Le Mauvais travail : la perte de l´encadrement et le manque de répondants collectifs dans la production des « événements indésirables » 154
La configuration en collectif de travail : source de liaison en gynécologie et en soins palliatifs 161
La complexité des interprétations : la subversion des gestes présents dans les stratégies défensives qui transforment le « sale boulot » en « bel ouvrage » 168
La classification et la hiérarchisation des patients 169
Renommer la tâche 171
Le relais entre soignants comme signe de qualité de soins 172
Le binôme entre catégories professionnelles 177
« Faire parler » pour aider les patientes à élaborer le deuil 180
La désorganisation des tâches pour garder la main sur les activités valorisantes 183
Le découpage du temps individuel et collectif pour garantir les soins relationnels 185
Conclusion 187
La problématique de la reconnaissance 189
La reconnaissance de soi et les différentes modalités d'arbitrages de valeurs 189
La reconnaissance de soi dans le partage des règles de métier 190
La reconnaissance de soi dans la mise en commun des défenses 198
La reconnaissance de soi face à des situations extrêmes 210
Conclusion 222

Conclusion 223
« Sale boulot », hiérarchisation morale du travail et affects archaïques 224
Les configurations collectives par rapport aux usages de soi 226
Le don et le contredon dans le travail de soins 229
La reconnaissance de soi face aux défaillances collectives 233
Les apports théoriques de cette étude 235

Bibliographie..... 237
Résumé..... 414
Résumé en anglais..... 415

Liste des tableaux

Tableau 1 : Entretiens enregistrés de toutes les catégories professionnelles en service de gynécologie contenant le lieu d'entretien et le nombre de soignantes. 92

Liste des annexes

Annexes 1 Journal de bord en Maternité 244
Annexes II : Entretiens avec les soignantes en maternité 321
Annexes III : Journal de bord en soins palliatifs 386

Introduction

Rapport-Gratuit.com

Etudiante en Master de psychologie clinique au Brésil, je me suis intéressée pour la première fois en 2001-2002 au travail des soignant-e-s. Je suivais alors, dans des contextes hospitaliers et associatifs, des patientes atteintes par le VIH, récemment diagnostiquées et vivant dans des situations de grande précarité. La grille de lecture mobilisée à l'époque était centrée sur les aspects intrapsychiques et relationnels de ce travail. Ce qui m'a conduite à problématiser « l'épuisement professionnel », faute d'un terme plus adapté, pour décrire les identifications massives, les conflits, le turnover de ces professionnelles face à des situations psychosociales complexes.

Cette lecture psychosociale et systémique m'avait alors permis de mettre en perspective la notion d'épuisement des soignantes avec celle d'identification aux femmes atteintes par le VIH. Certains thèmes, comme la sexualité, la vie et la mort, la maternité, mais aussi la valorisation sociale, l'insertion professionnelle et la reconnaissance de soi, le traduisaient nettement (Guerra Gomes-Pereira, 2003). Ainsi, j'avais animé deux groupes pour essayer d'approfondir les relations entre soignantes et soignées à partir de la thématique de « l'auto-prise en charge », ou l'« auto-cuidado », des actes de soins vis-à-vis de soi-même.

A l'issue de cette recherche, j'avais pu constater que l'auto-prise en charge, le « care » de soi, notamment pour les femmes, passait par la prise en charge d'autrui. Les patientes s'étayaient davantage sur le rôle de mère, afin de regagner une valorisation sociale par une conformisation morale reposant sur la mise en retrait de leur sexualité. Aussi, la hiérarchisation du monde des femmes, entre « saintes » et « putes », m'a permis de mieux comprendre la réparation subjective et sociale qu'opéraient leurs grossesses, malgré la contre-indication médicale. Cette réparation soutenait une demande de reconnaissance, notamment chez les patientes atteintes par le VIH qui étaient tenues pour responsables de leur maladie (ie. des prostituées, des femmes alcooliques, des usagers de drogues, des SDF, etc.).

Les enjeux de genre et de « care », fondamentaux dans ma recherche se sont vite avérés au niveau macro, comme une « fuite en avant » face à l'impuissance que je ressentais vis-à-vis de la complexité du terrain. En prenant refuge dans l'analyse des politiques nationales brésiliennes concernant le VIH et de leur impact sur l'organisation des associations, cette recherche a servi de toile de fond pour réinterroger, sur mon terrain, les marges de manœuvre des soignantes dans la continuité de la prise en charge des patients. Depuis le début de l'épidémie (datée de 1985 au Brésil), l'abandon de la prévention des femmes a correspondu à

un choix politique qui n'a fait que retarder la prise de conscience de leurs corps dans la négociation des pratiques sexuelles. Depuis, le changement de panorama politique et son impact sur le monde associatif et militant dans les années 1990, a affecté les rapports entre Etat et associations. Dans cette décennie, le monde associatif militant a été déplacé d'une instance de régulation de l'Etat vers une fonction de sous-traitant, notamment, pour les actions de prévention et de santé. Ce changement n'a pas été sans conséquence sur l'appauvrissement des projets associatifs auprès des personnes atteintes par le VIH, mais aussi sur leur pouvoir de questionnement politique des actions développées par l'Etat.

A cette époque, il m'a semblé que ces conflits résultaient d'un contexte social qui amplifiait des demandes paradoxales déjà existantes dans l'institution. Cependant, la relation entre les aspects macro et micro ne trouvait pas d'articulation avec les dimensions intrapsychiques et sociales. Les concepts « d'activité », de « collectifs de travail », de formations transitionnelles rendant des dégagements possibles, m'étaient alors étrangers. Nous y reviendrons.

Quelques voies pour rendre compte de la complexité de la situation, sans tomber dans les déterminismes « psychologisants » ou « sociofatalistes » ont été, à l'époque, frayées. Trois phases importantes ont contribué à construire cette thèse : tout d'abord, le travail effectué pendant mon DEA dans un hôpital parisien, et la confrontation aux équipes stables et structurées de cet l'hôpital, puis ma participation à un projet de recherche financé par l'ANR : j'y ai expérimenté une posture de chercheur sur un terrain, le Pavillon Mère Enfant (PME) d'un hôpital en région normande et enfin, l'apprentissage de l'analyse institutionnelle et la possibilité de construire et différencier une place de chercheur de celle d'intervenant: je suis clinicienne dans l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). Ces différentes expériences ont affecté ma posture de chercheur et ont contribué à orienter la problématique de ma thèse. Elles ont permis le dégagement d'axes de recherche : le négatif psychosocial, ses résonances archaïques et les dynamiques collectives à partir de l'analyse des activités déployées dans ces services.

En démarrant en 2004 par un DEA, dans un service hospitalier de maladies infectieuses et tropicales, deux préoccupations ont émergé. D'une part, un besoin d'approfondir les hypothèses cliniques par la recherche étayée notamment sur la psychanalyse et les théories des groupes. D'autre part, la confrontation au monde médical et hospitalier, et l'actualisation des questions soignants-soignés par l'appropriation de la littérature internationale, la

perspective des équipes stables avec des tâches structurées et prescrites. Cependant, mes débuts d'une clinique institutionnelle ne m'ont pas permis de construire des dispositifs réflexifs, des espaces d'élaboration entre professionnels.

Ainsi, j'ai développé, en accord avec la psychologue du service, une enquête sur la communication entre médecins et soignants, démarche qui se voulait tantôt co-constructive, dans une approche d'observation participante, tantôt positiviste, cherchant à intervenir en tant qu'expert. Les différentes impasses vécues sur ce terrain m'avaient questionnée sur ma place, la posture de chercheur, la place de tiers et l'importance de mettre l'autre en confiance pour qu'il s'engage. Il n'y avait pas d'analyse de la demande de l'équipe, mais il y avait certainement chez moi le désir de « trouver » un sujet d'intervention pour justifier mon stage, une utilité, sans pour autant prendre le temps de comprendre... ces questions n'ayant pu être formulées que dans l'après-coup. Comment travailler pour engager un travail de recherche-action plutôt qu'une recherche empirique ? Comment appréhender la demande ?

Plusieurs expériences et errances universitaires, n'ont pas comblé mes attentes à l'égard de ce double « inconnu » épistémologique. D'une part, ce qui se présentait sous forme de plaintes des professionnels de santé et d'autre part, la manière de s'y prendre dans la recherche pour que l'activité puisse se co-construire, gagnant du sens et de la complexité, pour le chercheur autant que ses interlocuteurs. J'ai ainsi suivi un chemin "tortueux" depuis l'arrivée en thèse, devant d'abord me confronter à l'apprentissage de la langue française, pour ensuite mettre en mots un domaine qui m'échappait : la clinique du travail. Finalement, j'accédais, sans trop en avoir conscience, à la connaissance théorique sur les collectifs de travail, pour reconnaître les soignantes et moi-même dans ces travaux.

Dans le cadre de la thèse, début 2007, la question de la posture du chercheur était à nouveau interrogée face au terrain préalablement négocié dans la convention de l'ANR. Pour développer ma propre recherche dans ce cadre plus large, j'ai du relever le défi de trouver un axe d'investigation. Stabiliser le sujet de ma thèse m'a été très difficile.

Le projet de recherche de l'ANR était pluridisciplinaire, réunissant des spécialistes de la sociologie des groupes professionnels, de la médecine du travail, de la psychologie du travail. Il avait pour objectif d'observer la manière dont les travailleurs s'approprient les connaissances produites par les enquêtes sur les conditions de travail et tentent, le cas échéant, de mettre en place des actions participatives d'amélioration des conditions de travail sur la

base de ces connaissances. Le questionnement était centré autour de la problématique de la régulation sociale (Reynaud, 1988). La méthodologie privilégiait l'observation des réunions de présentation des enquêtes sur les conditions de travail en milieu hospitalier, des entretiens et des questionnaires.

La méthode d'observation « neutre » des discussions, suite à la présentation des résultats d'enquêtes sur les conditions de travail, a été retenue sur différents terrains, en gynécologie sociale et chirurgicale ainsi qu'en planning familial dans un CHU en Normandie. Mais, dans ces services, les soignantes n'ont jamais assisté à la présentation en question, aucune demande n'ayant été initialement formulée. Cependant, ma présence dans ces services, considérés comme dévalorisés, a suscité plusieurs demandes. La durée d'observation a permis qu'un déplacement de ce cadre de recherche initiale puisse s'opérer. Ce déplacement, survenu malgré moi, s'est révélé dans la démarche réflexive, résultat des observations et de la confiance gagnée auprès de l'équipe. Cela m'a permis d'opérer un retournement méthodologique, en m'engageant dans une démarche d'observation participante, affectant ma posture tant de chercheur que de clinicienne.

Les enjeux vécus en gynécologie ainsi qu'en planning familial concernaient à la fois les activités de gestion de la mort, des personnalisations de conflits, par des formations de clans dans diverses catégories soignantes et la présence massive des discussions sur la vie privée de chacune. L'élaboration du rapport pour l'agence de financement, fin 2008 a été une première tentative d'organisation d'un matériel vaste mais disparate. Toutes les années de ce terrain et celles qui ont suivi, ont exigé un travail d'élaboration et de remaniement des questions soulevées, liées à mes propres intérêts et à mon vécu. Certains thèmes, comme l'archaïque sollicité dans les activités assimilées à un « donner la mort », ou encore mes propres défenses liées à mon identité de chercheur et de femme mais pas encore mère, sont restés très enfouis. J'ai expérimenté la grande difficulté de penser la violence du besoin fondamental de différenciation entre mère-bébé, vie et mort, repérable par une angoisse de morcellement souvent manifeste. Ce n'est que dans l'après-coup que j'ai pu relier la question du genre et de l'archaïque, présente dans ce terrain.

Ensuite, le développement de mes activités de psychologue en EMSP et une meilleure appréhension des enjeux de ce « terrain », m'ont permis de tisser progressivement des liens entre micro et macro. Le séminaire des doctorants, les analyses de pratiques dans le réseau de

l'hôpital et le travail personnel de supervision et d'analyse, toutes ces co-constructions m'ont donné accès, dans l'après-coup, à une compréhension des enjeux en gynécologie.

Certes, la sollicitation et la posture attendue dans les deux terrains, en gynécologie et en soins palliatifs, étaient différentes. Ce déplacement, par le changement de contrat de travail m'a autorisé à transformer les façons de co-construire avec les équipes. Ces changements m'ont également permis d'expérimenter et de comparer, dans un deuxième temps, la richesse et la contrainte des différentes places comme chercheur et comme intervenant, les espaces légitimes d'échange, les espaces interstitiels, les cadres différents à poser pour élaborer un dispositif contenant.

La « gestion » de la mort, présente dans ces deux terrains, et ses sollicitations archaïques indifférenciant soignants et soignés, ont pu être analysées. Ma propre posture tierce s'est progressivement construite d'un terrain à l'autre, notamment dans la différenciation vis-à-vis des équipes face à la gestion de la mort.

Ainsi, le cadre théorique de cette recherche articule l'éclairage anthropologique et historique du traitement de la mort dans la société et dans l'hôpital ; le concept négatif psychosocial comme analyseur de la hiérarchisation morale du travail et enfin, la reconnaissance de soi discutée par les théories de la clinique du travail.

Dans les chapitres théoriques, nous abordons la question des activités liées à la mort par le prisme de leur relégation à l'hôpital (Lefève, 2006), dernier lieu de traitement et d'échanges symboliques, afin de restituer un sens à la mort dans la société (Baudrillard, 1976). Ainsi, les professionnels de santé qui ont la charge du « traitement » de la mort, voient leurs activités occultées, déniées. Dans ce contexte, ces professionnels sont relégués comme gardiens des sanctions symboliques délimitant les limites entre vie et mort, entre sacré et profane, entre pur et impur, propre et sale.

Le « sale boulot » émerge alors comme représentation des activités reléguées, sous le signe du « mauvais objet », constitué par le procès même de la projection-exclusion. Le concept de négatif psychosocial (Lhuilier, 2002) vient rendre intelligible, par les dimensions morale et psychique convoquées, une organisation sociale plus large, hiérarchisée en fonction du prestige ou de la dévaluation des activités, des professions et des services à l'hôpital (Hughes, 1962/1996).

Enfin, les théories en clinique du travail nous permettent d'analyser le traitement des activités liées à la mort dans l'hôpital, notamment lorsqu'elles sont vécues comme du « sale boulot ». En retraçant l'historique du développement de la clinique du travail, l'activité est identifiée comme unité d'analyse. Le concept de collectif de travail (Cru, 1995 ; Dejours, 1980/2000), comme espace transitionnel vient compléter l'analyse de l'activité en articulant sens et reconnaissance au travail, objectivation et subjectivation par l'activité. Y. Clot (2008) quant à lui, s'intéresse au collectif de travail intériorisé par chaque individu, en proposant le concept de « genre ». Ces contributions théoriques permettent de comprendre la transitionnalité du collectif.

Nous nous interrogeons ici sur les activités spécifiques du soin, c'est-à-dire des activités auprès de l'homme, de l'humain, au contact du corps. Ces dimensions de vie pourraient être sollicitées par la similitude des engagements, entre sphère privée et le soin, tenus dans les activités du « care » (Molinier, 2006 ; 2009).

Ainsi, cette recherche vise à comprendre la reconnaissance de soi au travail comme une tension entre instituant et institué face aux activités liées à la mort. Cette reconnaissance de soi, qui s'exprime dans la capacité de transformation du « sale boulot » en « bel ouvrage », prendrait ses sources dans cette tension entre les usages de soi.

Première partie

Aspects Théoriques

Chapitre I. La représentation de la mort dans la société et son traitement à l'hôpital

La mort structurant la culture : approches anthropologiques des rites

Le philosophe Jean Baudrillard propose trois temps de lecture historique et anthropologique de la mort dans la société. Ces trois temps éclairent largement la compréhension de la représentation et du traitement que l'on donne à la mort. Il dégage aussi la structuration de notre culture occidentale, notamment la formation de nos institutions.

Dans un premier temps, l'auteur considère que dans les cultures primitives[1], le rituel assurait le lien entre les termes de chaque instance - entre la naissance et la mort, entre l'homme et la femme, entre l'adulte et l'enfant -, encadré par les principes de réversibilité et de l'échange. Ainsi, le terme en tant que tel n'avait pas de sens ; c'est-à-dire, que la mort ou la naissance, en soi, ne voulait rien dire : seuls les échanges symboliques revêtaient une fonction de garant du sens de chaque terme (par ex. mort, naissance, etc.).

L'échange ritualisé reliait les termes à un rapport social, les rendant intelligibles. Ce principe d'échange et d'irréversibilité permettait par-là même, une plus fine différenciation des instances qui circonscrivaient les termes. Les différents termes indivisés étant reliés entre eux par le rite, les instances étaient tenues pour non échangeables, intransposables, donc, déterminées. Chaque instance restait distincte selon sa sphère de référence et chaque rite était spécifique au sein de cette organisation. C'est cette condition de différenciation des instances qui permettait aux termes d'être articulés dialectiquement dans les rites. Cette première phase aurait duré jusqu'au Moyen Âge.

Dans un deuxième temps, autour du XVIe siècle, nos rapports à la mort changent. J. Baudrillard (1976) précise que le changement opéré dans le traitement de la mort est le

[1] « Cultures primitives » : ce terme, est repris par J. Baudrillard tout au long de son ouvrage, sans être situé dans le temps ; on l'attribue à une période antérieure qui inclurait le Moyen Âge.

résultat d'un changement beaucoup plus large, dans la structuration de la société elle-même. Il relie ces changements à l'émergence de l'« éthique protestante » et à sa résultante : l'accumulation de la production matérielle comme forme de « protection contre la mort » (p.223).

L'auteur souligne qu'avec l'avenir de la Contre-Réforme, une nouvelle manière de vivre, de produire, de s'organiser socialement, mais aussi de mourir, se met en place. Les temps primitifs voulaient une indivision entre les termes, par le rituel, afin de permettre l'échange - dédramatisant la mort, mais aussi la naissance - évitant l'installation d'une linéarité du temps, l'accumulation, le pouvoir. Pour J. Baudrillard (1976) « Si le don est la source et l'essence même du pouvoir, seul le contre-don abolit le pouvoir ; cela est la réversibilité de l'échange symbolique » (p.73).

Les temps modernes viennent découper et isoler chaque terme scientifiquement, séparant le don du contre-don, rendant étanche chaque terme du rapport social. Cet empêchement de la réversibilité entre les termes inscrit une organisation où le pouvoir deviendra enjeu organisateur des nouvelles formes de vie. J. Baudrillard nomme premier pouvoir, le pouvoir constitué par l'Eglise et par la suite par l'Etat, nous y reviendrons. Cette étanchéité entre les termes et le rapport social permet de calibrer chaque terme de l'échange par un code universel, l'argent, qui devient la valeur référentielle de toute sphère. Ainsi, il n'est plus question de liaison des termes par les échanges, ni de différenciation des instances. Une équivalence se met en place, qui réduit les termes échangés à un référentiel externe, universel. L'indétermination entre les termes apparaît. En créant un référent universel, la « loi structurale de la valeur » (*idem,* p.20) est instaurée et avec elle, le « calcul d'équivalence des différentes sphères et la régulation par l'indifférence entre elles » (*idem*, p.67).

L'Eglise s'empare du pouvoir régulateur de la mort en opérant notamment un décalage dans le rythme de l'échange, proposant un ajournement entre l'échange vie-mort. En fondant une sphère imaginaire de la mort, en créant un « au-delà », elle redéfinit les termes de l'échange : survie-éternité différée. Ce changement a eu des conséquences dans l'encadrement de la vie et de la mort dans les temps modernes. L'accumulation comme moyen de racheter sa rédemption dans l'éthique protestante marque un virage dans la conception du temps, de la production, de loisirs, d'échanges et de la mort. La vie devient survie, car en attendant la vie

éternelle, l'accumulation et ainsi l'intériorisation d'une surveillance, deviennent les nouvelles formes d'existence en rapport direct avec la mort éloignée et, plus tard, chassée de la vie.

Le deuxième point de virage dans l'installation de la vie comme valeur positive, niant tout droit de cité à la vulnérabilité et à la mort vient de la « gestion de la vie comme survie objective » établie par l'Etat. Avec la sécularisation de la mort, l'avancement des sciences, le désinvestissement progressif du cérémonial collectif, l'angoisse individuelle de mort s'installe. La disparition progressive de la mort dans la vie signe, selon l'auteur une nouvelle forme d'intériorisation de la mort. C'est justement par le dédoublement du sujet et l'intériorisation de la relation duelle maître - esclave que l'aliénation s'installe. La mort, échange ultime dans les rapports de force maître - esclave, est différée au profit du travail, de la vie positive ; cependant, le travail comme la vie ne peuvent devenir, dans ces conditions, que de la survie, régulée par la mort ; mort différée d'une mort immédiate.

Ainsi conclut J. Baudrillard, nous continuons à échanger avec nos morts, même quand ils sont niés et interdits de séjour. Nous payons de notre angoisse de mort la rupture des échanges symboliques. Il propose que deux issues soient possibles face à cette intériorisation de la mort en soi : la mise en place de rituels sociaux et le rachat dans un travail individuel de deuil.

Les échanges symboliques qui auparavant reliaient les termes articulant l'imaginaire et le réel dans une appréhension sociale structurante au profit de la construction d'un sens sont écartés au profit d'une nouvelle forme d'organisation plus imaginaire. Cette nouvelle organisation nommée la « loi structurale de la valeur », où les échanges sont fondés sur l'argent cède à « l'économie politique de la mort ». Cette nouvelle organisation n'atomise pas seulement les échanges, rendant difficile l'élaboration de l'imaginaire et du réel, mais elle structure les échanges dans la société à partir de ce référentiel unique de la mort. Dans cette logique, chaque terme exclut l'autre, qui devient son imaginaire. Le capital et les transactions volatiles des marchés au centre de l'organisation de la société actuelle, dédouanent le manque de références.

Nous essayerons de comprendre, par la suite, ces mouvements au sein de la médecine comme savoir-pouvoir régulateur, participant à la régulation de la « vie-positive » de l'Etat. Nous

chercherons à mieux comprendre comment la médecine, corps de connaissance à qui le corps et, en terme ultime, la mort sont relégués, s'organise autour de ces sujets et les traite.

La conception occidentale moderne de la mort à l'hôpital

Céline Lefève (2006) rend compte dans son article des mouvements de société dans la structuration des pouvoirs de régulation des corps. En accord avec J. Baudrillard (1976), elle repère trois phases où la conception de sujet change, aussi bien que le traitement de la maladie et de la mort. Elle situe ces trois phases dans l'Antiquité, au Moyen Âge et dans l'ère moderne. Cet auteur mobilise les concepts de médecine et soins comme analyseurs de la conception du sujet, de ses droits et la régulation exercée en ce qui concerne la vie et la mort, dans les différentes périodes.

C. Lefève nous rappelle que selon Hippocrate, la médecine et les soins constituaient une unité, et la maladie était envisagée comme la forme de guérison spécifique à l'individualité du malade. Ainsi, le médecin accompagnait et observait « l'effort par lequel l'organisme cherche, par la maladie même, à revenir à l'équilibre » (p.25).

Au Moyen Âge, médecine et soins se séparent, s'opposent, avec l'émergence de la religion chrétienne comme pouvoir régulateur des corps dans la société. Les soins passent dans le domaine de la charité chrétienne, « dans l'assistance et dans l'hospitalité destinée aux pauvres » (p.26). Les infirmes sont accueillis compte tenu de leur condition de pauvres. C. Lefève montre aussi la répercussion de la logique chrétienne dans la mise en rapport des notions de souffrance et d'expiation. L'impact de cette démarche religieuse porte un « frein à la médicalisation de l'hôpital » et au traitement de toute douleur.

La rupture suivante entre médecine et soins se fait au XIXe siècle, avec l'émergence de la médecine scientifique. A cette époque, le clivage entre médecine et soins apparaît au sein de l'institution hospitalière, distinguant les médecins – qui gardent un regard objectif sur la maladie – des soignantes, présumées s'attarder sur la subjectivité des soignés. Le prestige de la médecine repose ainsi sur la fonction curative de la maladie, déléguant aux soignantes ce qui relève de la fonction d'accompagnement de la souffrance.

C. Lefève nous explique que soigner la personne, en réintégrant soins et médecine a gagné en vigueur à compter de la deuxième moitié du XXe siècle, avec la volonté de remettre le patient au centre du débat. Georges Canguilhem, philosophe inspirateur de ce rapprochement postule la normativité du sujet comme « le pouvoir de l'individu de valoriser sa relation au milieu » (p.32), différenciant ainsi la norme selon les critères du sujet, de celle prescrite par la médecine scientifique. Ce débat à permis de réinscrire les soins dans la pratique médicale, notamment à l'hôpital, d'asseoir une plus forte participation du patient et son droit en ce qui concerne ses choix thérapeutiques, toute en envisageant les limites de la connaissance scientifique médicale.

C. Lefève identifie quelques mouvements qui ont contribué à ce changement. D'une part, le mouvement des patients atteints par le SIDA qui ont su, à défaut d'une thérapeutique au début de l'épidémie, profiter pour revendiquer des soins, développant ou réinscrivant l'accompagnement de la fin de vie dans un processus plus large de réflexion des médecins et non plus seulement des soignants. La contribution, à cette occasion, des « approches décentrées par rapport à la norme médicale » (pp.29-30) au sein des sciences sociales insufflant une appropriation plus large de la question, n'a pas laissé au corpus médical le seul espace de questionnement et de traitement de la mort. D'autre part, le mouvement des soins palliatifs, initié à cette époque, a été notamment associé à des démarches de déprise du pouvoir médical face au monopole des décisions régulant la vie et la mort. Il a permis de tendre vers une considération du patient par le biais des soins proposés pour soulager l'accompagnement de la fin de vie.

A l'échelle macro, d'autres mouvements non cités par C. Lefève, mais contributeurs dans une réflexion de ce déplacement du monopole médical dans la régulation des décisions de vie et de mort dans la société moderne, peuvent être identifiés. Le premier serait circonscrit aux démarches féministes, débutant dans les années 60. Ces mouvements ont pu décloisonner certains débats de société ainsi que promouvoir une période faste de production littéraire et scientifique remettant en question la régulation de la sexualité, le corps, déplaçant ainsi le pouvoir médical, très souvent détenu par des hommes.

C. Lefève montre cependant qu'à l'heure actuelle, existe une préoccupation croissante du fait de la dérive de cette démarche qui a rééquilibré la place du soigné en regard de celle du

médecin. L'auteur souligne la confusion entre la normativité proposée par G. Canguilhem et la rationalité à l'égard de « l'usager du système de santé », responsable et comptable de ses soins.

L'effondrement du « *welfare state* », l'Etat Providence, a eu un impact mondial dans l'individualisation du sujet. Ayant déclaré forfait, l'Etat Providence a recadré lentement mais sûrement l'accès aux soins, transformant l'hôpital et la prise en charge d'un droit du citoyen, en une « *commodity* » sujet à la loi du marché, un bien consommable. Les rapports entre l'individu et la société sont de plus en plus régulés par l'aspect économique, par le marché et non plus par l'Etat. La maladie et la mort sont alors, remisées à la sphère privée, le sujet est livré à lui-même.

C. Lefève dénonce et différencie ainsi la nouvelle inscription de pouvoir, qui par la figure de « l'usager », individualise et érige le sujet comme responsable de « mener une vie normalisée, rationnellement gérée, socialement adaptée et économiquement productive » (p33). Cette logique individualiste en faveur d'une instrumentalisation de l'« usager du système de santé », est intériorisée par le sujet et s'oppose à la philosophie de l'individualité de G. Canguilhem. La logique individualiste empêche l'individuation du sujet face à sa confrontation de la maladie et de la mort. A contrario, la philosophie de l'individualité cherche à rendre un sens au vécu individuel en s'appropriant le débat dans la sphère publique.

Dans les deux parties précédentes nous avons pu constater l'enfermement sur l'individu dans l'économie politique de la mort (J. Baudrillard, 1976). L'individu ayant désinvesti les institutions et les rituels sociaux, étant érigé comme seul responsable face à sa maladie et à sa mort, nous questionnons quels espaces et quelle modalité d'échange symbolique sont offerts aujourd'hui autour de la maladie et de la mort ?

Nous reprenons, dans ce contexte, l'institutionnalisation des traitements de la mort et nous nous attardons sur deux types de procédures médicales qui ont été catégorisés comme « donner la mort » ou « accompagner la fin de vie », à l'hôpital. Ainsi, les échanges symboliques nous semblent reposer sur les échanges avec les professionnels de santé, filtrés par des techniques médicales, ainsi que par l'asepsie et l'hygiène. Nous reste à comprendre les enjeux dans les espaces institutionnels sur le traitement donné à ces deux types de

procédures et à comprendre les modalités de transactions opérées à partir de cet espace, réceptacle institué dans notre société pour traiter de la mort.

Nous aborderons en premier lieu l'institutionnalisation de ces procédures et les échanges qui en découlent comme analyseurs de la société, les pouvoirs de régulation, les formes d'échange symbolique, la conception du sujet et de ses formes de vie.

Deux procédures dans le « donner la mort » : les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) et les Interventions Médicales de Grossesse (IMG)

En France, depuis « la loi Veil », en 1975, les IVG sont des procédures médicalisées légales. Cette loi est le fruit des luttes des femmes depuis le début du siècle, luttes largement renforcées par le mouvement féministe initié dans les années 60 aux Etats-Unis.
En France, suite à différentes formes de revendications des femmes depuis le début du siècle, différentes lois portant sur le droit à la contraception et à l'avortement s'y sont opposées dans les années 20, puis, en 40, sous le maréchal Pétain.

Ce n'est que dans les années 70 que l'on assiste à des manifestations publiques en faveur de la dépénalisation de l'avortement. Le 5 avril 1971, *Le Nouvel Observateur* publie un fameux texte connu sous le nom de « Manifeste des *343 « salopes »* ». Celui-ci « rassemble des personnalités » qui visent à problématiser la question de l'avortement en la personnifiant « déclarant elles-mêmes avoir eu recours à l'avortement » [2]. Dans cette période, d'autres manifestations sont organisées dans la rue par les femmes.

On assiste ensuite à d'autres formes d'expression, émanant de la sphère judiciaire, notamment l'acquittement obtenu, en 1972, par son avocate Gisèle Halimi, d'une jeune femme de 17 ans, violée et accusée de s'être fait avorter. « En juillet 1971, la célèbre avocate Gisèle Halimi et Simone de Beauvoir créent l'association *Choisir* pour défendre les personnes accusées d'avortement » (cf. note de bas de page 2). Finalement, en 1973, le corps médical s'implique à son tour : « 331 médecins font savoir publiquement qu'ils ont pratiqué des avortements pour faire évoluer la loi en ce sens » (cf. note de bas de page 2).

---

[2] Citation extraite du site http://www.plurielles.fr/sante-forme/fiche-pratique/l-histoire-de-l-ivg-4469860-402.html, consulté le 20 octobre 2012.

La loi portée par Simone Veil, alors ministre de la Santé, est vivement discutée, fin 1974, à l'Assemblée nationale, et est promulguée le 17 janvier 1975. Elle sera provisoire jusqu'à sa reconduite définitive, le 31 décembre 1979, sous le nom de loi Pelletier. Celle-ci prévoit « une période légale au cours de laquelle une femme peut avorter, fixée alors aux dix premières semaines, soit douze semaines d'aménorrhées. Néanmoins, la loi offrait aussi la possibilité aux médecins ou aux hôpitaux de refuser une demande d'IVG pour éviter que cette pratique ne devienne une solution de contrôle des naissances. Elle ne doit être pratiquée qu'en cas de nécessité » *(ibidem).* Ainsi la loi de 1979 autorise-t-elle l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) sous certaines conditions restrictives, comme « la femme doit être en situation de détresse » ; « le médecin et le personnel disposent d'une clause de conscience et ne sont donc pas obligés de pratiquer de telles interventions » ; « la femme doit réaliser des démarches obligatoires destinées à son information et à sa réflexion : deux consultations médicales à une semaine d'intervalle, et une consultation sociale obligatoire au minimum deux jours avant l'interruption de grossesse »[3]. Ainsi, est-il question d'une loi qui régule via les corps médical et soignant la décision d'IVG.

Cette loi « également étend la possibilité d'interruption « thérapeutique » de grossesse, dite ITG, (sans instaurer de délai) dans deux types de situations : si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic » (cf. note de bas de page 3).

On peut citer d'autres avancées des droits de la femme, à cette époque, en matière de régulation de leur corps : en 1982, l'IVG est totalement remboursée par la Sécurité sociale, grâce à la loi Roudy. En 1993, la « loi Neiertz crée le délit d'entrave à l'IVG » et prévoit l'emprisonnement des personnes qui tentent d'empêcher une procédure d'IVG. La loi du 4 juillet 2001 fixe à 12 semaines de grossesse (dont 14 semaines d'aménorrhée), la période légale d'avortement. Le 4 juillet 2001, la loi Aubry, supprime l'autorisation parentale pour les mineures et rend facultatif l'entretien pré-IVG pour les femmes majeures. La loi « élargit la

[3] Citation extraite du site http://www.agapa.fr/documentation/reglementation/interruption-volontaire-de-grossesse-ivg-legislation/, consulté le 20 octobre 2012.

notion de perturbation et étend le délit d'entrave à toute pression morale, psychologique, exercée par l'entourage vis-à-vis des personnes concernées par l'IVG » (cf. note de bas de page 3).

La prescription de la pilule RU 489 est autorisée pour la médecine de ville. Le 1er juillet 2004, « l'IVG médicamenteuse est autorisée pour les gynécologues et certains généralistes pour les grossesses inférieures à 5 semaines. Les avortements à domicile sont codifiés par décret » (cf. note de pied de page 2). Si, d'une part, ces avancées permettent de réduire considérablement les contraintes imposées aux femmes en matière d'IVG, il est tout aussi important de relever la réduction de la sphère d'échange, et donc d'élaboration du deuil des femmes face à leur IVG. Nous relevons ainsi l'effacement de la trace de leur deuil dans la seule institution désignée pour cela : l'hôpital.

Le 19 décembre 2007 une loi, décrétée comme loi de financement de la sécurité sociale 2008 « étend aux centres de planification et d'éducation familiale, et aux centres de santé la possibilité de procéder à des IVG médicamenteuses. À cette fin, une convention doit être conclue entre le centre et un établissement de santé public ou privé » (cf. note de bas de page 3).

Nous observons dans ce processus un phénomène de régulation par la médecine : un premier mouvement d'institutionnalisation médicale du traitement des IVG, face à une demande qui émerge dans un contexte social mais qui s'individualise, s'atomise dans les domaines d'expertise juridique et médicale. C'est le domaine médical qui l'emporte et légitime par l'institutionnalisation de cette demande augmentant ses sphères de régulation du corps.

Dans un deuxième temps, cependant, cette institutionnalisation de l'IVG est en voie d'être retranchée dans la sphère privée, diminuant les espaces publics d'échange autour de cet acte. Le rituel privé devient néanmoins souhaitable comme desserrement relatif du pouvoir médical. Cette rationalité sera mise en rapport avec les IMG, qui sont justement en train de se spécialiser plus en plus au sein de l'institution hospitalière.

Depuis le 4 juillet 2001, l'IVG peut être pratiquée jusqu'à 12 semaines de grossesse. Par contre, il n'existe aucun délai pour l'avortement thérapeutique, qui peut être pratiqué jusqu'au dernier mois de gestation. Il intervient quand des contre-indications médicales graves peuvent mettre en danger la santé de l'enfant ou de la mère (anomalie du fœtus, trisomie...). (cf. note de bas de page 2).

La loi du 29 juillet 1994 porte sur la création de centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. L'intitulé change : Le mot « thérapeutique » a en effet été remplacé par le mot « médical » dans le but de le circonscrire au sein du champ médical, régulateur de la décision : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne* », L'article 16.3 du code civil a été modifié par la loi du 27 juillet 1999[4]. Avec les avancées technologiques médicales, il y a eu une médicalisation croissante de cette procédure.

Selon l'indication, l'IMG ne sera pas réalisée de façon similaire. Cette différence porte sur la thérapeutique, qui prend en compte le terme de la grossesse, mais aussi les raisons de la pratiquer, centrées autant sur la mère que sur le fœtus.

La procédure administrative pour les IMG pour raison maternelle

Lorsqu'une femme enceinte envisage de recourir à une interruption de grossesse au motif que la poursuite de sa grossesse met en péril grave sa santé, elle en fait la demande auprès d'un médecin spécialiste qualifié en gynécologie obstétrique exerçant son activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L.2322-1 du Code de la santé. Le médecin spécialiste qualifié en gynécologie obstétrique saisi de la demande ci-dessus constitue et réunit, pour avis consultatif, l'équipe pluridisciplinaire prévue à l'article L.2313-1 du code de la santé. Celle ci comprend : un médecin spécialiste qualifié en gynécologie obstétrique, un médecin choisi par la femme, un assistant social ou un psychologue, un ou des praticiens qualifiés pour donner un avis sur l'état de santé de la femme.

Un procès-verbal de la réunion de cette équipe est établi. La femme concernée ou le couple est entendu, à sa demande, par tout ou partie des membres de l'équipe

[4] Citation extraite du site http://info-img.kazeo.com/information-sur-l-img/information-sur-l-img,r116334.html consulté le 20 octobre 2012.

pluridisciplinaire avant sa concertation. Si au terme de la concertation de cette équipe il apparaît à deux médecins que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, ceux ci établissent une attestation. L'établissement de santé conserve pour chaque demande d'avis : les éléments du dossier médical transmis par le médecin traitant, l'attestation de l'équipe pluridisciplinaire, le procès-verbal de la réunion et, le cas échéant, les résultats des examens pratiqués.

La procédure administrative d'IMG pour raison fœtale

Lorsque l'interruption de la grossesse est envisagée au motif qu'il existe « une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic », l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal agréé qui rend un avis consultatif.

La femme concernée ou le couple est entendu, à sa demande, par tout ou partie des membres de l'équipe pluridisciplinaire avant sa concertation.

Si au terme de la concertation de cette équipe il apparaît à deux médecins qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, ceux ci établissent une attestation.

Les deux médecins ci dessus doivent être mentionnés dans le 1er de l'article R 162-19 du code de la santé c'est-à-dire qu'il doit s'agir : d'un gynécologue Obstétricien et/ou d'un échographiste et/ou d'un généticien et/ou d'un pédiatre du Centre.

Il est établi une attestation qui comporte les noms et les signatures des médecins et mentionne leur appartenance au centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Un exemplaire est remis à l'intéressé.

Le centre pluridisciplinaire conserve, pour chaque demande d'avis relatif à une grossesse en cours, les éléments du dossier médical, les avis, conseils, conclusions du centre, copie d'une attestation si elle a été faite, la date de l'IMG, et le cas échéant les résultats des examens fœto-pathologiques.

Pour les deux indications, maternelle ou fœtale, l'IMG est donc l'aboutissement une demande de la femme acceptée ou refusée par une équipe pluridisciplinaire. Elle nécessite l'accord de deux médecins et, s'il s'agit d'un motif fœtal, les deux médecins

doivent être spécialistes de diagnostic prénatal et appartenir à un centre de diagnostic prénatal agréé[5].

Véronique Schaeffer et al., « la proportion d'indication maternelle varie selon les études entre 10-20% avec une tendance à la diminution. Les indications fœtales varient entre 80 et 90%. Les progrès en diagnostic anténatal ont augmenté le dépistage de pathologies fœtales incurables. Pour cette raison, le nombre d'interruptions médicales de grossesse (IMG) s'accroît» [6]. Le débat sur le droit de la femme et l'autorégulation de son corps est déplacé et rapporté dans une spécialité médicale : la pathologie fœtale.

Ces démarches autour du diagnostic anténatal se démultiplient avec le développement des connaissances médicales. Si la technologie médicale semble permettre de mieux saisir et traiter les enjeux de vie et de mort en diagnostiquant en amont les « pathologies », « force est de constater que le développement scientifique de la médecine a, pour ainsi dire, multiplié ses possibilités d'action et, corrélativement élargi la part d'incertitude dans la pratique clinique » (Malherbe, 1988 ; in Guienne, 2010 :104).

De façon plus dramatique, cette spécialité écarte les débats autour du traitement de la mort, érigeant la science (médicale) comme arbitre absolu de normes et de valeurs. L'acte de « donner la mort », lui-même peut devenir une « commodity », modifiant la représentation du corps, de la mort, selon l'institution médicale publique ou privée. Les enjeux économiques participant de la prise de décision.

Face à la décision médicale, le travail auprès de la patiente et du couple reste à être amorcé compte tenu de l'enjeu éthique que représente la décision de « donner la mort ». Il ne s'agit pas d'informer seulement des procédures techniques comme le proposent V. Schaeffer et al., mais de poser un cadre de réflexion. Philippe Engelmann (2002) nous interpelle sur le défi de ne pas réduire le deuil à l'acte de l'IMG. Ce médecin propose :

« *La médecine connaît, aujourd'hui plus que jamais, la tentation de remplacer la fragilité de la parole par la puissance (ou l'impuissance) de sa technique. Ainsi, l'interruption de*

---

[5] Citation extraite du site http://www.agapa.fr/documentation/reglementation/img-interruption-medicale-de-grossesse-legislation/, consulté le 20 octobre 2012.

[6] Citation extraite du site http://www.syngof.fr/~syngof/pages/fmc/interruption.html#top, crée par V. SCHAEFFER, L. SALTEL, C. BOUDEY, J. HOROVITZ, consulté le 20 octobre 2012.

grossesse n'aurait d'autre but que de soulager une mère anxieuse d'un fardeau inutile, puisque cet enfant ne vivra pas…. Faire mourir le fœtus, n'est-ce pas nier, par un acte violent, à la fois le temps, l'enfant et la mort ? Laisser vivre un enfant non viable dans le sein de sa mère, n'est-ce pas déjà accepter la réalité humainement prévisible de sa mort et donc en commencer le deuil ? » (p.25).

Ces enjeux éthiques dépassent le cadre des compétences médicales et réinterrogent chaque professionnel dans son urgence, dans l'angoisse de mort et le besoin de mise à l'écart de la mort. Cet acte de donner la mort engage une défense qui est à la hauteur de la violence subie dans l'accompagnement des situations de coexistence de la mort dans la vie.

Dans ce cadre, l'urgence de l'une ou des deux parties dans la prise de décision, nécessite un temps d'élaboration afin d'éviter les passages à l'acte. V. Guienne (2010) souligne ainsi que « le point commun de ces situations est donc d'être dans un cadre d'alliance et de construction d'une décision commune entre l'équipe médicale, le patient et ses proches » (p.104).

A propos du traitement du fœtus, il peut être proposé « aux parents de voir leur enfant lorsque le terme et l'aspect de son corps le permettent. L'enfant est habillé. Il est montré par une personne de l'équipe soignante. Cela permet aux parents de faire le deuil ». Il est fait appel à l'assistante sociale pour aider le couple dans les démarches de déclaration de naissance et les obsèques pour les grossesses supérieures à 22 SA (semaines d'aménorrhée). Le soutien psychologique est aussi envisagé dans l'accompagnement qui facilite le travail de deuil dans les suites. Les rites d'autrefois sont aujourd'hui animés par des professionnels médicaux et paramédicaux, qui en portant ces espaces d'échange, sont eux aussi contraints à la logique hospitalière de différenciation entre soignants et soignés. Les impasses de la délégation des rites par l'Etat laïc aux professionnels de l'hôpital conditionnent les échanges à des rapports de travail, des relations de service.

Si les IVG sont en train de s'effacer de la scène dans l'institution hospitalière, les IMG sont de plus en plus présentes. L'objectif poursuivi à travers cette augmentation du diagnostic anténatal nous interroge, et cela au-delà de la démarche médico-technique d'anticipation de la maladie et de la mort. Serait-ce l'instrument d'un nouvel ordre de rites pour aider les patientes, les couples dans le passage éprouvant de la mort, instaurant un cadre dans l'accueil

du deuil ? Pourrait-il participer à l'évitement de la confrontation à la vulnérabilité, à la maladie et à la mort, en anticipant et en écartant les fœtus qui ne seront pas capables de faire vivre l'idéal narcissique de la culture actuelle ? Pourrait-il s'agir d'une condensation des échanges symboliques réduisant le deuil des patientes, et des soignantes, à l'acte médical ?

La structuration des rites qui s'organisent au sein de l'hôpital pour délivrer le deuil, semble empêtrée dans des démarches médicales défensives et lucratives. Pour que le deuil ne devienne pas l'affaire individuelle de la patiente, mais qu'il puisse être échangé dans la culture et être réapproprié comme une partie de la vie, la décision de « faire mourir » doit être prise de façon « collective » et est « donc le résultat d'un processus assez long ». Il est également important qu'au-delà d'une décision basée sur « un diagnostic le plus juste possible » « deux autres dimensions sont essentielles : une équipe organisée et solidaire d'une part, et le respect de la volonté des parents d'autre part » (Guienne, 2010 : 95). Cela va à l'encontre de l'esprit managérial, où la mobilisation des ressources personnelles des soignants est mise à profit en remplaçant les tissages collectifs (Osty, 2003).

Les Soins Palliatifs à l'épreuve des « accompagnements de fin de vie »

Comme dans les cas d'IVG et IMG, la modalité de prise en charge de la fin de vie aujourd'hui a été organisée, suite à l'émergence d'une demande sociale qui a pu être institutionnalisée grâce à l'articulation des pouvoirs juridiques et médicaux. Peut-être ce qui fait différence au regard des mouvements d'institutionnalisation des IVG et des IMG, c'est que l'organisation des soins palliatifs a impliqué d'emblée et pour une large période la société civile. Participant au même modèle de gestion et d'institutionnalisation que la prise en charge du SIDA, les revendications sociales sont parfois sorties de l'espace de patients/ clients du service médical pour en devenir les partenaires. De quoi s'agit-il dans ces cas ? Il nous semble qu'une première hypothèse pour comprendre l'institution des soins palliatifs longtemps liée à une forte activité civile, réside dans le fait que le point de friction était centré au sein de l'hôpital, entre les médecins eux-mêmes. Le besoin de tiers, de l'implication juridique et de la société civile, avait pour but de renforcer dans le débat de vie et mort, un discours pour faire face à la croissante technologie médicale, et ainsi ouvrir un espace d'écoute et d'échange.

En France, on localise le début du mouvement médical, social et juridique en 1984, sous l'influence des prises en charge développées au Royaume-Uni par Cicely Saunders. C'est

sous la plume de Patrick Verspieren que les pratiques d'euthanasie dans les hôpitaux sont dénoncées et que le Comité Consultatif d'Ethique Médicale est créé[7].

La "Circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale", souvent appelée "Circulaire Laroque" institue les soins palliatifs suite aux travaux d'un nouveau groupe constitué par le ministère de la santé, sous la ministre Michèle Barzach (cf. note de bas de page 7).

L'accompagnement des malades suscite la création de nombreuses associations, dont les plus connues encore aujourd'hui sont l'association JALMALV (Jusqu'à la mort accompagner la vie) et l'UNASP (Union Nationale des associations pour le développement des soins palliatifs) issue de l'ASP, association fondatrice née à Paris en 1984. « En 1989, beaucoup de ces associations, animées des mêmes objectifs, se rapprochent des professionnels de la santé (médecins, infirmières, psychologues…) pour fonder la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Sa mission est de représenter, de stimuler et de faciliter l'action des personnes morales ou physiques impliquées dans le mouvement des soins palliatifs et de l'accompagnement des personnes en fin de vie, dans le but de développer et d'améliorer la prise en charge des personnes et la qualité des soins reçus. La SFAP est notamment leur porte-parole auprès des pouvoirs publics. Elle adhère également à l'Association Européenne des Soins Palliatifs (EAPC) dont le siège est à Milan » (cf. note de bas de page 7).

A partir des années 90, une visibilité croissante des soins palliatifs et la création expérimentale des dispositifs au sein des hôpitaux sont organisées. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 introduit les soins palliatifs dans les missions de tout établissement de santé. Le rapport du Dr Delbecque, propose trois axes d'action : « le développement des soins palliatifs à domicile ; la planification des centres de soins palliatifs et l'enseignement/information des soins palliatifs » (cf. note de bas de page 7). L'importance de l'institutionnalisation des soins palliatifs est due au fait de pouvoir légitimer une action, en créant des espaces éthiques de discussion et de prise de décision médicale à l'hôpital. La démarche palliative, nous signale Michel Castra (2010) se déplace de « l'objectif médical traditionnel » de guérir vers « une

[7] Citation extraite du site http://www.sfap.org/content/histoire-des-soins-palliatifs, consulté le 20 octobre 2012.

volonté de réhabiliter les malades mourants dans le système de soins, d'apaiser les inconforts, les douleurs et les souffrances, et plus largement de prendre en compte l'expérience subjective des patients face à la maladie et à la mort » (p.26).

Emmanuel Goldenberg (1988) dénonce depuis l'illusion de « certains « psy » mal préparés à des travaux hospitaliers difficiles, s'ils ne peuvent pas dépasser et enrichir la demande initiale qui leur est faite, risquent de devenir les derniers avatars de la toute-puissance médicale à l'hôpital : détenteurs d'un pseudo-savoir et « spécialistes de la relation » dans des unités de soins qui se chargeraient de la technique et leur laisseraient la charge du reste » (p.52). La critique faite aux psychologues s'applique au rôle à jouer des équipes de soins palliatifs, calqué dans le rôle tiers du psychologue, dans laquelle la démarché visée est celle de créer une demande auprès des équipes médico-chirurgicales.

Au long des années 1990, différents sénateurs ont proposé des missions, des études et même des plans triennaux, comme celui de Bernard Kouchner en 1998, alors secrétaire d'État chargé de la santé. Ce plan, basé sur le fait de reconnaître que « les soins palliatifs et la douleur sont une priorité de santé publique » entraîne plusieurs actions de formation (en faculté de médecine et dans les instituts de soins infirmiers) ainsi que la création de nouvelles structures de soins (cf. note de bas de page 7).

En 1999, la loi du 9 juin, d'une valeur juridique supérieure à la circulaire Laroque, « garantit un droit d'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie (article 1). La loi institue aussi un congé d'accompagnement que peuvent prendre des personnes désireuses d'accompagner un proche en fin de vie (articles 11 et 12) ». Elle prévoit également « l'intégration des soins palliatifs dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROS), outil servant à la répartition des ressources, en fonction de priorités définies (article 2) ; l'organisation de l'enseignement des soins palliatifs (article 7) et l'organisation du bénévolat (article 10) » (cf. note de bas de page 7).

En 2000, la circulaire du 22 mars de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), « définit la contribution du fonds d'action sanitaire et social de la caisse pour le maintien au domicile des personnes en fin de vie. Elle prévoit en particulier une aide financière pour le paiement de gardes-malades et l'achat d'équipements spécifiques. Une dotation est créée pour soutenir la formation des bénévoles d'accompagnement ; la gestion en est confiée à la SFAP. En outre, le gouvernement édite la circulaire du 30 mai qui encourage le développement de

l'hospitalisation à domicile par les Agences Régionales Hospitalières (ARH), en précisant que ces structures doivent participer à la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs » (cf. note de bas de page 7).

La circulaire du 19 février 2002 précise l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elle définit les missions et les modalités de fonctionnement en ce qui concerne les réseaux de soins palliatifs et l'hospitalisation à domicile, la notion de démarche palliative dans tous les services et le concept de lits identifiés soins palliatifs. Cette circulaire s'accompagne d'un second programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005 et privilégie les trois axes développés par le rapport du Dr Delbecque de 1993. Le plan cancer remis au Président de la République appuie sur la nécessité de développer les « soins de support », permettant une prise en charge globale du patient dans laquelle s'inscrivent les soins palliatifs et l'accompagnement.

Les débats concernant l'euthanasie ont régulièrement secoué la société française, resurgissant lors de chaque nouvelle affaire touchant à cette question. Le cas de Vincent Humbert a cristallisé toutes les interrogations et les positions partisanes.

Entre la fin 2004 et le printemps 2005, une mission parlementaire est mise en place, présidée par M. Jean Leonetti. De très nombreuses auditions de médecins, de philosophes, de sociologues, de représentants des cultes, d'acteurs des soins palliatifs (notamment la SFAP), de représentants du corps social permettent d'éclairer ses travaux. L'ensemble des recommandations émanant du rapport de cette mission a débouché sur une proposition de loi. Le 23 avril 2005, la loi est parue au Journal Officiel. « Le mouvement a réussi à faire reconnaître les soins palliatifs et l'accompagnement, tant par la société que par les pouvoirs publics. La loi permet à toute personne malade en fin de vie d'y recourir » (cf. note de bas de page 7).

L'institutionnalisation progressive des soins palliatifs a permis de garantir le « mandat » (Hughes, 1962/1996) du corps médical en ce qui concerne la décision de vie et de mort, intégrant mais aussi « orientant » les citoyens dans les débats éthiques. Un nouveau modèle de gestion du mourir, selon M. Castra (2010) émerge et l'idéal de la « bonne mort » apparaît comme projet à atteindre, revitalisant le sens de ce travail auprès des équipes hospitalières. La Loi Leonetti a offert la possibilité d'une « amélioration des conditions de fin de vie par des soins palliatifs d'une part et la possibilité d'arrêt de traitement d'autre part, mais de ne pas

s'engager dans une reconnaissance officielle d'un droit de l'euthanasie ». Cependant, elle a du céder à des modifications permettant « Toutefois, des pratiques d'arrêt de traitement telles que l'arrêt d'alimentation accompagné de sédation, sont désormais possibles, qui sont de fait des pratiques du « faire mourir » et non du « laisser mourir » » (Guienne, 2010 :85).

Les débats actuels autour de l'arrêt de l'alimentation, de l'hydratation et même de la sédation sont au cœur des questions éthiques et les limites extrêmes de la pratique médicale. Ces débats semblent témoigner d'une imprégnation de la pratique palliative centrée sur l'accompagnement vers l'expertise médicale. C'est par le développement du concept de soins de confort que la médecine palliative est en train de passer, comme tout autre champ de spécialisation, à une démarche technique et dans une reconnaissance économique au sein de l'hôpital. Les soins palliatifs semblent être en train de devenir une spécialité médicale et la participation civile des consommateurs de cette spécialisation. Dans ce nouveau rapport entre soignant et soigné, M. Castra (2010) évoque la « psychologisation » des comportements du mourant dans « l'incarnation du modèle du bien mourir, mais qui requiert la participation active du mourant » (p.27).

Reste à interroger si le palliatif tel qu'il se propose aujourd'hui, dans une voix très plurielle, ne viendrait pas dénoncer d'une part, la complexité de l'enjeu vie-mort et l'irréductibilité du réel aux rites proposés par la démarche médicale et palliative. D'autre part, il met en valeur le besoin d'élargir les échanges réguliers dans un espace public au-delà des débats entre le corps médicaux, les soignants et les patients.

Le traitement moderne des dimensions de Civilisation, très lié à la culture qui éloigne et dénie la mort, interroge les arbitrages légaux en cours de changement, mais aussi le maintien d'un pouvoir unique, les soins palliatifs, comme arbitre légitime des décisions d'accompagnement de vie et de mort. Ce traitement moderne de la mort interroge aussi sur la définition idéale de la « bonne mort », maîtrisée par des antidouleurs, encadrée par les soignants, contenue dans le cadre hospitalier ou à domicile (Castra, 2010). L'effraction de la mort doit ainsi être neutralisée, contrôlée, « pacifiée où la subjectivité de l'individu malade occupe désormais une place centrale » (idem, p. 26) redéfinissant les modalités des échanges symboliques attendus. Cet idéal érigé dans la culture « d'une mort calme et apaisée » semble vouloir « neutraliser la mort à travers des ressources cognitives, organisationnelles, idéologiques et morales pour la

rendre plus supportable pour la société, mais aussi pour les professionnels qui la prennent en charge » (p.28).

Il nous semble qu'E. Goldenberg (1988) avait approché par la notion d'accompagnement, la notion de G. Canguilhem de soins dans la médecine. Il définit cette notion comme composée de trois volets dans le tissage des échanges symboliques dans la construction du sens de la prise en charge de fin de vie : la prise en compte de la singularité du patient ; la prise en compte des dimensions non médicales des soins, les dimensions existentielles du soin et, la mobilisation consciente et inconsciente chez chacun dans la relation soignant soigné. Ainsi, il n'y aurait pas d'accompagnement sans implication ni élaboration de sa propre fin par le patient, les soignants et les médecins.

Conclusion

Les trois procédures médicales abordées qui traitent de la mort nous donnent des outils pour réfléchir au rapport du sujet dans la société, par l'intermédiaire des rapports à la mort. Actuellement, l'individualisation croissante semble suggérer le traitement de la mort par le filtre médico-technique réduisant les espaces d'échanges symboliques dans l'institution hospitalière.

Si les IVG et les soins palliatifs sont des actes qui traitent de la mort en lien avec la ville et le domicile, ils ne sont pas pour autant équivalents. Les soins palliatifs proposent de maintenir l'accompagnement tandis que la démarche des IVG enferme davantage les possibilités d'échanges symboliques.

Les IMG, comme les soins palliatifs, semblent dans une spécialisation technologique croissante, qui pourrait être mise en rapport avec la notion d'ajournement de la mort par une accumulation de savoir et de faire dans la vie, ainsi que d'une vie positive qui évite la mort.

Dans la culture actuelle, le déni de la mort passe par la technicisation des moyens médicaux dans une image miroitée de « vie positive ». La problématique repose moins sur la contribution des découvertes médicales liées aux avancées technologiques que sur la place des échanges symboliques pour les corps médicaux et paramédicaux qui s'y confrontent. C'est par le destin des restes que ces trois pratiques médicales sont interrogées dans la continuité ou la rupture des valeurs de Civilisation. Les échanges dessinés par les dons et contredons au-delà du savoir scientifique – hospitalier - avec les profanes, confirment ou infirment pour chaque cas, qu'ils sont les garants de ces valeurs.

Chapitre II. Le travail du négatif : Le négatif psychosocial et le « sale boulot »

Dans le chapitre précédant, nous avons abordé la mort comme étant le référent qui fait « revers du décor » dans notre société, l'organisant par la même. Dans notre société, le traitement des activités liées à la mort est écarté et pris en charge par l'institution médicale. Dans ce chapitre, nous essayons de comprendre les remaniements au sein des métiers soignants (Hughes, 1962/1996), et dans les collectifs de travail (Lhuilier, 2002), dans la construction des destins donnés aux restes, constitués notamment par les activités liées à la mort. Il est question de comprendre la dynamique de construction (contenant) et ce qui est défini comme « sale boulot » (contenu). Nous mobiliserons pour cela des perspectives sociologiques et psychologiques.

Hughes et la hiérarchisation morale du travail

Métier et identité

Everett Cherrington Hughes (1962/1996) relie le métier à l'identité par la mise en évidence du lien entre le statut social du métier et la place occupée socialement. Selon Hughes, « le métier est donc l'un des éléments pris en compte pour porter un jugement sur quelqu'un, et certainement l'un des éléments qui influence le plus la manière dont on se juge soi-même » (p.75). Le métier serait ainsi « l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi, et même de son destin dans son unique existence » (p.76).

Hughes propose cette articulation entre métier et identité à partir de la demande de reconnaissance sociale que chaque travailleur sollicite, notamment lorsque le statut social occupé est au plus bas dans l'échelle sociale. C'est-à-dire, toute profession aurait une utilité sociale, et c'est à partir de ce critère que ceux qui travaillent dans « des métiers de dernier rang, … revendiquent collectivement que leurs collègues et les personnes extérieures au métier reconnaissent une valeur à leur travail, et par la suite à eux-mêmes » (p.78).

Organisation et reconnaissance sociale des métiers

Pour l'auteur, aucun travail n'est complètement intelligible sauf si l'on se rapporte à la matrice sociale dans laquelle il existe. Cette perspective nous permet de réfléchir aux caractéristiques transitoires des métiers et des professions à partir de l'articulation de leur utilité sociale dans un contexte historique. Cette proposition d'Hughes nous invite également à réfléchir aux mouvements au sein des professions, aux divisions et à la création de nouveaux métiers, afin de se procurer une plus forte reconnaissance sociale.

Dans cette perspective, par exemple « tout changement de technologie médicale soulève la question de savoir qui, du médecin ou de l'infirmière, assurera, dans les différentes circonstances qui peuvent se présenter, les nouvelles tâches » (Hughes, 1962/1996 : 70), les délimitations identitaires et statutaires ne sont pas figées, mais reconstruites en permanence, face aux technologies dans les hôpitaux.

Hughes considère que le travail n'est pas défini complètement par la prescription de l'institution, ni par l'injonction du rôle. Le travail aussi bien que le rôle des professionnels serait la conséquence des définitions propres issues des élaborations suite aux échanges entre pairs, hiérarchie et même à partir des confrontations avec les destinataires (clients ou patients). Selon Hughes, le corps d'un métier construit collectivement un ethos, système de rationalisation des comportements. Le corps de métier définit aussi « ce qui fait unité dans le faisceau de tâches » et donc, il classe les activités plus ou moins prestigieuses au sein du métier. L'organisation des tâches moins prestigieuses participera au mouvement interne de mobilité sociale d'une catégorie professionnelle, justifiant la division morale du travail. Elles « seront ensuite réunies en un ou deux types d'emplois ou postes pour lesquels il faudra trouver des appellations. Le processus de conversion d'un art ou d'un métier en une profession établie comporte souvent une tentative pour abandonner certaines tâches à une autre catégorie de travailleurs » (p.72). Ce mouvement interne d'identification des activités moins prestigieuses, sa mise à l'écart et son exclusion ou expulsion du corps professionnel représentent autant un processus psychologique qu'un phénomène social, organisant à la fois l'identité des professionnels et les statuts de chaque catégorie professionnelle.

La division morale et psychologique du travail

Hughes propose quelques points importants dans la compréhension de ces mouvements internes au sein des professions. Le principe qui alimente la notion de la division morale du travail est celui de rendre le « travail tolérable, valorisant, pour eux-mêmes et pour les autres » (pp.79-80). Pour cela, des moyens socio-psychologiques sont mis à disposition. Différentes stratégies peuvent être mises en place pour neutraliser ou évacuer les tâches considérées comme les moins gratifiantes. « Comme on le sait, un métier ne comprend pas une seule tâche mais plusieurs ; certaines d'entre elles constituent le « sale boulot » du métier, et ce sous plusieurs rapports : simplement parce qu'elles …ont physiquement quelque chose de dégradant et d'humiliant » (p.81).

La division morale du travail a lieu d'abord au sein d'un métier et ensuite entre catégories professionnelles, dans le cas où la délégation du sale boulot a déjà eu lieu. Ces séparations permettent d'évacuer le « mauvais en soi », en expulsant les sentiments négatifs. Hughes propose que « dans une certaine mesure, en effet, nous engagions des gens pour faire des erreurs à notre place. La division du travail dans la société n'est pas purement technique, comme suggérée souvent. Elle est aussi psychologique et morale … Nous déléguons à d'autres certaines activités, non seulement parce que nous ne pouvons pas les faire, mais aussi parce que nous ne souhaitons pas prendre le risque de faire une erreur. La culpabilité en cas d'échec serait trop lourde » (p.89). L'auteur rajoute qu' « il y a ainsi probablement toujours une certaine ambivalence dans nos sentiments envers les personnes que nous engageons pour faire nos erreurs, ou au moins pour courir le risque de les faire » (p.90). Les agents dépositaires, qui garantissent l'accomplissement des activités considérées comme du sale boulot, peuvent devenir, en temps de crise ou de circonstances difficiles, des boucs émissaires. Cette cristallisation des affects négatifs représentés par la figure du bouc émissaire éloigne du sein d'une catégorie professionnelle toute peur d'échec et de défaillance. Le rôle du bouc émissaire, dans ce cas, est notamment celui d'une contention de l'identité positive d'une catégorie professionnelle.

Mandat et licence : la mise en place de la division morale du travail

Hughes développe deux concepts pour penser la division morale et psychologique du travail : Mandat et licence. Ces concepts sont complémentaires dans la définition du dedans et du dehors des professions. « La plupart des métiers reposent sur une transaction explicite ou implicite entre chacun de leurs membres et ceux avec lesquels ils travaillent, et entre le groupe professionnel et la société, à propos des informations recueillies au cours du travail, de leur rétention ou de leur divulgation » (p.101). Articulés ensemble, ces deux concepts organisent le pouvoir et le prestige d'un métier, et les mécanismes par lesquels le « territoire » de chaque profession sera gardé.

Selon Hughes, les « licences et [les] mandats constituent les manifestations premières de la division morale du travail, c'est-à-dire des processus de répartition des différentes fonctions morales entre les membres de la société, individus et catégories d'individus. Les diverses fonctions morales se distinguent par leur nature ou par leur importance » (Hughes, 1962/1996 : 100). Ainsi, « les professions établies – les métiers qui bénéficient d'un grand prestige – ne s'occupent que des besoins qui sont tenus pour légitimes. En médecine, certaines maladies ou certains troubles sont plus respectables que d'autres » (Hughes, 1962/1996 : 131).

En ce qui concerne le mandat, Hughes propose que « chaque profession se considère comme l'instance la mieux placée pour fixer les termes selon lesquels il convient de penser un aspect particulier de la société, de la vie ou de la nature, et pour définir les grandes lignes, voir les détails, des politiques publiques qui s'y rapportent. Ce mandat est accordé à certaines professions plus largement qu'à d'autres ; en temps de crise, même les professions les plus puissantes et les plus respectées peuvent se le voir contesté » (p.109-10). La licence, concerne l'inscription et les régulations exercées au sein du domaine défini par le mandat. Elle aussi se contracte lors des épreuves et des crises, effaçant la diversité de réflexions au profit d'un discours unique.

Le jugement du travail réalisé est toujours un sujet complexe et conflictuel. Cette question est fondamentale autant pour la validation sociale du statut d'un métier ou profession au sein d'une société, que pour l'identité des professionnels qui l'exercent. Si la validation du mandat d'une profession passe par la reconnaissance des professionnels eux-mêmes, la soumission

aux destinataires de leurs activités (patients, clients, etc.) reste un sujet ambivalent. Hughes fait l'hypothèse que la source de conflits entre les jugements des professionnels et celui des destinataires de leurs activités serait liée au besoin de maintenir le statut social du métier ainsi que l'identité des professionnels notamment face à des périodes de crise. « Les membres de nombreux métiers sont conduits dans une certaine mesure à se soumettre au jugement des amateurs auxquels s'adressent leurs prestations, bien qu'ils soient convaincus d'être eux-mêmes les meilleurs juges, non seulement de leur propre compétence, mais aussi de ce qui convient le mieux à ceux auxquels ils offrent leurs services….il constitue une source permanente d'atteintes à l'amour-propre, et peut-être d'antagonismes » (p.84). L'importance de limiter au corps de métier, sans laisser le monde profane s'emparer de ces questions, reste fondamentale et est source de prestige et de statut social. Cette circonscription garde jalousement, par la licence, la sphère de pouvoir et de prestige au sein du métier, éloignant, par le mandat, tout débat avec le public profane.

La délimitation professionnelle et les rapports avec les « profanes »

Les stratégies défensives développées pour protéger son activité du regard de l'autre, notamment lorsqu'il s'agit d'un autre « profane », se justifient dans l'optique de garder son mandat, et ainsi son statut social d'une part et son identité d'autre part. « Dans la mesure où le professionnel « professe », il demande qu'on lui fasse confiance. Le client n'est pas bon juge de la qualité du service reçu… En conséquence une caractéristique essentielle de toutes les professions de faire front sur la devise *Credat emptor*, le client devant faire confiance au professionnel, il doit lui confier tous les secrets relatifs à l'affaire traitée. Il doit avoir confiance en son jugement et en sa compétence. En retour, le professionnel doit pouvoir se mettre à l'abri de toutes les conséquences malheureuses de ses interventions ; il s'entend avec ses collègues pour rendre très difficile l'évaluation de l'un d'entre eux par toute instance ou personne extérieure – les tribunaux y compris. Seuls les professionnels peuvent dire si un collègue a commis une erreur » (p.109).

Hughes avance que l'« on doit s'attendre également à ce que ceux qui sont soumis aux mêmes risques de travail se forgent un système commun de justifications qu'ils se répètent les uns aux autres pour garder courage, et à ce qu'ils constituent des défenses communes vis-à-vis du monde profane » (p.89). La contention dans le collectif des affects négatifs peut expliquer le corporatisme, qui est d'autant plus fort que la profession est prestigieuse. « Le groupe des

collègues considèrera qu'il est seul à connaître les aléas techniques et que, en conséquence, il devrait se voir reconnaître le droit exclusif de dire si une erreur a été commise. Même dans le cas le plus favorable, le profane, selon lui, ne peut pas comprendre pleinement ces aléas. Cette attitude peut aller jusqu'à taire absolument les erreurs d'un collègue, parce que la seule discussion devant un public plus étendu peut suggérer que le profane a le droit de porter un jugement ; et c'est justement ce droit à porter un jugement qui est le plus jalousement gardé » (p.92). Hughes différencie les critères sur lesquels le jugement se base pour le profane par rapport au professionnel « … pour le profane, la technique du métier devrait être purement instrumentale, un simple moyen en vue d'une fin, alors que, pour celui qui le pratique, chaque métier tend à devenir un art » (p.92).

Parmi les stratégies collectives défensives qui ont pour objectif de restituer le statut et l'identité des professionnels, Hughes accorde de l'importance au rituel, comme sauvegarde du regard de l'autre. Le rituel assure les professionnels, notamment lorsque les erreurs peuvent être repérées par le profane et que les risques sont inévitables. « Nous trouvons de nouveau ici la trace de ce qui est peut-être la fonction la plus profonde de l'art, du culte et du rituel de diverses occupations. Ceux-ci sont susceptibles de fournir un ensemble d'assurances et de contrepoids émotionnels et même organisationnels contre les risques objectifs et subjectifs de l'activité » (p.94). L'auteur signale que c'est davantage le rituel qui devient critère absolu pour absoudre le professionnel, notamment pour « le personnel qui occupe une position subalterne … [qui] font valoir explicitement qu'ils protègent à la fois les patients et les médecins contre les erreurs de ces derniers » (p.94). En s'appropriant le rituel, ces soignantes récupèrent une reconnaissance et préservent leur statut face aux jugements négatifs des hiérarchies au-dessus.

Nous avons pu aborder les mouvements de préservation du statut au sein d'un métier, entre catégories professionnelles et même avec les « profanes » dans la société. Dans la partie suivante, nous nous attarderons sur les dynamiques collectives dans l'organisation et le traitement des restes. Le psychosocial négatif cherche ainsi à articuler l'individu et le collectif, les processus primaires et les processus secondaires, le conscient et l'inconscient.

Le négatif psychosocial

Dominique Lhuilier (2002) met en discussion différents auteurs sur les définitions du négatif. L'intérêt de ce concept porte sur la dialectique entre « les restes » dans le processus de structuration et de déstructuration du sujet, ses défenses, et les alliances construites avec son collectif dans l'organisation d'un monde commun.

En introduisant Hegel dans la conceptualisation du négatif, D. Lhuilier met en évidence son rapport dialectique dans la construction de l'être humain et de son monde. La dialectique se passe, nous signale D. Lhuilier, dans le processus du travail du négatif, où sont structurées à la fois les limites du sujet et par exclusion, « les restes » ou les représentations exclues. Selon Alexandre Kojève, la négativité hégélienne « n'est pas pure négativité réductrice » mais une négativité qui « se réalise et se manifeste en tant qu'action qui est action négatrice, c'est-à-dire créatrice, car dit-il, nier le donné sans aboutir au néant, c'est produire quelque chose qui n'existait pas encore. Or, c'est précisément ce qu'on appelle créer. Inversement, on ne peut vraiment créer qu'en niant le réel donné » (R. Dorey, 1995 in Lhuilier, 2002 : 178). La double portée du négatif, est ainsi soulignée par D. Lhuilier, à la fois moteur créateur et destructeur. Dans cette double portée, le négatif pourrait être entendu comme refus, mais aussi comme l'inconnu.

En ce qui concerne « l'inconnu », D. Lhuilier observe que cet aspect du négatif ne se circonscrit pas à l'inconscient. Elle nous indique qu'il s'agit autant de processus inconscients que non-conscients. La différence entre ces deux instances se révèlerait dans le traitement des contenus, ou des représentations négatives. D. Lhuilier argumente que le négatif fait aussi partie du processus secondaire, attaché aux pulsions du Moi et au Principe de Réalité. Cela signifie que les représentations à ce niveau sont accessibles (dans le pré-conscient), même quand elles échappent à la conscience. Le négatif serait « la façon dont la réalité est saisie à travers son rejet même », c'est-à-dire, qu'il appartient à la fonction de la « pensée, et est même constituant de la conscience » (Lhuilier, 2002, p.178).

Deux caractéristiques pour la saisie de la réalité par le négatif sont soulignées par l'auteur : la levée du refoulement et le rôle de catégorisation par les jugements d'attribution et d'existence. En ce qui concerne la levée du refoulement, la figure du négatif est ainsi représentée par le « non », qui est le substitut intellectuel du refoulement. Par ce recours, la pensée se libère des

restructurations du refoulement. D. Lhuilier envisage le négatif comme la catégorisation par les jugements qui permettrait à la pensée d'organiser et de contenir la pulsion sous la forme de représentations. La primauté de la pensée sur l'action marque le passage du Principe du Plaisir vers le Principe de Réalité.

Le négatif délimite, par les jugements d'attribution et d'existence, le dedans du dehors du sujet, et différencie graduellement l'expérience subjective de l'expérience objective. Si le jugement d'attribution cherche à juger si quelque chose peut être accueilli par le sujet, différenciant le « bon » du « mauvais » , le jugement d'existence apprécie si quelque chose dans le Moi comme représentation peut être retrouvé dans la perception (réalité). Ce dernier type de jugement permettrait d'identifier le « réel », qui est présent à l'extérieur aussi bien qu'à l'intérieur du sujet, par rapport au « non-réel », qui serait l'aspect subjectif et qui correspondrait uniquement à la représentation intérieure.

D. Lhuilier propose de penser le négatif dans sa double portée structurante et déstructurante, tant au niveau du sujet qu'en situations collectives, notamment au travail.

Le négatif aurait ainsi une portée structurante, celle de l'ouverture à l'activité psychique comme origine des processus de pensée. La négation serait la condition d'élaboration du refoulé dans le préconscient-conscient ; elle « permet[trait] de contester l'existence réelle d'une chose représentée, et ce à partir d'une opération primitive de négation réalisée par la projection primaire » (Lhuilier, 2002 :179). Les jugements permettent une intrication pulsionnelle entre la pulsion de mort et la pulsion de vie. Le négatif, résultat du travail psychique qui lie la pulsion à la représentation au service de la construction du Moi, organise et délimite ce qui sera inclus dans le Moi, aussi bien que ce qui en sera exclu, ce qui sera en dehors du Moi.

La portée déstructurante, serait caractérisée par le déliement du Moi et de ses objets d'investissement : « « La visée de la pulsion de mort est l'accomplissement d'une fonction désobjectalisante » (Green, 1993) par la déliaison. Ce n'est pas seulement la relation à l'objet qui est attaquée mais aussi tous les substituts de celui-ci, le moi y compris, comme aussi le fait même de l'investissement. La manifestation de la destructivité de la pulsion de mort est le

désinvestissement, l'appauvrissement du moi livré au désinvestissement » (Lhuilier, 2002 : 181).

La pulsion de mort serait donc responsable de la projection, qui permet la différenciation de l'objet, tandis que la pulsion de vie serait à l'œuvre dans l'identification, permettant le narcissisme secondaire (construction du Moi et ses idéaux). Ces pulsions seraient complémentaires, préservées des proportions respectées, dans les désinvestissements et réinvestissements du sujet tout au long de son existence ; elles seraient garantes de son dépassement des boucles répétitives et mortifères, vers de nouveaux apprentissages donnant de nouveaux destins aux investissements objectaux. En revanche et par manque d'intrication pulsionnelle, les destins des investissements prendraient la forme de décharge, déliement et rupture.

Ayant discuté le travail du négatif intrapsychique, D. Lhuilier mobilise différents auteurs pour avancer sur ce concept en situation sociale, de groupe. Pour cela, elle fait appel à la notion des « formations bifaces », étayées sur le concept de l'Idéal du Moi. Selon l'auteur, « cette perspective reconnaît le double statut du sujet tel que souligné par Freud (1914) « …L'individu effectivement mène une double existence, en tant qu'il poursuit sa propre fin et en tant qu'il est membre d'une chaîne à laquelle il est assujetti sinon contre sa volonté du moins sans la participation de celle-ci ». Ces formations intermédiaires contribuent à assurer la liaison et elles répondent aux besoins de chacun des membres comme à ceux de l'ensemble ainsi constitué » (Lhuilier, 2002 : 185).

Ainsi, D. Lhuilier repère la construction des « alliances » (Fain, 1981, in Lhuilier, 2002 : 188), ou liaisons intersubjectives. C'est par ces structures intermédiaires que l'effort d'assembler « la double approche des fonctions du Moi à la fois tournées vers les exigences pulsionnelles et vers les exigences de la réalité et ce dans une quête d'un soi unifié… » est réalisé.

Les formations bifaces sont les unités fonctionnelles par lesquelles l'intrication pulsionnelle intrapsychique s'étend vers la formation des groupes. Elles sont à la base des groupes, des collectifs, des règles de métier. Ces alliances permettent ainsi, de réarticuler le rapport entre la pensée et les jugements, à partir des processus de neutralisation des angoisses, affectant le

rapport entre le dedans et le dehors, le subjectif et l'objectif. « Ce qui est en cause n'est pas seulement les processus partagés mais bien … ce qui contient, soutient voire structure l'ensemble » (p.187).

Le négatif psychosocial serait identifié par la notion de pulsion de mort qui, dans l'organisation groupale, prend la forme de l'écart, du rejet, mais qui participe aussi à la réorganisation du lien. Ainsi, le déni partagé assure les défenses du sujet et la liaison intersubjective.

Les collectifs de travail sont des ensembles qui contiennent à la fois les investissements et les représentations communes, mais aussi un « reste » des processus de symbolisation. Elles nous permettent d'identifier les discours fonctionnels qui justifient l'écart du négatif afin de participer à l'organisation et au maintien du lien. « L'organisation collective des défenses en situation de travail par la perspective du négatif nous permet d'examiner le double statut de ces défenses à la fois pour l'économie psychique du sujet et pour l'entretien de l'unité de l'ensemble en question. Dans cette perspective, on peut considérer que les stratégies défensives collectives appartiennent aussi aux « règles de métier » (Cru, 1988) et qu'elles contribuent à l'organisation et au maintien du lien » (Lhuilier, 2002 : 185).

Plus largement, Roussillon affirme que « toute organisation de travail nécessite un espace-temps pour élaborer ou contenir les problèmes rencontrés dans l'activité au quotidien, que ces problèmes relèvent de la relation à l'objet du travail ou du travail en commun… » (idem, 190). Cependant, D. Lhuilier déduit de cette élaboration sa conception du négatif, en mettant en avant le lien entre les « cultures de groupes » et le traitement des accords symboliques aussi bien que le traitement des restes de symbolisation des objets de travail.

Ainsi, pour D. Lhuilier, l'exclusion participe au processus dans l'instauration des « effets rassurants, empêchent de penser les mécanismes à l'origine des « profils » d'exclus identifiés… » (idem, 191). Selon l'auteur, les propositions du négatif « portent sur une perception ou une représentation inacceptable pour le Moi et menaçante pour le lien. La négativité est encore une fois au service de la positivité de la liaison » (Lhuilier, 2002 :186).

Le concept de contrat narcissique de Piera Aulagnier (1975 ; in Lhuilier, 2002) ou celui du pacte dénégatif de René (1989 ; in Lhuilier 2002) relèvent de ces formations bifaces. R. Kaës propose, dans sa théorie du « pacte négatif », trois modalités de structuration de la négativité, par différentes gradations d'appropriation du Principe de Réalité, qui peuvent être mises en rapport avec celles proposées par Freud, lorsqu'il théorisait sur « le reste » et ses destins possibles. Ainsi R. Kaës est innovateur dans son hypothèse qui « distingue donc le contenant de la mise en dépôt, d'un refoulement, et le contenu qui serait lui l'objet d'un rejet » (Lhuilier, 2002 : 187).

Considérer l'institution comme étant « de façon différenciée suivant les circonstances socio-historiques, un mode de neutralisation du mal et de purification du rejet » (*ibidem*) nous permet de réfléchir au rapport entre le contenant et le contenu de l'exclusion, au traitement du reste. De la même façon, « la nécessité de différenciation–restauration des limites contenantes n'est pas seulement un impératif dicté par l'institution. Elle est aussi une nécessité psychique pour se protéger de la violence mimétique, de la transversalité de la subjectivité, de l'impossibilité de légitimer la relation de force imposée » (*idem*, 196). Plus loin, D. Lhuilier explique que « la sauvegarde des processus de liaison et des formations contenantes passe par la construction d'un objet-dépotoir : cet autre reçoit et condense une part des pulsions destructrices propres à l'ensemble des individus qui constituent une société » (*idem*, 196).

D. Lhuilier évoque aussi que la dialectique de l'inclusion et l'exclusion a son origine dans l'indifférenciation. La construction de la différence et l'exclusion participent à la délimitation des frontières (*idem*, 194). Cette différenciation, opérée par l'institution qui constitue « l'idéal-type » de l'exclusion, l'exploration de son mode de traitement en interne ne peut nous faire oublier que « le cœur de la problématique de l'exclusion n'est pas là où on trouve les exclus » (Castel, 1995 ; in Lhuilier, 2002 : 194). Aussi, les changements institués « révèlent et occultent les évolutions de la société qui traversent les institutions aujourd'hui et autrefois » (*idem*, 195). De cette façon, D. Lhuilier promeut la réflexion sur le lien entre les valeurs portées par la société et celles du traitement offert aux « restes », tels qu'ils sont définis.

Le négatif psychosocial et le « sale boulot »

Dans les constructions extrêmes du négatif, on trouve le « sale boulot », cristallisé par les valeurs qu'il représente à l'encontre des valeurs de la société, l'exemple de sale boulot étant le traitement des déchets. Ainsi, « l'objet-déchet fonctionne comme un objet interne qui ne se laissera pas circonscrire dans un travail sur les représentations. Cela signifie qu'il est investi psychiquement au niveau le plus archaïque. Le discours dévoile l'objet décharge-déchet comme mauvais objet persécutant. Il se trouve par là- même placé sur la ligne des pulsions destructrices, ce qui commande la forme et la force des mécanismes de défense » (Lhuilier et Cochin, 1999 : 91).

Selon Julia Kristeva (1980), « ce n'est pas l'absence de propreté ou de santé qui rend abject mais ce qui perturbe une identité, un système, un ordre. Ce qui ne respecte pas les limites, les places, les règles. L'entre-deux ambigu, le mixte » (Lhuilier et Cochin, 1999 : 79). Dans les limites de la culture, l'abject définit les contours de vie et mort, fondamentaux pour la structuration psychique et sociale. « L'abjection se porte électivement sur ce qui introduit une crise du lien et une crise de la limite » (*idem* : 77).

D. Lhuilier signale que « l'institution se propose et se voit proposer un système de légitimation et de signification qui puisse donner sens à l'usage » de l'exclusion et du maintien de celle-ci. « L'idéologie comme le mythe fonctionnent comme des offres de représentations visant à assurer une mise en commun des défenses individuelles et des bénéfices narcissiques à condition de reprendre leurs discours, d'adhérer à ces pré-structures de sens et de relations » (p.198).

D. Lhuilier et Y. Cochin nous rappellent que la représentation « n'est pas un simple reflet du réel » mais « elle suppose un travail de reconstruction de re-présentation au carrefour de deux dimensions : psychoaffective et sociale. Elle témoigne de la réalité socioculturelle à laquelle elle se réfère, mais elle manifeste aussi la réalité psychique et puise dans la vie fantasmatique originaire où se joue essentiellement la problématique archaïque de l'image du corps et des structures d'identification » (Lhuilier et Cochin, 1999 :17-8).

De cette façon, D. Lhuilier reprend le concept sociologique du « sale boulot » développé par C.E. Hughes et l'intègre dans cette perspective psychologique qui porte sur l'archaïque. Ainsi,

le sale boulot se réfère à l'abject, objet-dépotoir, qui a pour fonction d'être garant dans la structuration et dans le maintien idéologique et symbolique de l'institution, de la société. Comme objet, l'auteur indique les limites de la symbolisation et de l'imaginaire partagé structurant le contexte de travail. Selon Eugène Enriquez, « toute société se crée dans la lutte contre l'indifférenciation qui fait surgir le fantasme du chaos primordial, du désordre primitif » (in Lhuilier, 2002, p.195).

La subversion du « sale boulot » en « bel ouvrage »

Ce sont cependant les mécanismes de dégagement des processus de construction du contenant qui ont structuré ces restes, qui nous intéressent. D. Lhuilier (2002) signale qu'il revient aux professionnels confrontés au sale boulot de « construire une légitimation qui permette d'éviter l'assimilation-identification avec l'objet déchu dont ils ont la charge et qui ouvre l'accès à la sublimation ».

Nous entendons par là que la sublimation se différencie du processus d'idéalisation. La sublimation relève du désir d'affiliation, tandis que l'idéalisation relèverait du désir d'identification. D. Lhuilier, E. Enriquez (1990) comme de Sophie de Mijolla-Mellor (1992) « précisent la distinction et le lien entre ces deux concepts. Si l'idéalisation s'attache à un objet et se fonde sur une surestimation de celui-ci, la sublimation permet des déplacements d'un objet à un autre et suppose la référence à autrui » (in Lhuilier, 2002 : 214). Ainsi, dans le processus de sublimation le déplacement des objets, sous-tend la capacité de créer en soi et avec les autres un espace transitionnel, espace qui « lie la part de soi investie dans le travail à sa reconnaissance par autrui ; autrui reconnu et estimé comme susceptible de jugements signifiants est un partenaire de « jeu » au sens winnicottien, un jeu qui amène au je » (Lhuilier, 2005 :94). Ainsi, la capacité de conscience morale du sujet n'est pas remplacée par l'objet, comme elle l'est dans le cas de l'idéalisation. Il y aurait la mobilisation subjective, individuelle et collective dans la domestication du réel (Lagache, 1956).

Selon D. Lhuilier (2002), « les conditions de la sublimation ne sont pas seulement psychologiques mais aussi sociales : ces dernières renvoient à la problématique de la reconnaissance et de l'affiliation sociale qui, l'une comme l'autre, ne se résument pas à des mécanismes d'identification comme ceux sollicités par l'idéalisation. C'est dans les collectifs de travail et les communautés professionnelles d'appartenance que ces conditions peuvent (ou

non) être réunies » (p.215). La question de la reconnaissance au sein des collectifs de travail sera abordée dans le prochain chapitre.

Conclusion

Dans ce chapitre, il était question de réfléchir au rôle du négatif dans la structuration psychique individuelle et collective face au travail.

Le « sale boulot » concept « mobile » élaboré par E. C. Hughes, est le pilier de la hiérarchisation morale et psychologique au travail. Le sale boulot concerne ce qui doit être relégué selon les valeurs d'une culture, afin de préserver et de stabiliser un métier. Le sale boulot délimite, en effet, le métier, l'ancrant dans un système de valeurs de la société, le localisant dans une hiérarchie morale et psychologique du travail, ce qui définit l'identité des professionnels, la culture du métier, à travers le temps.

D. Lhuilier propose dans son travail sur le négatif psychosocial sa double visée structurante et déstructurante (Hegel). Par la mobilisation du concept de formations bifaces (Freud, Aulagnier, Kaës), elle propose le lien entre la structuration des liens autant par les règles partagées que par les stratégies défensives collectives. Cet auteur va s'intéresser aux éléments sur lesquels les défenses portent (contenu), mais aussi à la façon dont la différenciation est élaborée (contenant).

Finalement, la créativité au travail est envisagée, par D. Lhuilier, dans l'articulation entre les stratégies défensives collectives et le concept de sublimation. Si tout travail du négatif a aussi pour but la liaison, les stratégies défensives préservent et assurent le lien mettant en œuvre deux facteurs : la reconnaissance par autrui et la création d'un espace transitionnel. Ces facteurs sont les conditions mêmes, selon D. Lhuilier, pour la sublimation et avec elle les possibilités de subversion du sale boulot en bel ouvrage. La reconnaissance et l'espace transitionnel seront abordés plus largement dans le chapitre suivant, notamment par le développement du concept de collectif de travail.

Chapitre III. L'usage de soi au travail : tension entre la reconnaissance de soi par soi-même et par les autres

Dans ce chapitre, nous chercherons à comprendre la notion de continuité identitaire à partir du développement des activités, à la lumière des différentes théories de la clinique du travail, mais aussi de l'ergologie et de la philosophie. Nous explorerons les différentes conceptions du sujet et les instances de jugement dans la reconnaissance de soi, médiatisées par les activités. La problématique de la constitution des instances de jugement sera le point fort de ce chapitre.

Les contributions théoriques de la reconnaissance de soi médiatisée par l'activité

La perspective de la Psychodynamique du Travail

La question de la construction et de la continuité identitaire ou de la reconnaissance au travail a été initialement posée par la psychodynamique du travail. Son cadre théorique originairement constitué par l'alliance entre la psychopathologie du travail et la psychanalyse, s'éloigne de la première et redéfinit l'objet de sa recherche. Elle s'énonce alors psychodynamique du travail, en opérant un retournement épistémologique qui ne prend plus uniquement en compte les symptômes de pathologie et de souffrance au travail, mais davantage la « souffrance compatible avec la normalité et avec la sauvegarde de l'équilibre psychique (mais) impliquant toute une série de procédures de régulation » (Dejours, 1990 in Lhuilier, 2002 :28). Christophe Dejours (2007) inscrit ainsi la « centralité du travail », autant théoriquement qu'épistémologiquement, dans la formulation de sa discipline, comme « objet scientifique de la psychodynamique du Travail » (p.12). Ch. Dejours (1996) affirme la centralité théorique du travail autour de trois arguments :

- « D'abord parce que l'identité elle-même est le résultat d'une conquête qui passe par le travail, …. Reconnaissance qui inscrit le vécu du travail dans le registre de l'accomplissement de soi dans le champ social … »;- « Ensuite, parce que la subjectivité

même n'est pas donnée à la naissance. Elle est construite au prix d'une activité sur soi-même, sur son expérience vécue et sur ses déterminations inconscientes, que la psychanalyse désigne précisément par le concept d'Arbeit présent dans plusieurs concepts clefs : élaboration, perlaboration, travail du deuil, travail du rêve, etc….. ;

- « Enfin parce que la psychodynamique du travail n'est pas une psychologie d'objet. Le travail ne figure pas ici au même titre que les objets spécifiques aux autres domaines de la psychologie… (Mais) précisément, la psychodynamique du travail n'est pas une psychologie du travail mais une psychologie du sujet ». (pp.7-8).

Pour les approches théoriques en clinique du travail, le travail serait « médiateur privilégié, sinon unique entre inconscient et champ social, d'une part et ordre singulier et ordre collectif d'autre part » (Lhuilier, 2002 : 29) permettant la compréhension du développement du sujet lui-même.

En s'appropriant le modèle de l'identité proposé par François Sigaut (1990), dans lequel l'identité subjective est construite à travers les interactions avec autrui, par l'intermédiaire du réel - le travail -, Ch. Dejours opère un dégagement de la dichotomie sujet-autrui, psychologique-sociologique, pour établir une dialectique à trois pôles qui introduit « le réel ». Selon Ch. Dejours (1996), « … le travail jusqu'ici repéré dans sa dimension d'objectivation et dans un système de coordonnées essentiellement sociales, …, apparaît maintenant comme central dans la réappropriation et la production de la subjectivité dans le monde psychique » (p.11).

Selon Pascale Molinier (2006), « le travail et sa reconnaissance par autrui occupent une place centrale dans la construction de l'identité » (p139). « En psychodynamique du travail, *l'identité est l'armature de la santé mentale*… le concept d'identité a permis de problématiser le pouvoir mutatif du travail sur le sujet… » (Molinier, 2006 :131). C'est grâce à la confrontation au réel et à sa résistance, par la médiation du travail, que le sujet forge son identité. « L'identité qui est un vécu subjectif, a besoin d'objectivation pour être assurée….L'identité est indexée au réel. C'est à travers des actes instrumentés sur le réel que s'éprouve le lien entre le corps et le réel, parce que c'est au travers de ces actes que, s'objectivent et s'authentifient la nature et la qualité de ce lien, grâce auquel le sujet évite la folie » (Molinier, 2006 :139). Dans l'aliénation sociale, où le sujet rompt le lien avec le

jugement d'autrui, dans le triangle psychodynamique de l'identité, selon F. Sigaut (1990 ; in Dejours, 2003), « … le risque est de perdre ses repères, de vaciller et de basculer dans une pathologie mentale » (p.41). Cette reconnaissance par autrui autour des activités de traitement du réel est manifestement importante autant pour l'appartenance du sujet à un collectif, que pour son accès à l'accomplissement de soi et à l'identité.

L'enjeu de la reconnaissance par les autres au plan identitaire se situe tient à ce que la connaissance mobilisée pour travailler n'est pas toujours consciente pour le travailleur lui-même. Selon Ch. Dejours (2003), « [l]a connaissance du travail et du métier est une connaissance par corps, même si elle n'est pas symbolisée, si elle n'est pas visible, pas aisément transmissible, … et je pense que le plus insolite, il faut y insister, c'est que cette intelligence du corps est méconnue par ceux-là mêmes qui pourtant la mettent en œuvre constamment » (p. 23). Mettre en avant son savoir-faire à l'épreuve du regard des autres, c'est aussi exprimer la demande d'une place, d'une reconnaissance au sein du collectif de travail.

La construction identitaire proposée en psychodynamique du travail trouve ses racines dans le concept hégélien : ici, la base sociale est constitutive de la prise de conscience de soi. La constitution de la conscience de soi dérive d'une reconnaissance de l'autre, et de l'identification avec le désir de l'autre, formulations empruntées par la psychodynamique du travail dans la mobilisation du concept de la reconnaissance. Ces concepts seront explorés plus loin. Pour le dire autrement, « La théorie de l'identité en psychodynamique du travail a laissé de côté le registre intrapsychique... pour s'intéresser davantage au registre de l'intersubjectivité …. Dans cette perspective, l'identité personnelle est *relationnelle*. Le sujet, en effet, ne peut tenir sa cohérence seulement de lui-même. Ce qui confère le sentiment d'être soi passe par la confirmation des autres externes » (Molinier, 2006 :133).

Le rapport entre le sujet et le réel est indirect et passe ainsi par la reconnaissance (par autrui) du « faire » au travail (réel). La reconnaissance de ce faire est alors rapatrier vers l' « être » (identité), ce qui participe ainsi à la fois à la construction identitaire du sujet et à son appartenance sociale/ collective. Pour ce faire, deux critères sont cruciaux dans la composition de la reconnaissance au travail : celui d'utilité et celui de beauté. Ces deux critères sont constitués dans des interactions, notamment avec la hiérarchie et entre les pairs. Le premier « … porte sur l'utilité technique sociale ou économique de la contribution ». Le

second « … porte cette fois sur la conformité avec les règles de l'art, avec les règles de métier, et est proféré par ceux-là même qui connaissent le travail de l'intérieur. C'est le jugement des pairs, le jugement, cette fois, est fondé bel et bien sur la référence au réel du travail, aux difficultés de la tâche et aux efforts déployés par le travailleur… » (Dejours, 2003 : 52).

Les manières de faire de chacun ne deviendront légitimes et source de subjectivation que s'ils ne sont mis en partage au sein du collectif de travail (Cru, 1995). Le collectif de travail serait un espace transitionnel ou encore « un système abstrait qui organise les signifiants » (Oury, 1986 : 136 ; in Cru, 1995 : 61) qui aurait pour fonction l'élaboration et l'intégration des règles, référées à une loi, pour affronter le réel. Cet espace permettrait que la contribution individuelle, ou « transgression » initiale, puisse acquérir une valeur symbolique, car assisse sur une reconnaissance sociale. Ainsi, ces échanges ont une valeur et une fonction symbolique et *symboligène* (Cru, 1995), c'est-à-dire, qu'ils créent un espace d'élaboration langagière face au réel du travail.

Selon Ch. Dejours (2003) « [t]ravailler n'est pas seulement produire, c'est aussi se transformer soi-même. Le ressort fondamental de la mobilisation dans le travail, c'est l'attente du sujet par rapport à l'accomplissement de soi » (pp. 51-2). La mobilisation de la subjectivité contribue à une double production : production d'objets (qui ne serait pas possible par la simple application des consignes et des règles) et production de soi (le sujet advenant à travers l'acte qui le rend présent). Travailler, selon Ch. Dejours (2003 :14) « c'est combler l'écart entre le prescrit et l'effectif … le travail se définit-il comme ce que le sujet doit ajouter aux prescriptions pour pouvoir atteindre les objectifs qui lui sont assignés ». En définitive, le sujet fait l'épreuve du réel dans ce qui lui résiste ; cela est ressenti affectivement. Ainsi, « travailler, c'est échouer » (Dejours, 2003 :14).

C'est bien l'échec des techniques face au réel, qui pousse le sujet dans sa créativité et son imagination, afin d'appréhender le réel (ce qui échappe à la symbolisation). « Le chemin à parcourir entre le prescrit et le réel doit être à chaque fois inventé ou découvert par le sujet qui travaille. Ainsi, (…) le travail se définit-il comme ce que le sujet doit ajouter aux prescriptions pour pouvoir atteindre les objectifs qui lui sont assignés » (Dejours, 2003 :14). En s'impliquant subjectivement, l'auteur déduit qu'« il n'existe pas de travail d'exécution »

(p.13), mais que travailler relève d'une dynamique qui repose sur le couple contribution-rétribution. « En échange de la contribution qu'il apporte à l'organisation du travail, chacun attend une rétribution… La rétribution qui compte le plus n'est pas sa dimension matérielle (salaire, primes, avancement, etc.) mais sa dimension symbolique. Cette dimension symbolique, celle qui nous fait travailler, s'exprime sous une forme majeure : la reconnaissance » (p.51). Ainsi, le processus d'appropriation subjective et créative des activités est possible à condition qu'elles prennent du sens pour le sujet, en se réalisant sous le regard d'autrui, où il est soumis à un jugement dans un espace public.

Cette relecture de la théorie de la psychodynamique du travail, et ses présupposés, nous conduit à souligner la fonction essentielle du réel comme tiers pour permettre une dialectique entre l'individuel et le collectif, l'intra-psychique et l'inter-psychique. Ce réel serait dialectiquement à la base de l'objectivation du sujet, de la production et de la transformation du monde ; il est constitutif de son identité, par le regard d'autrui sur son action (base matérielle sur laquelle portent les symbolisations sur le réel et qui sont capitalisés sur l'identité même du sujet de l'action).

Mais nous soulignerons ici la nécessité de ne pas réduire le travail à la sphère de l'emploi, ou aux activités circonscrites au monde du travail. D. Lhuilier (2002) signale pertinemment qu'on « ne peut pas dater la naissance du travail de celle d'une économie de marché qui fait de lui une entité abstraite indépendante de son contenu et conçue comme une marchandise échangée contre un salaire… Le salariat ne recouvre pas le tout du travail : le travail domestique, le travail bénévole, le travail syndical, politique… constituant autant de rappels de la nécessité d'une distinction entre les notions de travail et d'emploi. La question du travail ne s'arrête pas à la porte du monde du travail » (p.34). Ainsi, le hors travail théorisé dans la psychodynamique du travail nous semble limité : il n'est vu que comme susceptible d' « être affecté » par l'activité professionnelle, ne constituant pas une source de transformation, d'objectivation de la subjectivité des sujets.

Ayant posé la non-exclusivité du travail salarié comme espace unique de rencontre avec le réel, médiateur entre le sujet et autrui, deux autres discordances également importantes apparaissent. D'une part, la place accordée à d'autres activités, sur lesquelles le sujet peut s'accomplir, en dehors du travail salarié (Lhuilier, 2002). Comment alors les inscrire dans

l'articulation entre la reconnaissance et la constitution identitaire ? Pour le formuler autrement, comment concevoir « la problématique de la reconnaissance comme rétribution morale-symbolique accordée au sujet en échange de l'engagement de sa subjectivité et de son intelligence » ? (Lhuilier, 2002 : 29). Ainsi, il nous semble important de signaler que le « travailler » qui porte sur le faire, doit être élargi à d'autres sphères de vie, mais aussi précisé dans une unité analysable des contributions diverses des sujets par la mobilisation de leur subjectivité.

D'autre part, on ne peut pas suivre Ch. Dejours lorsqu'il affirme qu' « aucune continuité n'existe plus alors entre fonctionnement psychique individuel et fonctionnement de la société. Tout au plus, la continuité est-elle un idéal ou un fantasme individuel » (1996 in Lhuilier, 2002 : 30). La question de la reconnaissance dans la théorie de la psychodynamique du travail est subordonnée au regard d'autrui (par les critères de la beauté et de l'utilité). La reconnaissance de soi, dans le triangle proposé par Ch. Dejours (1996) « souffrance – tâche – reconnaissance » (p.11), n'est pas prise en compte: la dimension intra-psychique de la reconnaissance n'est pas traitée. Dans la dimension individuelle, la profondeur du sujet, son parcours, son histoire, d'autres groupes d'appartenance intériorisés comme des idéaux ne sont pas pris en compte dans la théorie de la reconnaissance que la Psychodynamique du Travail propose. La question d'une compatibilité entre la reconnaissance et les modalités de réalisation de soi n'est pas évoquée dans le triangle psychodynamique de l'identité. Le sujet inconscient semble être perdu dans la discussion de la reconnaissance, qui ne pèse que par sa dimension sociale. La dimension d'autrui équivaut à une extériorité du sujet, au prix d'un effacement de ses multiples identifications face à son action.

Ainsi, pouvons-nous revenir sur la question épistémologique dont Ch. Dejours nous semble faire l'économie ; en posant le tiers (réel = travail), la question de la primauté entre social et psychique est d'emblée résolue dans la psychodynamique du travail. Cette question nous semble délicate, puisque la dialectique ne peut être assurée que par une irréductibilité du psychique et du social. En cantonnant la reconnaissance comme composante externe à l'identité, dans le pôle « autrui », cette théorie nous semble opérer une réduction à la fois de la conception du social et de l'individuel.

De la même façon, la dimension sociale semble amputée dans la lecture de la psychodynamique du travail. Selon D. Lhuilier (2002) « Le social de la psychologie sociale clinique recouvre à la fois des rapports d'échanges (le symbolique) et des rapports de transformation de la réalité (praxis). Il ne vient pas qu'interdire, contraindre, réprimer. Il assure une fonction d'étayage essentielle à la construction du sujet et qui se révèle par défaut. Sur la scène sociale du travail, le « poids » du social ne se résume pas au cadre prescriptif. Le travail est réorganisé par ceux qui le réalisent et à cette occasion de nouvelles prescriptions sont construites, à la fois contraintes mais aussi ressources pour l'activité. Nous rejoignons ici la position de Yves Clot (1999/2006) qui souligne que « la vie sociale convoque le sujet plutôt qu'elle ne le repousse ». » (p. 30).

La reconnaissance de soi comme émancipation dans la perspective de l'Ecole de Frankfort

Axel Honneth (2007) se réfère à la pensée de Karl Marx en proposant une reprise du concept critique du travail. En délimitant la difficulté de K. Marx à mettre en lien les concepts de travail et d'émancipation, A. Honneth développe sa théorie dérivée des écrits de Jürgen Habermas, qui à son tour, propose l'agir communicationnel comme concept articulant travail et émancipation. Le concept d'agir communicationnel chez J. Habermas réhabilite la dimension de l'émancipation perdue dans les théories postmarxistes, mais il opère, du même coup, un déclin de la fonction du travail. Les dimensions économique et anthropologique que K. Marx attribuait au travail sont réappropriées dans le concept d'agir instrumental, chez J. Habermas. A. Honneth (2007) cherche à reprendre le concept critique du travail à partir des constructions de J. Habermas, mais également étant critique à son égard, en mettant en évidence les déplacements et les limites de sa théorie de l'agir communicationnel.

J. Habermas, selon A. Honneth (2007) « envisage l'action sociale comme un processus de communication dans lequel deux sujets orientent leurs actions à partir d'un accord symbolique qui porte sur une définition commune de leur situation… » (p. 49). Selon A. Honneth, « le concept d'agir communicationnel devient le concept clé du matérialisme historique et remplace ainsi, le concept de travail dans la théorie marxiste » (p. 50). Cependant, A. Honneth dénonce la distinction épistémologique que J. Habermas propose

entre l'agir communicationnel et l'agir instrumental, détachant ainsi le processus d'expansion du savoir technique du processus théorique de la formation d'une conscience émancipatoire.

Selon J. Habermas, « dans les structures de l'interaction médiatisée symboliquement, la connaissance morale est construite à partir des réalisations communicationnelles intuitives des sujets de l'action. Ce savoir moral conduit à la conscience les buts de la compréhension mutuelle qui sont contraires à ceux qui sont acceptés par les structures de l'action sociale » (2007 : 54). Cependant, pour A. Honneth (2007), « …l'existence d'un type de connaissance morale-pratique … n'est pas basée sur la conscience des relations de communication systématiquement distordues, mais sur l'expérience de la destruction des actions de travail dans le cours de la rationalisation des techniques de production. Cette conscience de l'injustice sociale qui se construit sur l'expropriation systématique de la propre activité de travail est cependant complètement négligée par les catégories de J. Habermas… » (pp. 54-5).

Selon A. Honneth (2007), J. Habermas a abandonné « les moyens catégoriels qui lui auraient permis de saisir de manière analytique la dissociation systématique de tout contenu de travail à partir des modes d'action instrumentale … Il applique le concept d'agir instrumental de manière non critique, chaque forme d'activité qui a quelque chose à voir avec le fait de manier un objet…. » (p. 53). Comme chez K. Marx, J. Habermas n'a pas rendu évidente la différenciation entre les types d'activité de travail. « En effet, le concept d'agir instrumental est basé sur la représentation d'une activité dans laquelle le sujet qui travaille contrôle et régule les manipulations de l'objet de son travail, mais J. Habermas ne systématise pas l'emploi de cette implication conceptuelle » (Honneth, 2007 :53). Le processus de réflexion émancipatoire, que J. Habermas suppose dans les actes de communication, passe par une relation d'interaction socioculturelle qui a été déformée, de manière à retrouver la visée immanente d'intercompréhension qui s'oppose à sa forme répressive d'organisation.

A. Honneth (2007), en revanche, se démarque de J. Habermas en signalant que ce n'est pas « la suppression des modes communicationnels de compréhension mutuelle » qui résulte « d'une blessure morale potentielle … mais à partir de l'expropriation des travailleurs de leur propre activité de travail. La connaissance qui prend forme sur la base de telles expériences s'incarne dans les activités de travail qui réclament leur autonomie, y compris au sein d'une réalité organisationnelle de relations de travail hétéro déterminées. Cette rationalité pratique,

qui naît de la réaction contre la dissolution technique et productive du contenu du travail de l'agir instrumental, confère sa logique propre à l'atteinte envers les normes et aux pratiques de résistance qui sont devenues le lot quotidien dans l'industrie capitaliste. Mais cette logique ne coïncide ni avec la logique de l'agir communicationnel tourné vers la coordination des actions intentionnelles visant l'entente mutuelle, ni avec la logique de l'agir instrumental tourné vers la domination technique des processus naturels … La connaissance morale, qui est systématiquement incarnée dans ces transgressions pratiques des régulations du travail, ne vise pas à libérer les travailleurs des obstacles à l'agir communicationnel, mais plutôt à leur émancipation des blocages dans l'agir instrumental » (p. 55-6). Une partie de la question de la reconnaissance est ainsi posée par A. Honneth. La visée de la reconnaissance de soi dans la sphère sociale se rapproche de la tradition française en sociologie du travail.

A. Honneth (2007) propose qu'« alors le travail industriel taylorisé et dépourvu de sens sera toujours accompagné par des résistances dans lesquelles les sujets qui travaillent cherchent de manière collective à reprendre le contrôle de leur propre activité. Ce qui caractériserait alors tout travail aliéné serait un moment de remémoration pratique du fait qu'une domination injustifiée lui est inhérente » (p. 57).A. Honneth s'approchera de la division sociale du travail pour formuler sa double justification du concept de reconnaissance par les « attentes normatives ». Il vise autant la reconnaissance des capacités d'un groupe dans l'ensemble social, qu'il amorce la question de l'individualité par les capacités reconnues au sein d'une communauté d'appartenance.

Ces formes de reconnaissance décrites par Honneth ont leur origine dans la pensée hégélienne (Ricœur, 2004). Hegel déplace la lutte pour la survie comme base du vivre-ensemble proposée par Hobbes par un motif moral : la lutte pour la reconnaissance (*idem*).

Trois niveaux de reconnaissance sont ainsi développés par Hegel : la lutte pour la reconnaissance au plan de l'amour, au plan juridique et à celui de l'estime sociale. Au niveau de l'amour, premier niveau de la reconnaissance, on retiendra notamment la « dialectique de liaison et de déliaison aux traits spéculatifs et aux traits empiriques de l'amour. La déliaison dit la souffrance de l'absence et de la distance, l'épreuve de la désillusion, et la liaison dit la force de l'âme qui s'incarne dans la capacité d'être seul » (Ricœur, 2004 : 300). La capacité d'être seul serait la base de la reconnaissance de soi et en lien direct avec la capacité de

s'identifier aux autres. Ce processus, explore la capacité d'endurance face à la frustration, aux manquements du monde extérieur.

Chez Hegel, la reconnaissance survient avec les relations de droit, où la reconnaissance mutuelle passe par le contrat. Dans ce cadre, Hegel opère un retournement vers le Soi, par médiation de l'autre, pour « être-reconnu ». Le contrat ferait coïncider dans l'être-reconnu la volonté singulière et la volonté commune. Pour Hegel, c'est seulement en-soi que la nature et l'esprit sont une essence (Ricœur, 2004).

En reposant la reconnaissance avec ces trois points d'étayage, issus de la théorie de Hegel, A. Honneth affirme l'ipséité du sujet qui serait habité par ses dialectiques soi-autre, historiquement composées au long de son existence. La centralité du travail est déplacée comme source centrale de reconnaissance, et d'autres sphères d'existence sociale sont intégrées par ces trois points d'étayage. La proposition d'A. Honneth sur la reconnaissance semble s'ancrer dans les modalités diverses d'échanges symboliques. Ces modalités sont constituées par l'identification à différents groupes d'appartenance tout au long de la vie du sujet. Ces valeurs partagées dans les groupes d'appartenance sont mises à contribution, à leur tour, dans la sphère du travail, par un contrat formel mais aussi par des échanges symboliques, dont des rétributions sont attendus par celui qui participe avec son être à contribuer. Cette sphère est reconnue par A. Honneth comme sphère fondamentale de l'existence sociale.

Emmanuel Renault (2007), explore les trois formes différentes de reconnaissance qui alimentent le deuxième principe, dégagées par A. Honneth. L'auteur affirme que si la psychodynamique du travail peut contribuer au débat posé par A. Honneth, en particulier en ce qui concerne la mise en perspective du travail dans l'analyse et dans l'émergence de la conscience morale, elle ne peut pas suivre le deuxième principe, suivant lequel la reconnaissance s'étaye sur différentes dimensions ou communautés d'appartenance.

E. Renault (2007) fait deux critiques à la proposition théorique d'A. Honneth. D'abord, il met en lumière que dans ce cadre théorique, le travail est métathéorique, c'est-à-dire, « le travail n'est pas vraiment analysé comme une activité, mais plutôt comme un processus de valorisation des capacités dont les conditions sociales sont laissées dans l'ombre… Il en résulte notamment que la question de la reconnaissance de la réalité de la valeur du travail

n'est pas véritablement posée ». (Renault, 2007 :125). L'auteur semble suggérer qu'une analyse de la division du travail ferait défaut.

En lien avec cette critique, E. Renault, dans un deuxième temps, relève que le « rapport positif à soi » chez A. Honneth, se constitue « en deçà de la relation intersubjective ». Ainsi E. Renault refuse l'épaisseur du sujet proposé par A. Honneth, qui « suppose d'une part une sorte d'identification primaire à autrui (il faut la supposer pour rendre compte du fait que le regard, le comportement et le jugement d'autrui me concernent autrement que le comportement animal par exemple) et d'autre part une sorte d'identification primaire à ses désirs et à ses sentiments (il faut que j'existe pour moi pour pouvoir rapporter à moi-même le jugement qu'autrui porte sur moi) » (p.126). Pour E. Renault (2002) la question posée est comment la reconnaissance est référée au rapport positif à soi, c'est-à-dire à l'identité ?

Cet auteur conçoit que la reconnaissance, dont il s'agit pour constituer l'individu, doit toujours être en lien avec un « autre » par l'intermédiaire du réel (travail). En reprenant la formule de la psychodynamique du travail, E. Renault (2007) argumente que « tant qu'elles [les identifications] portent non plus spécifiquement sur le faire mais sur l'être des individus, elles risqueraient toujours de lier les individus à des formes de reconnaissance aliénantes » (p.126).

Néanmoins, sur quelques points, nous ne pouvons rejoindre E. Renault. Notamment, autour de la perspective restrictive qu'il accorde au travail comme espace unique où la reconnaissance peut se jouer, à l'occasion de la confrontation au réel et de l'objectivation du sujet dans la constitution d'un « faire », et sa reconnaissance rapatriée sur « l'être » (identité). Dans la perspective qui est la nôtre, A. Honneth opère un déplacement de la centralité du travail, sur la centralité de la reconnaissance, mettant ainsi en valeur d'autres sphères de la vie dans la composition de soi (identité), où le sujet se confronte également au réel et en tire de la reconnaissance identitaire. La critique de E. Renault sur le besoin d'une formulation théorique (et méthodologique) autour de la division technique du travail, nous paraît basée sur la perspective de la centralité du travail. Si l'on suit les formulations d'A. Honneth, la reconnaissance ne serait pas le résultat unique des épreuves aux activités de travail, mais également de toutes les autres préoccupations qui « travaillent le sujet » tout en étant au travail. Ce qui nous semble cependant riche et à retenir dans la proposition d'A. Honneth

concerne l'importance d'une construction de normes communes à partir d'un faire, non restreint au monde du travail.

A. Honneth maintient l'irréductibilité des sphères et des formes de reconnaissance, notamment en accordant une place à l'intra subjectivité avec la notion de « rapport positif à soi ». Sa contribution principale est une ouverture vers la compréhension de la question contribution-rétribution en rendant visible l'interface entre les différents domaines de vie, qui se jouent au travail, et au-delà du travail, mais qui composent l'identité du sujet et son besoin de reconnaissance. L'équation contribution-rétribution va au-delà de l'analyse proposée par Renault de la « division technique du travail », et mérite à notre avis, l'attention à des « exigences normatives spécifiques » dans la division sociale du travail pour mettre en exergue la compréhension de ce qui compose la reconnaissance pour celui qui travaille. Pour cet auteur, participer à d'autres sphères de vie ne se restreint pas à solliciter l'implication d'autres sphères de vie au travail. En effet, pour A. Honneth, la participation à d'autres sphères de vie est considérée comme un dépassement du taylorisme, car celles-ci garantiraient la communauté d'appartenance du sujet ailleurs qu'au travail. Cela procurerait aux travailleurs une intériorité assurant une cohérence dans les luttes émancipatoires d'organisation du travail. L'implicite dans la théorie d'A. Honneth indiquerait justement comment les autres communautés d'appartenance du travailleur viendraient relier de la reconnaissance morale au travail, et donc de la reconnaissance de soi au travail.

Finalement, nous suivons l'analyse de E. Renault dans les textes de Stefan Voswinkel et Hermann Kocyba sur les effets délétères du néo-management : ce dernier intègre davantage la reconnaissance en l'instrumentalisant de façon évaluative et normative dans une finalité de domination. H. Kocyba (2007) se centre sur cette question d'actualité, en mettant en relief un néo-management sollicitant une « subjectivisation appellative » de l'individu, qui à son tour a une croissante « attente normative » de ses compétences (et non pas qualifications) (Osty, 2003). Cette réussite du néo-taylorisme, au lieu de son dépassement, comme l'avait signalé Florence Osty (2003) reste un point aveugle dans les formulations d'A. Honneth.
Ces écrits ouvrent la notion de réel au delà de la question du travail, insistant ainsi sur le fait que d'autres dimensions de vie sont également importantes.

La problématique de la reconnaissance de soi en clinique de l'activité

Y. Clot (2008) présente les différents moments de l'élaboration de sa théorie nommée clinique de l'activité. Nous essayerons de rendre compte de ces différents moments de théorisation sur le sujet, à partir de l'activité, dans sa conceptualisation sur la reconnaissance de soi.

Y. Clot (2008) opère un déplacement avec la clinique de l'activité : il spécifie l'activité, en référence à l'ergonomie, comme unité fonctionnelle où s'opère le processus d'objectivation – subjectivation face au Réel. En mobilisant l'école historico-culturelle russe, en particulier Lev Vygostki, Y. Clot décline l'écart entre l'activité réalisée et l'activité réelle comme source de créativité mais aussi d'empêchement du développement de l'activité et de la transformation de soi. Ainsi, il considère que l'activité réalisée est le « système de réactions qui ont vaincu », mais que le conflit inhérent contenu en chaque activité « pèse de tout poids dans l'activité présente » (p.89). Cette contribution fondamentale, laisse entrevoir une épaisseur du sujet, habité par plusieurs interlocuteurs et le conflit intrapsychique.

Ainsi, cet auteur mobilise la notion de migration fonctionnelle (L. Vygostki) des affects et de la cognition, comme lien nécessaire entre la notion de « dialogue intérieur » (Mikhaïl Bakhtine) chez le sujet et la dimension sociale. En s'inspirant de Baruch Spinoza et de Henri Wallon, Y. Clot mobilise la notion de mobilité fonctionnelle et théorise comment le sujet est affecté dans le développement de son pouvoir d'agir. Selon Y. Clot (2008), « … Mais, s'il peut être affecté, c'est grâce au développement de sa mobilité interfonctionnelle ; à sa capacité de mettre une fonction au service d'une autre, ses émotions, par exemple au service de sa pensée et inversement. Ces migrations interfonctionnelles sont, dans le psychisme un instrument décisif pour donner un destin dynamique à l'affect » (p.27). Il nous semble ici qu'Y. Clot propose un sujet qui tiendrait la cohérence de son identité par la voie des affects, toujours autour d'une sollicitation du métier.

Dans un deuxième temps, c'est la notion de genre professionnel, dérivée de la notion de collectifs de travail (Cru, 1995) qui va permettre, en tant qu'espace transitionnel, la

transformation à la fois de l'activité et de soi-même. Le genre professionnel, qui se veut « essentiellement transpersonnel » est composé par les règles de travail, mais aussi les défenses construites dans l'ici et maintenant, face au réel de l'activité. Y. Clot (2008) développe le concept de style comme source des contributions personnelles au genre professionnel. Cependant, le style reste restreint à « l'appropriation des histoires de genre du sujet » (p.109). Selon l'auteur, « le style individuel c'est avant tout la transformation des genres dans l'histoire réelle des activités au moment d'agir, en fonction des circonstances » (*idem*). Plus loin, il décalera vers le métier et ses quatre dimensions, l'espace transitionnel initialement identifié comme collectif du travail par Damien Cru (1995), situant ce processus dialectique entre les quatre dimensions du métier.

Examinons ces propositions théorico-méthodologiques et leurs implications dans la notion de la reconnaissance de soi.

Selon Y. Clot, la constitution et le développement du métier dépendent autant de l'actualisation des échanges au sein du collectif de travail, que de l'intériorisation de ce collectif de travail dans le sujet. Ainsi, cet auteur opère un déplacement dans la question de la reconnaissance de soi, qui consiste à penser le collectif de travail, source « d'objectivation-subjectivation » des expériences des sujets, comme étant à la fois dans et hors de l'individu. La reconnaissance ne serait pas seulement le résultat des dialogues ou des jugements extérieurs par la hiérarchie et par les pairs ; elle aurait ses sources dans le sujet lui-même. Il propose la conception d'un sujet traversé par des histoires singulières dans son métier ; elles servent de ressources pour son action et l'ajustement de son action, dans l'ici et maintenant.

Par la même, l'activité prend une complexité supplémentaire : l'activité réelle serait sollicitée par l'épreuve du réel dans laquelle le travailleur s'impliquerait subjectivement et mobiliserait l'ensemble des dimensions du métier afin d'y faire face. « L'activité est adressée, simultanément dirigée vers son objet et vers les autres activités portant sur cet objet, que ce soient celles d'autrui ou encore d'autres activités du sujet » (Clot, 2008 :6). Cette activité serait principalement médiatisée par la conjoncture externe de l'organisation du travail et les articulations possibles du collectif de travail. Cependant, elle serait « médiatisante », car elle aurait ainsi une fonction psychologique de médiation vis-à-vis du sujet de l'action, stimulant d'autres relations entre le sujet, l'objet et les autres. La « polyphonie des intentions » serait ainsi source de développement du métier. Ainsi, il nous semblerait que Y. Clot réattribue à

son sujet une épaisseur, une intériorité, qui révélerait de la conflictualité face à l'activité, car il accorderait différents destins à l'action développée, plus ou moins attendus par le sujet qui la réalise.

La méthodologie utilisée cherche à promouvoir le débat et mettre en œuvre des espaces d'élaboration afin de rendre compte de cette double complexité : les conflits manifestés dans les débats collectifs dans et hors du sujet lui permettent de s'affranchir (ou pas) de l'activité réalisée (qui n'est qu'une partie visible du développent) pour reconnaître le réel de l'activité.

Y. Clot suggère ainsi, une articulation entre pouvoir d'agir et santé mentale du sujet toujours portée par le collectif de travail. C'est dans les liens possibles entre les dimensions du métier inscrits dans le collectif de travail, que le sens et l'efficience de l'action peuvent être vécus et développés, transformant par la même le sujet. En ce qui concerne la conceptualisation du métier, Clot articule quatre dimensions: *l'impersonnelle,* se réfère aux prescriptions du travail, à tout autre aspect formel dans l'organisation du travail, ainsi qu'aux formations qui délimitent la profession ; *la transpersonnelle*, se réfère à l'histoire du groupe, aux échanges entre pairs, aux nouveaux arrangements du métier, mais aussi à l'histoire du métier (qui peut être saisie) – Clot l'a nommé *genre*. *L'interpersonnelle*, se réfère à des échanges autres qu'entre pairs, notamment à tout autre destinataire ou sous destinataire de l'action. Finalement la dimension *personnelle*, serait celle par laquelle chaque travailleur contribue subjectivement aux arrangements du collectif. Elle est nommée *style*.

L'activité médiatisée par le collectif, peut ainsi devenir source de médiation pour le sujet et rendre possible une voie de développement créatif (pouvoir d'agir). Selon Y. Clot, « le pouvoir d'agir serait l'articulation entre sens et efficience de l'action développée », rendant possible un espace de découverte de nouveaux buts ; « c'est donc aussi la créativité » (*idem,* p.9). Ce faisant, ce pouvoir d'agir préserve autant l'identité du sujet que sa santé mentale. Cependant, l'inverse est également vrai, la déliaison du sens et de l'efficience de l'activité due à l'empêchement de l'articulation des quatre dimensions du métier, restreint le pouvoir d'agir et peut même affectée la santé mentale du sujet.

Y. Clot reconnaît le travail comme n'étant pas la seule dimension de la construction identitaire et de la transformation de soi dans le monde. D'ailleurs il cite Philippe Malrieu

(1979), « ….Le sens du travail n'est pas dans le travail car « le comportement dans un domaine de vie est régulé par la signification que le sujet lui accorde dans d'autres domaines de la vie » (in Curie et Dupuy, 1994). En se référant à la pensée de H. Wallon, Y. Clot (1999/2006) développe une conception du sujet comme capable de réflexivité, mais qui peut être aussi dépassé par des mouvements de « déprise » : « Ce qui lui est nécessaire, disait H. Wallon en parlant du sujet psychologique, ce n'est pas un progrès, c'est un retrait de socialité » (1942/1970 :92). Par un choc en retour, c'est d'ailleurs cette « déprise » - surtout quand elle réussit – qui incite, en contrepoint, l'organisation du travail à se ressaisir. Car c'est la marge dont le sujet ou le collectif se sont ainsi dégagés « en échappant à ce qui les enserre, que l'organisation du travail va chercher à reconquérir, si possible en étendant encore ses principes ou au prix de modifications substantielles, si nécessaires » (p.58). L'accès aux expériences au-delà du contexte du travail ou du genre professionnel donnerait à ce sujet l'épaisseur d'un sujet historique, traversé par d'autres dimensions de vie ; Y. Clot a ainsi pu développer le terme de « mélanges de genres » pour se référer à l'affectation d'autres dimensions de vie que celle du travail et réciproquement.

Malgré ces multiples convocations théoriques, Y. Clot ne propose pas véritablement une théorisation du sujet caractérisé par une intériorité, une histoire, des valeurs personnelles qui pourraient affecter ses activités. Le pouvoir d'agir pour cet auteur semble surtout circonscrit aux échanges dans l'ici et le maintenant. S'il y a épaisseur du sujet, cela reste renvoyé aux expériences passées du métier. L'auteur ne se réfère en tout cas pas à un sujet inconscient, ni véritablement à d'autres domaines de vie, sources d'activités.

Y. Clot élabore une conception du sujet intrapsychique « inondé » du social : un social qui éclaire l'écart les mouvements des affects, les modalités de leur migration et l'intrication entre affect et cognition. Le style ne prend pas la place d'une composition subjective face au genre, tissée d'autres dimensions de la vie du sujet que celle du travail : « Le style individuel est avant tout la transformation des genres dans l'histoire réelle des activités au moment d'agir, en fonction des circonstances… » (p.109-10). Dans ses écrits, Y. Clot (2008) considère qu'il y aurait deux dimensions au développement du style : tourné vers le collectif et ses obligations et concernant le sujet de l'action. Cependant, cette proposition n'est pas développée ; ainsi, le style ne tient pas compte de l'historicité du sujet hors métier dans son

engagement dans l'activité. Le sujet tel que théorisé par Y. Clot reste un sujet essentiellement habité par le métier, concept fondamental, véhiculé par le collectif de travail.

Cette conceptualisation de Y. Clot s'éloigne ainsi des propositions de Jacques Curie et de H. Wallon : elle manque d'une conceptualisation du sujet et de l'identité : « Son pouvoir d'agir se conquiert auprès des autres et des objets qui les réunissent ou les divisent dans le travail ordinaire. Il se développe dans et par l'activité médiatisante » (p.20). Y. Clot poursuit : « par définition, le pouvoir d'agir est intrinsèquement social quant à ses ressources d'innovation » (p.30). Ainsi, la dimension subjective et créative est constamment renvoyée au social, sans qu'on comprenne par quel mécanisme le sujet arrive à délibérer son action, entre les dialogues intérieurs et les controverses du collectif de travail.

Y. Clot met en relation dans la clinique de l'activité la reconnaissance de soi par soi : le sujet se reconnaît dans son travail par la médiation de la référence au genre, c'est-à-dire aux règles de métier intériorisées. Il se centre sur l'impact de la déliaison que le défaut du genre professionnel, peut avoir dans la santé mentale du sujet. Selon Y. Clot, « [la reconnaissance] se présente sous la forme d'un sentiment bien particulier : le sentiment de vivre la même histoire à l'aide duquel les épreuves présentes qui affectent les professionnels sont catégorisées et ingérées. Incorporée, cette contenance professionnelle peut devenir un instrument de travail. Privée de cet instrument générique, l'activité individuelle est décontenancée » (2008 : 255). L'aspect de l'utilité de l'action est aussi évoqué comme important dans l'entretien de la santé mentale. Ainsi, la reconnaissance de soi reste aussi attachée à l'appartenance que le sujet éprouve à son collectif de travail.

Selon lui, cette « décontenance », ou défaut de genre, personnalise le métier, et ne permet plus que « les travailleurs se reconnaissent en ce qu'ils font. C'est là d'abord que prend sa source un désir de reconnaissance sans fond, déplacé sur des hiérarchies qui lui donnent le destin des « reconnaissances faussées » que l'on connaît ; sans aucune chance, d'ailleurs, de parvenir à répondre à ce désir de reconnaissance mais avec tous les risques de nourrir le malentendu sur son objet » (p.256). Encore une fois, la déliaison sociale est théorisée comme ayant un impact sur le subjectif. Mais la théorisation de l' « intrapsychique » nous semble peu élaborée, du fait de cette réduction aux concepts de genre et de style.

Y. Clot commente le texte de F. Osty qui définit sociologiquement la question de la reconnaissance, soulignant la prévalence gestionnaire et celle de l'organisation du travail affectant le métier. Selon F. Osty (2003), « le travail et le professionnalisme enracinent le métier dans les savoirs de l'action face aux événements. Le collectif assure la socialisation et l'identification à une communauté de métier. Enfin la professionnalisation stabilise les règles. Ces différentes instances circonscrivent ici les scènes sociales où se déploient trois processus distincts : l'élaboration d'une compétence spécifique, l'accès à l'identité et l'édification des règles sociales » (p.228). Les institutions et l'entreprise s'avèrent actuellement incapables d' « offrir des scènes sociales de reconnaissance au processus de subjectivation au travail » (p.228), le désir de reconnaissance des gens de métiers se brise « entre le niveau micro-collectif et celui de l'entreprise » (p.230). En fait, « plus l'écart s'accroît entre l'offre identitaire véhiculée par les règles de gestion et l'expérience individuelle et collective de subjectivation au travail, et plus le sentiment de malaise vient prendre le pas sur la construction d'une identité de métier » (Osty, 2003 : 226 in Clot, 2008 :251-2).

Finalement, nous nous interrogeons sur la méthode en clinique de l'activité : l'action est synonyme de valorisation des controverses afin d'appréhender l'épaisseur de l'activité et du sujet. Cependant, il nous semble que les dispositifs proposés, définis en amont, ne laissent que peu de place pour le réel de l'activité du chercheur engagé dans une analyse co-constructive. Si le cadre est important pour amorcer les débats, des dispositifs préfabriqués et applicables à toutes situations nous semblent développer davantage un « setting » expérimental, contraignant les possibles échanges et ainsi, évacuant le réel des rencontres entre professionnels et chercheurs dans l'activité de la recherche.

Conclusion

En synthèse, nous pouvons ici reprendre, à partir des théories mobilisées, les conceptions du sujet, de l'activité et les points de rencontre avec le réel, les différentes instances de jugement, au delà de la sphère de l'activité professionnelle elle-même, comme les articulations entre subjectivité et champ social dans les conceptualisations de la reconnaissance au travail.

La psychodynamique du travail apporte la notion de réel comme médiation entre sujet et champ social, mais en privilégiant la sphère du travail, afin de garantir la continuité identitaire du sujet et sa subjectivation. Cependant, cette théorie s'avère limitée dans la construction du « travailler » comme médiateur unique entre le champ social et l'inconscient, entre l'individu et le collectif. Les instances de jugement des valeurs qu'alimentent les normes au travail se situent dans le pôle « autrui » du triangle de F. Sigaut. C'est la hiérarchie et les collectifs de travail (Cru, 1995), qui jugent à partir des critères d'utilité et de beauté. Ainsi, la reconnaissance de soi dans ce corpus théorique se centre sur la reconnaissance accordée par les autres pour la formation et la continuité de l'identité du sujet.

Hegel a pu développer des formulations sur les arbitrages internes au sujet, repris notamment dans la pensée d'A. Honneth, et qui redonne de l'épaisseur au sujet. A. Honneth élargit la perspective des arbitrages venant d'autres sphères de vie, constitutives du sujet dans l'édification de son jugement. En opérant cette ouverture, il questionne le travail comme médiateur privilégié dans l'articulation entre le sujet et le champ social. En revanche, A. Honneth formule une métathéorie, qui ne permet pas de systématiser comment ces arbitrages promeuvent la transformation de l'activité et du sujet qui s'implique dans sa réalisation.

Y. Clot, propose la systématisation de dispositifs pour éclairer les processus d'arbitrages face à l'activité. Cet auteur considère le sujet de manière complexe et relève les arbitrages parfois contradictoires qui habitent le sujet. Il explore ainsi l'ipséité, la dimension des arbitrages intérieurs au sujet dans la participation au collectif de travail et la reconnaissance de soi par soi-même. Cependant, l'auteur réduit le sujet et ses autres domaines de vie au métier.

Ainsi, les instances de jugements sont, dans la clinique de l'activité, portées par le genre professionnel dans les collectifs de travail, mais aussi chez chaque professionnel. Elles sont

encore manifestes dans les styles (traversés par les valeurs construites lors de l'histoire personnelle dans la profession). Cependant, l'intériorité du sujet semble être ici renvoyée au métier porté par le collectif intériorisé dans le sujet. Le sujet inconscient, historique, mais aussi juge de ses actes est finalement peu présent dans ce cadre théorique. Y. Clot semble attribuer la capacité individuelle de dégagement comme essentiellement dépendante du regard et de l'inscription du sujet dans le collectif de travail. Il n'intègre pas, semble-t-il, la potentialité d'une rupture individuelle du sujet, étayée sur d'autres dimensions de sa vie.

Problématique et hypothèses

Problématique

Les activités liées à la mort sont perçues comme disqualifiantes au sein de la société. Les IVG, les IMG ainsi que les soins palliatifs sont des activités qui confrontent à la mort et dont le traitement a été relégué à l'hôpital. Comme nous avons pu le comprendre, ceci fait partie de l'occultation par la société de la finitude de l'être humain (Baudrillard, 1976), et participe à une nouvelle structuration sociale face à la perte des rituels autour des grands événements dans la vie dans les groupes. De cette façon, l'espace principal de symbolisation a été confiné à l'hôpital, qui par le développement des techniques et des nouvelles logiques économiques essaye d'éloigner le traitement de la mort (Lefève, 2006). Aussi à l'hôpital, « donner la mort » et « accompagner la fin de vie » représentent le « sale boulot ». Les corps médicaux et paramédicaux, représentants de la société dans la construction des rituels signifiant ces passages entre la vie et la mort, s'organisent collectivement pour faire face à la tâche attendue.

La double inscription des activités considérées comme du « sale boulot » s'effectue, d'une part, dans la perspective sociologique, par la hiérarchisation morale du travail qui organise à la fois les activités mais aussi les métiers, selon leur statut social (Hughes, 1962/1996). D'autre part, le négatif psychosocial permet de comprendre les activités reléguées comme étant celles qui provoquent du déplaisir, de l'angoisse d'anéantissement, propres aux tâches qui mobilisent des affects archaïques (Lhuilier, 2002). Ainsi, ces activités ne trouvent leur subversion en « bel ouvrage » qu'à partir des alliances tissées dans les collectifs de travail (Cru, 1995). Les règles et les défenses du collectif rendent les alliances évidentes, tout comme les points d'articulation entre contenant et contenu dans la configuration et les destins donnés aux restes (Kaës, 1989 ; in Lhuilier, 2002).

Cependant, les arbitrages des valeurs ne se réduisent pas seulement aux débats au sein des collectifs de travail ou à la dimension « transpersonnelle » (Clot, 2008), mais ils sont portés en chaque individu, tout au long de son histoire professionnelle, afin de garantir la reconnaissance de soi au travail. Ainsi, le « genre » porté en chaque soignant favorise son arbitrage personnalisé, c'est-à-dire le « style », selon Y. Clot (2008). Cependant, nous nous

demandons si la reconnaissance de soi et la continuité identitaire sont seulement portées par les valeurs du métier, car selon Ch. Dejours (1980/2000), l'activité au travail est source d'objectivation et de subjectivation de chaque professionnel, au-delà de la sphère professionnelle (Lhuilier, 2002 ; Honneth, 2007).

La question centrale de cette recherche porte sur la reconnaissance de soi chez chaque soignant face à leurs activités liées à la mort. Face à des situations extrêmes, comme les « accompagnements en fin de vie » et des prescriptions de « donner la mort », nous tentons de comprendre comment les soignantes construisent individuellement et collectivement leurs ressources symboliques, afin de se reconnaître dans la réalisation d'un « bel ouvrage ».

Hypothèses

La confrontation à des activités de soin liées à la mort sollicite une dynamique du collectif de travail susceptible de faciliter la construction de ressources symboliques.

Plus les affects archaïques seront mobilisés, plus les ressources symboliques seront nécessaires afin de transformer le « sale boulot » en « bel ouvrage » ; à contrario, ce sont des idéologies défensives de métier qui aident à contrecarrer les processus de déliaison ;

Plus le collectif de travail est désarticulé, plus difficilement les soignants se reconnaitront dans leurs activités, et moins ils seront capables d'un pouvoir d'agir ;

Plus le collectif de travail est vivant comme lieu d'échange et d'élaboration, plus les ressources des autres sphères de vie deviendront utiles dans la subversion de l'activité considérée du « sale boulot » ;

et,

Plus le collectif de travail est vivant et structurant des ressources symboliques autour des activités liées à la mort, plus la reconnaissance de soi et le pouvoir d'agir des soignants, exprimés par une continuité dans la cohérence identitaire, seront développés.

Méthode

Le contexte

Le terrain

Dans cette recherche, la problématique de la reconnaissance de soi a été explorée, sur deux terrains différents, en privilégiant deux types de tâches : « donner la mort » et « accompagner la fin de vie ».

L'analyse des activités liées à « donner la mort », provient d'un premier terrain : un Pavillon Mère Enfant, dans un CHU en région Normande. Les analyses de l'accompagnement en fin de vie, proviennent d'un deuxième terrain, en Ile de France, au sein d'une équipe mobile de soins palliatifs d'un Centre Hospitalier.

Nous détaillerons les rapports entre commande et demande dans les deux terrains, ainsi que la construction de la place de l'intervenant chercheur. A partir de ces axes, nous discuterons les résultats de recherche, en les situant dans le cadre plus large d'une participation et d'une intervention dans les équipes soignantes impliquées.

Les antécédents de la recherche

Dans le Pavillon Mère Enfant (PME), le processus de construction d'une demande pour accéder au terrain a dû passer par un projet initial de recherche. L'ANR (Agence Nationale de Recherche) réalise un appel d'offre (mi 2005) sous la rubrique « santé-environnement et santé-travail ». La commande devait identifier et promouvoir des actions en réponse à des axes soulevés par PRESST-NEXT (Estryn-Behar, Le Nézet et Duville, 2004), portant sur la satisfaction au travail et les risques professionnels dans les hôpitaux français.

Sous la conduite d'un chercheur, qui avait participé à la constitution de l'appel d'offre « santé-environnement et santé-travail » de l'ANR (et qui avait également participé à la formulation de l'enquête PRESST-NEXT), une équipe de recherche pluridisciplinaire « santé et travail » a été constituée. Son but était de soumettre une proposition méthodologique cohérente et multidisciplinaire pour connaître la continuité des actions développées face aux

axes de travail ciblés par PRESST-NEXT (Estryn-Behar, Le Nézet et Duville, 2004). La recherche PRESST-NEXT avait, quant à elle, comme objectif de mieux comprendre le départ prématuré des soignants.

Trois principaux axes dans la conclusion de PRESST-NEXT (Estryn-Behar, Le Nézet et Duville, 2004) concernant l'échantillon français de soignants étaient signalés : les TMS[8], les contraintes temporelles et la capacité d'accorder du sens positif au travail réalisé. Ces axes de travail semblaient prioritaires dans la compréhension du départ prématuré des soignants en contexte hospitalier en France et devaient donc être cible d'investissements et de développements dans le domaine « santé-environnement et santé-travail ».

L'originalité de l'équipe et du projet reposait dans les échanges interdisciplinaires que la question « santé et travail » mobilisait (médecine du travail, clinique du travail, psychologie sociale, sociologie du travail). Cependant, la compréhension de la commande par les différentes disciplines a eu des effets sur les possibilités d'élaboration de la problématique, et sur la méthodologie retenue. Le projet qui visait un échange interdisciplinaire s'est vu divisé, tant pendant son élaboration que lors sa mise en place. De multiples sous projets ont été mis en avant : les terrains sont devenus des territoires de chaque discipline avec ses méthodes respectives. La difficulté de s'approprier une façon de faire partagée, tout en délimitant les complémentarités possibles et même souhaitables entre les disciplines, a provoqué la segmentation des façons de faire sur les terrains.

Dans sa reformulation de la commande de l'ANR, l'équipe avait souligné la difficulté de problématiser la question de l'accompagnement et de la promotion des changements concernant les conditions de travail des soignants. Aussi, l'équipe avait déplacé la commande, en proposant d'analyser la manière dont les professionnels de santé s'appropriaient l'information produite par les chercheurs pour mettre en œuvre des dispositifs de réduction des risques et d'amélioration des conditions de travail. L'objectif est ainsi devenu celui de suivre, dans la durée, les effets de cette appropriation des connaissances et d'analyser les processus de changement (ou de dévoiement, de résistance), en articulant les dimensions institutionnelle, organisationnelle (approchée à travers les théories de la régulation) et les

[8] TMS – trouble musculo squelettique.

dimensions psychologique, symbolique et affective. Le résultat attendu est devenu une connaissance approfondie des conditions permettant à la diffusion de connaissances scientifiques sur les risques professionnels de déboucher sur des actions efficaces de réduction des risques, via l'implication des acteurs dans le processus de changement.

Ce déplacement d'objectif a opéré également une transformation de la méthodologie de la recherche : privilégiant le recueil des données, les chercheurs se plaçaient à l'extérieur de toute organisation du dispositif de changement. L'épistémologie sous-jacente à la méthode de l'équipe était positiviste. Malgré la proposition d'une méthode qualitative et d'immersion dans le contexte hospitalier, la place accordée au chercheur était à l'écart de toute contribution aux dynamiques de changement. La place du chercheur n'était plus celle d'une position d'échange, de confrontation et d'élaboration conjointe (recherche-action) mais une posture de réserve, de jugement sur les phénomènes d'appropriation (observation) (Dubost et Lévy, 2006). Cependant, dans les observations menées et les entretiens semi-structurés, la question de l'observation comme intervention s'est trouvée posée (Michelot, 2006). Nous y reviendrons.

La démarche d'enquête a consisté dans la sélection de trois sites présentant des conditions favorables pour l'observation et pour la réalisation des études de cas approfondies. Les trois terrains négociés au long de la première année par trois membres différents de l'équipe sont le Pavillon Mère Enfant (PME) au sein d'un hôpital public, une clinique chirurgicale privée, et un EHPAD avec un financement mixte. Ainsi, notre terrain de recherche s'est centré sur le PME, plus précisément en planning familial et en gynécologie chirurgicale et sociale.

Le deuxième terrain sur lequel repose notre recherche est notre lieu de travail : une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), dans un hôpital d'Ile de France (février 2009 - août 2012). L'EMSP était composée initialement d'un médecin à mi-temps, d'une psychologue et d'une infirmière à temps complet. En avril 2011, la psychologue a réduit son temps de travail, changeant l'organisation de l'équipe en deux mi-temps de psychologue. Finalement en été 2011, le médecin a repris un temps complet à l'hôpital. Cette équipe intervient dans les différents services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. On doit aussi souligner qu'à la rentrée de 2011, l'Unité de soins palliatifs a été inaugurée témoignant ainsi de la volonté l'hôpital de développer les projets entre ville-hôpital dans les accompagnements de fin de vie.

En 2012, l'EMSP a également commencé à développer des actions en partenariat avec les associations d'accompagnement de soins palliatifs en ville. Deux actions ont été visées par l'EMSP dans ce partenariat : le rapprochement du lien avec les associations visant une continuité dans les soins des patients lorsqu'ils étaient à domicile et des actions d'accompagnement autour d'autres institutions, notamment des EHPAD[9] et des MAS[10].

Tout au long de leur travail, les professionnels composant l'EMSP ont bénéficié de dispositifs d'analyses de pratiques. Ce cadre de réflexion institué à raison d'une fois par mois, regroupait les divers professionnels en EMSP des institutions qui composaient le réseau de cette région. Ce groupe fermé et sécurisé permettait la continuité de la démarche réflexive dans la pratique de l'ensemble des équipes mobiles. Des thématiques variaient entre le dispositif d'intervention du binôme, les cas cliniques complexes, les enjeux institutionnels et interinstitutionnels affectant et transformant les pratiques des équipes.

Au fur et à mesure que se mettaient en place les activités d'accompagnement des équipes**,** des échanges se sont tissés entre la psychologue et l'équipe demandeuse. Différents espaces d'élaboration permettaient une construction progressive et, selon la demande, une restitution de notre compréhension de la situation élargie (analyse institutionnelle) dans l'après-coup. Au-delà de l'équipe demandeuse, cette co-construction s'est développée au sein même de l'EMSP, en analyse de pratiques, pendant le contrôle de la psychologue ou lors de la lecture théorique. Ainsi, ces différents échanges affinaient les représentations et les analyses, soumettant de nouvelles hypothèses de travail à l'équipe qui portait la demande.

Notre activité de recherche n'a jamais été formellement reconnue, même si elle a été souvent demandée et soutenue par les différentes équipes des services à l'hôpital et même par l'EMSP. Le travail d'intervention co-constructive dans les services, et discuté largement dans l'EMSP a pu s'inscrire dans une perspective de recherche-action avec l'instauration d'une production écrite sur des situations problèmes. Ce travail d'écriture mis en place par la psychologue a permis un retour réflexif dans l'ensemble de l'équipe qui a commencé à écrire et pu évaluer, dans l'après-coup, son action autour des cas les plus complexes. Ainsi, ce n'est

[9] Etablissement pour des Personnes Handicapées Agées et Dépendantes.

[10] Maison d'accueil spécialisée.

que lors de la dernière année passée dans ce poste, que la décision d'instaurer des études de cas, pour permettre un avancement de la recherche sur l'accompagnement de fin de vie, a été formalisée dans l'EMSP et dans le collectif plus large du réseau.

Les rapports entre la commande et la demande

Dans le premier « terrain », la commande était externe, émanant initialement de l'ANR, et ce sans demande explicite des unités hospitalières. La posture et les méthodes adoptées, tout au long de ce travail de recherche, ont été essentiellement l'observation de l'activité de travail, de la vie des services et la conduite d'entretiens individuels et collectifs. La durée de notre présence (quatorze mois), et les échanges développés tout au long de ce travail, ont permis une immersion dans les équipes et la construction de relations de confiance indispensables à la collaboration.

Il n'était pas question pour l'équipe qui avait conçu et négocié ce terrain en janvier 2007 de conditionner la réalisation de la recherche à une demande de l'institution. Aussi, les hiérarchies ne se sont pas senties impliquées dans la recherche, aucune perspective de mise au travail complémentaire avec les chercheurs n'était évoquée pendant les négociations. Ceci, du coup, façonnait les rapports entre commande et demande, le rôle du chercheur et de son objet de travail, ainsi que les résultats possibles de cette recherche. Contraint à une méthodologie positiviste, le rôle du chercheur était compris comme neutre et non intervenant. Dans l'EHPAD en zone rurale seulement, une demande d'amélioration des conditions de travail avait été adressée par l'encadrement de l'établissement aux membres de l'équipe de recherche.

J'ai rejoint cette équipe de recherche en mars 2007 et me suis conformée à la méthode préalablement définie par les membres de l'équipe : une observation dite « neutre » des personnels soignants. Ce qui m'a amenée à prendre en compte les effets de mon observation sur les professionnels et sur moi-même.

Dans l'équipe mobile de soins palliatifs, mon travail de psychologue s'est réalisé avec des équipes et ce à partir de demandes émanant de différents acteurs (médecins, soignants, encadrement) dans les services ; ces demandes portent essentiellement sur des situations

critiques d'accompagnement de la fin de vie. Les interventions réalisées dans ce cadre se sont déroulées tant auprès des patients et de leurs familles que des équipes professionnelles.

Au long des trois ans et demi passés dans ce poste, la demande d'un travail d'accompagnement psychologique des patients a été déplacée vers une demande plus centrée sur le travail des différentes équipes médicales et soignantes dans l'élaboration des ressources symboliques face à la mort. Il a été question tout d'abord de répondre à des demandes différentes des patients, relayées par des médecins et des soignantes. Cette période fut riche pour connaître les patients dont l'équipe se défendait et formuler les hypothèses de travail « sur mesure » pour chaque équipe, sur la construction des alliances qui organisaient les défenses groupales contre la mort. Par la suite, la demande s'est construite par la mise en place des discussions informelles en équipe, suite à des accompagnements de fin de vie, indépendamment du jugement porté par l'équipe sur le travail fourni. Cette demande a pu être formulée grâce à la présence de la psychologue dans différents espaces d'échange, lors des discussions en staff, pendant les pauses, les transmissions. Les passages en binôme avec l'infirmière et la présence pendant les discussions médicales sur le traitement de la douleur des patients ont aussi permis de construire la confiance nécessaire pour parler de la peur des situations ingérables, angoissantes, envahissantes. Dans un troisième temps, les discussions en équipe élargie ont été sollicitées formellement par les médecins, ou l'encadrement du service, notamment lors des accompagnements qui provoquaient de la souffrance au sein de l'équipe. Finalement, le déplacement du regard des professionnels participant au binôme sur leur propre activité à été le centre d'intérêt dans cette recherche action.

Durant les deux premières années, les équipes qui manifestaient le plus leur désir de travailler avec la psychologue, étaient celles de médecine interne, de soins de suite, de l'hôpital de jour, d'oncologie, de gastro-entérologie et d'ORL / chirurgie viscérale. La dernière année, suite à l'éloignement du chef de service malade, le service de pneumologie cardiologie s'est aussi manifesté.

Sur nos deux terrains, Pavillon Mère Enfant, et Equipe Mobile de Soins Palliatifs, malgré la différence de notre statut, quelques points communs relatifs à la méthodologie méritent d'être soulignés, afin de situer la place du clinicien chercheur.

Bien que les rôles du chercheur soient dans les deux cas nettement différenciés, la position de dedans-dehors des équipes et services est à construire : dans le Pavillon Mére-Enfant, il s'agit de négocier l'entrée « sur le terrain », de s'y faire accepter et de prendre en compte les demandes implicites qui soutiennent la coopération (demandes de reconnaissance, d'arbitrage, d'élaboration …), et ce afin de passer d'une observation extérieure à une participation à la dynamique des équipes pour développer, par la suite, un regard réflexif.

Dans le deuxième cas, celui de l'accompagnement palliatif, il s'agit d'acquérir une distanciation à partir d'une position initiale de participation, d'immersion complète liée à la fonction occupée, et de faire reconnaître et accepter une autre activité partagée que celles associées aux tâches de chacun : une activité d'analyse à la fois des enjeux de la confrontation à la mort dans les services, et des jugements portés sur le travail attendu et le travail réalisé. Le psychologue-chercheur, n'appartenant pas aux équipes auprès desquelles il intervient, on retrouve ici cette position d'entre-deux, dedans – dehors. Position qui permet au chercheur d'être un instrument pour le questionnement du travail réalisé dans ces différents services.

Les dispositifs mobilisés sur le terrain

Deux méthodes pour comprendre les enjeux du travail en gynécologie : observation et entretiens

Au CHU de Normandie, j'ai été affectée au service de gynécologie. L'argument de cette désignation résidait dans la difficulté générale du collègue chercheur sur ce même hôpital à observer cette unité, reconnue comme « difficile » par l'encadrement. Les difficultés pour observer cette unité sont apparues liées au fait qu'il s'agissait d'une unité moins investie et moins prestigieuse aux yeux de l'encadrement, et de mon collègue chercheur.

Pendant les observations du terrain, je me suis déplacée à l'intérieur de la méthode préconisée par le groupe de recherche. Ce déplacement s'est opéré doucement, pour favoriser une adaptation dans une continuité à long terme sur le terrain. Les observations prenaient de plus en plus l'allure d'une observation participante (Lapassade, 2006). Ce déplacement a pris forme à trois moments différents, selon des périodes délimitées avec des enjeux distincts. Elles ont permis des formulations face aux difficultés affrontées.

Une deuxième méthode a été mise en place de façon concomitante : des entretiens individuels auprès des soignantes. Ces phases et les personnes engagées à chaque période sont révélatrices du parcours de cette recherche.

1. Les trois étapes développées pour la mise en place d'une observation plus participante

    1.1 Le cadre de l'espace commun.

Ce cadre méthodologique d'observation contient l'esquisse du déplacement méthodologique par rapport à la consigne donnée par l'équipe de recherche. La méthode d'observation prescrite semblait amputer justement la dimension de profondeur que l'on cherchait à avoir : tout observer ne signifie pas nécessairement tout comprendre sur la complexité des enjeux dans les activités réalisées en gynécologie. Je me suis, dans un premier temps cantonnée au « cadre de l'espace commun » pour poser les jalons pour travailler, à moyen terme et en profondeur dans une relation de confiance.

Dans cette période initiale de six mois, je me suis limitée à accompagner les activités dans les espaces communs du service : le couloir pendant la visite médicale, le bureau des infirmières, l'office et la cuisine, les escaliers pendant leur « pause clope ». Les activités étaient en grande partie les transmissions, organisation des repas, des chariots des AS et ASH, les discussions entre soignantes elles-mêmes, entre anesthésistes et soignantes, entre internes et soignantes. Cela a permis de comprendre les routines, le décalage des charges de travail entre les différentes catégories de soignantes et les rapports entre médecins et soignantes en gynécologie.

Mais, en restant dans les espaces communs pendant six mois, j'étais privée d'une partie du réel de l'activité, celle réalisée dans les chambres des patientes. Cela signifiait que j'étais prête à entendre ce que l'équipe voulait que j'entende et que je sache, par rapport à ce qu'elle préférait ne pas m'avouer, du moins au début de la relation. D'autre part, en gynécologie, il y a eu des tentatives pour provoquer mon déplacement de mon rôle d'observatrice vers celui de psychologue du service, notamment par les internes, mais aussi par quelques soignantes. La ruse d'observer les « espaces communs » me permettait un étayage pour refuser ces demandes.

Sur un plan plus personnel, cette étape m'a servie de support pour rentrer plus tard dans les chambres et être confrontée à des aspects auxquels j'étais très sensibilisée, notamment des traces physiques déstabilisantes sur les patientes et l'angoisse de mort des soignantes. Ainsi, je me suis préservée de ce que je craignais être un terrain difficile.

Le type d'observation réalisée ici s'approche du modèle choisi par l'équipe de recherche.
En effet, en arrivant en gynécologie, je me suis vite aperçue que les professionnelles de ce service ne s'étaient pas rendues à la présentation des résultats PRESST-NEXT. Ma position de chercheuse était donc « hors cadre ». Les soignantes que j'étais censée observer n'avaient aucune compréhension du pourquoi ni du comment j'étais arrivée là. En essayant de m'insérer dans l'équipe pluridisciplinaire de recherche, j'ai été contrainte d'adopter cette méthodologie du « hors cadre », sans pouvoir recadrer ma place dans cette recherche, ni éclaircir mon rôle avec l'équipe de gynécologie.

C'est ainsi que j'ai fait le choix de sacrifier la mise en perspective de mon cadre de travail, la visibilité de la recherche et la possibilité d'un travail avec la hiérarchie et les soignantes. J'ai donc décidé de travailler dans une « co-construction empêchée », à travers une construction de mon rôle avec les soignantes, dans des échanges en dyades ou petits groupes. L'empêchement ne se jouait pas autant du côté de mes activités avec les soignantes, que face à la hiérarchie. Cependant, ce manque de reconnaissance de mon activité et de ma place, permettait différents « usages » du chercheur, notamment liés au règlement de compte avec la hiérarchie. Ces usages pouvaient me mettre à distance, « dehors », ou comme objet persécuteur, allié de l'encadrement. J'occupais également une place à l'autre extrémité, étant sollicitée comme confidente, « dedans », risquant d'être instrumentalisée au regard des négociations avec l'encadrement.

1.2 La phase d'intégration : entretiens sur le lieu de travail.

Confrontée à des moments tendus dans le rapport avec l'équipe en gynécologie - soit par une exclusion inconsciente due à la surcharge de travail, soit par la position défensive de l'équipe qui rendait difficile l'accès aux débats sur leur travail - la stratégie de me déplacer physiquement a étayé mon déplacement psychologique dans l'appropriation du terrain. L'alternance du « dedans dehors », a servi de base dans le décalage psychologique des angoisses perçues par le chercheur-clinicien, face au terrain, et à propos de la méthode utilisée.

Le déplacement était devenu un recours « transitionnel » dans la contenance de la démarche d'observation « sans échanges », et face au sentiment persécuteur massif que je ressentais. Mon choix conscient de faire des allers-retours dans d'autres services liés à la gynécologie, était initialement motivé par l'écart physique du secteur des IVG. Néanmoins, ce déplacement a pris d'autres tournures et il a eu deux conséquences sur l'engagement de l'équipe en gynécologie. D'un côté, cela semblait atténuer le ressenti des soignantes face à moi, chercheur, ce qui a pu faciliter les échanges, triangulés cette fois-ci par les discussions sur le parcours des patientes. D'un autre côté, une déprise de mes attentes de relations avec les soignantes en gynécologie s'est ainsi opérée par mon déplacement.

Un deuxième événement a permis paradoxalement mon insertion sur ce terrain. Ultérieurement aux épisodes décrits ci-dessus, j'ai dû quitter le terrain pendant deux mois (entre août et septembre 2007). Cette absence non intentionnelle, puisque liée à un

dérèglement des défraiements sur mon nouveau contrat, rendait impossible mon accès au terrain. Ainsi, cette période d'absence a permis, comme le mécanisme basé sur le jeu de la « bobine », un rapprochement immédiat avec l'équipe de gynécologie à mon retour. Lors de mon « retour » dans le service, début octobre 2007, les soignantes se saisissent de mon rôle de chercheur et m'invitent à observer plus clairement leur travail, à travers quelques situations critiques.

1.3 La découverte de l'activité réelle auprès des patientes

En me rapprochant des soignantes, j'ai eu accès au plus près de leurs activités. Au départ, cela signifiait notamment une plus forte exposition aux situations de tension entre soignantes et médecins dans des espaces communs. Néanmoins, à mesure que les situations contraignantes étaient mises en évidence, observer « l'intimité » de leurs activités semblait envisageable. Cela s'est produit d'une façon telle que les liens de confiance entre les soignantes et moi-même se sont développés. L'invitation de quelques infirmières à être observées pendant qu'elles dispensaient des soins aux patientes, avait au départ, par réciprocité convoqué en moi une position plus active, qui m'autorisait à faire ainsi la démarche auprès d'autres soignantes.

Durant cette phase, je voudrais souligner deux aspects, liés entre eux, que j'ai vécus en rentrant dans les chambres. En premier lieu, la forte sollicitation de mes propres affects lors des observations et des discussions entre soignantes et patientes. Deuxièmement, la suspension de ma démarche d'observation-participante et le recours à une observation à distance, presque neutre.

L'effet de cette phase a engendré en moi une forte tension et un débordement affectif, liées à la dimension réelle des soins auprès des patientes en gynécologie. Néanmoins, j'étais étonnée par l'imprévisibilité de cet effet sur moi, confrontée à la lourdeur psychique des échanges et des soins réalisés auprès les patientes. L'effet de ce débordement affectif en moi-même a mobilisé un comportement défensif, ce qui m'a replacée dans une posture méthodologique de retrait, ou d'une moindre participation pendant mes observations dans les chambres. Au lieu de saisir mon propre vécu face aux difficultés dans les situations de travail, j'ai essayé de contenir ma propre tension, pour tenter de la maîtriser. Mon but consistait surtout à ne pas perdre le cadre de travail, afin de reprendre ultérieurement, dégagée de mes propres émotions, un échange avec les soignantes, leur permettant d'accéder aux affects amputés dans la réalisation de leurs activités. Ce n'est que dans cette phase que j'ai pu me rendre compte du

manque d'échanges entre les soignantes et moi et probablement entre les soignantes elles-mêmes, sur leur travail. Cette nouvelle phase m'a permis aussi de comprendre la complexité de la « mise au travail » des soignantes en gynécologie.

Le fait que les soignantes elles-mêmes, à de rares exceptions, ne me présentaient pas à leurs patientes excluait toute possibilité de discussion pendant l'observation avec moi. Au départ, ceci m'a bien servie de protection me permettant de me remettre d'observations difficiles où je me sentais « scotchée » dans une situation pénible. Néanmoins, au fur et à mesure que le temps passait, ne plus absorber l'angoisse des patientes, ni des soignantes s'est imposé à moi et s'est décliné selon deux schémas. Le premier, cas idéal, où avant d'entrer dans la chambre, une discussion sur les anticipations des soignantes se mettait en place ; je devenais ainsi source de soutien avant et après la réalisation de l'activité. Dans des situations moins idéales, je subissais avec la soignante la situation dans la chambre et essayais, dans l'après coup de mettre des mots sur les affects éprouvés, tout en permettant à la soignante d'évacuer son ressenti.

2. Les entretiens enregistrés

Les entretiens enregistrés n'étaient pas facilement obtenus par l'ensemble du personnel en gynécologie. Toujours méfiantes à propos du contrat passé avec la hiérarchie, les soignantes n'ont pas adhéré rapidement à cette proposition. Les quatre questions ouvertes posées concernaient le parcours professionnel de chaque soignant, les activités considérées comme valorisées et celles qui représentaient le « sale boulot ». Finalement, j'interrogeais les convocations mutuelles entre vie au travail et sphère privée. Beaucoup d'entretiens ont été faits sans enregistrement. Cependant, la mise en place d'un préambule aux entretiens assurant la confidentialité et de multiples discussions individuelles préalables sur mon rôle de chercheur pour l'ANR ont contribué, avec le temps, à l'acceptation de cette modalité méthodologique. Vingt-trois soignantes l'ont acceptée parmi les trente-cinq soignantes du service, toute catégorie et quarts de travail (jour et nuit) confondus. La seule cadre (de proximité) du service a également répondu positivement à cette sollicitation, comme cela figure dans le tableau ci-dessous. Quelques soignantes ont voulu se protéger en acceptant mais hors de leur lieu de travail.

L'appropriation par chaque catégorie professionnelle de ces entretiens n'a pas été identique. Si d'un côté les AS, les ASH et l'encadrement ont voulu s'entretenir dans l'espace de travail,

où dans le CHU, l'inverse se passe lorsqu'on analyse la catégorie des infirmières. Cela sera plus loin, l'objet de discussion. De la même façon, toutes les catégories ne se sont pas engagées au même moment dans ces échanges. Si les infirmières ont entamé cette étape en l'inscrivant dans des petits groupes au début novembre 2007, ce n'est qu'en fin de ma période au terrain, en juin 2008, qu'elles ont individuellement accepté l'entretien. Les AS et les ASH, en revanche ont participé à cette étape tout au long de l'année, notamment depuis la fin 2007 jusqu'à la fin mai 2008. Le mois d'avril 2008 ayant concentré un plus fort nombre d'entretiens pour ces deux catégories.

Un mot sur les soignantes qui ont décidé de ne pas participer aux entretiens. Il s'agit là d'une question complexe, qui résulte des rapports d'engagement entre chacune des soignantes et moi, chercheur. Dans quatre cas (toutes catégories confondues, mais pendant le quart de jour), les raisons empêchant l'accès aux soignantes ont été limitées au manque de chevauchement d'horaire entre ces soignantes. Parmi celles-ci, deux infirmières étaient en congé maternité, une AS en arrêt-maladie de longue durée et une ASH en arrêt-maladie. J'ai dû me résigner à interviewer les deux remplaçantes infirmières en raison de la particularité de ces contraintes du terrain. Pour les cinq soignantes du quart de la nuit, mon absence a rendu difficile la formation d'un lien de confiance et donc, l'obtention d'informations enregistrées. De même, une AS de journée, a notamment participé aux discussions individuelles et en groupe sans m'avoir jamais accordé d'entretien enregistré. Ma position parfois fragile, dans l'équipe, m'a également rendu difficile l'enregistrement des entretiens avec deux infirmières et une ASH. Finalement, les dynamiques défensives dans les « clans » d'ASH ont fait que pour deux d'entre elles, j'ai été perçue et ensuite figée comme le « mauvais objet », avec lequel il fallait éviter toute discussion. Ces jeunes ASH en difficulté pour trouver leur place devenaient ainsi des relais amplifiés et provoquaient des ressentis conflictuels dans les équipes soignantes élargies.

Lieu d'entretien		*Catégorie Professionnelle*		
	Agents de service hospitalier (ASH)	Aides-soignantes (AS)	Infirmières (IDE)	Cadre de proximité (IDE faisant fonction)
Total entretiens / total personnel en gynécologie	5/8	8/12	8 /15	1/1
Personnel d'un autre service	1Remplaçante ; 1 UGP[11]	1Remplaçante	1 ancienne IDE[12]	
Sur le lieu de travail	5	8	2	1
Hors service au CHU	1	0	0	0
Hors service à domicile	0	0	3	0
Hors service dans un café	0	0	4	0
Total entretiens réalisés (24)	6	8	9	1
Observations	1 entretien avec 2 ASH	1 entretien avec 2 AS	1 entretien avec 3 IDE	

Tableau 1 : Entretiens enregistrés de toutes les catégories professionnelles en service de gynécologie contenant le lieu d'entretien et le nombre de soignantes.

2.1 Cadre pour passer les entretiens : un départ inattendu au domicile

L'étape de passation des entretiens a commencé par les infirmières au début novembre 2007. Depuis le départ, le cadre des entretiens avec cette catégorie infirmières a « glissé » quant aux

[11] Cette aide-soignante connaît bien le service, puisqu'elle est encore aujourd'hui sporadiquement affectée en gynécologie, par faute d'un manque de personnel AS/ ASH.

[12] L'infirmière a travaillé pendant longtemps dans le service de gynécologie, et est aujourd'hui affectée au service de consultations externes.

lieux de leur réalisation. Les infirmières m'ont proposé de réaliser l'entretien à la fin du quart de travail, à l'extérieur, dans un café en ville, pour enfin converger vers leur domicile. Je m'y suis initialement opposée, craignant de perdre le cadre de mon activité de recherche, mais je me suis permis de suivre cette proposition pour mieux comprendre les enjeux de leur demande.

Les entretiens passés au café et au domicile avec les infirmières ont tous eu lieu après un épisode dans lequel je me suis sentie très concernée et impliquée. C'est-à-dire, la perte du cadre dans la passation des entretiens avec les infirmières pourrait être mise en relation avec le développement de la recherche « hors cadre » évoqué auparavant. J'ai alors éprouvé la difficulté de construire « une bonne distance » (Revault d'Allonnes, 1986 ; Samalin-Amboise, 1986) pour porter mon cadre. Le manque d'appui de la hiérarchie pour réaliser les entretiens au travail dénonçait les rapports entre la hiérarchie et les soignantes : les infirmières géraient le service à défaut d'un important turnover de l'encadrement de proximité.

Dans un renversement de rôles, j'ai éprouvé le besoin qu'elles m'acceptent pour rester dans l'équipe et pour pouvoir continuer la recherche, ce sont les infirmières qui ont choisi leurs lieux d'entretien. Ce déplacement de lieux recouvrait un déplacement d'ordre symbolique. Ainsi, l'importance accordée aux activités et aux « ruses » utilisées pour « boucler leur quart de travail » a occupé un deuxième plan derrière la personnalisation des enjeux.

Le cadre de recherche neutralisé, les rapports affectifs (duels) se sont installés. Cette absence du cadre de recherche institutionnellement reconnu, a empêché un retournement réflexif par cette catégorie. Il serait aussi juste de dire que le manque d'encadrement de la recherche a dépassé le dispositif de l'entretien et a même favorisé la tension et la rivalité entre les infirmières et moi. Avec le recul, ce manque de cadre me paraît avoir autorisé les infirmières à manifester leur désir de créer une alliance avec moi, pour m'inciter à prendre parti dans des disputes personnelles intra catégorie.

D'autre part, ce manque de cadre a également favorisé une alliance de quelques infirmières avec moi centrée sur l'effort de se rendre plus disponible, pour exposer son ressenti vis-à-vis de la qualité du travail réalisé. Le degré de proximité était également lié à la confiance et à l'abord de « sujets personnels ». Dans ces cas, une compréhension du chevauchement entre

vie privée et vie professionnelle est apparue. Ces entretiens m'ont aidée, malgré le détournement du cadre, à élucider les empêchements dans la réalisation des activités des infirmières, ainsi que les dynamiques de groupe à l'œuvre dans cette catégorie professionnelle.

Une mention particulière doit être réservée à une infirmière avec qui je me suis entretenue à plusieurs reprises chez elle, et qui était devenue « interlocutrice privilégiée » pour la compréhension du terrain. Le fait que cette infirmière était partie prenante dans les luttes entre « clans », m'a fait basculer dans le champ d'un des groupes très tôt dans la recherche. J'ai dû faire l'effort de rompre l'alliance prétendue, tout en gardant la neutralité de mon rôle d'observatrice. Les conflits successifs à la fin du terrain et mon implication directe dans la question de l'observation d'une remplaçante, ont fait se renverser la relation d'alliance entre son « clan » et moi. Cette expérience m'a permis de progresser sur la relation entre contre transfert et distance entre chercheur et soignantes.

2.2 L'engagement progressif des AS et des ASH sur le lieu et leur temps de travail

Malgré l'engagement des infirmières au début des entretiens enregistrés, ce sont les AS suivies par les ASH, qui se sont rendues d'abord disponibles pour amorcer avec moi les discussions sur leurs conditions de travail. Les AS se sont engagées, au fur et à mesure que j'établissais des liens de confiance avec elles, mais aussi avec des membres appartenant aux différents « clans » dans l'équipe des infirmières. Il s'en est suivi une succession progressive d'entretiens enregistrés entre février 2008 et début mai 2008.

En ce qui concerne les ASH, leurs engagements vis-à-vis des entretiens enregistrés se sont réalisés plus lentement, mais cela n'est guère représentatif de leur envie d'exposer leurs conditions de travail. Malgré une énorme quantité d'entretiens non enregistrés parmi ce personnel, le lent engagement peut s'expliquer par le fait que je ne me sois pas attardée sur cette catégorie professionnelle. Ce n'est qu'en avril 2008 que les membres d'un des « clans » des ASH se sont appropriés cette proposition d'entretien comme espace de parole. Le « clan » opposé s'est manifesté plus tard au mois d'avril 2008.

Un mot sur la qualité des entretiens passés avec les AS et les ASH : une forte pénurie de personnel a généré des réaménagements à l'intérieur des équipes et des interruptions constantes liées à leurs vies privées. Les AS n'ont pas tenu les mêmes propos par rapport à l'entretien que les ASH. Proportionnellement étant les plus nombreuses des trois catégories professionnelles, les AS ont réussi à tenir le cadre de l'entretien, se focalisant toujours sur leurs activités. Les ASH, en revanche, subdivisées en « clans », ont eu plus de difficulté à participer aux entretiens et à s'approprier cet espace comme lieu de discussion d'une dimension collective. Les ASH ont constamment ramené les aspects personnels dans les empêchements du « faire collectif ».

Par rapport aux infirmières, les AS et ASH ont passé leurs entretiens pendant les horaires de travail. Néanmoins, il a toujours été question qu'elles s'arrangent entre collègues, pour passer l'entretien, tout en assurant le travail du quart. Il n'y a jamais eu de négociation menée par moi auprès de la hiérarchie, pour décharger les soignantes pendant leurs horaires de travail. Ainsi, la méthode de l'entretien utilisé est restée « illégitime » tout au long de la recherche, aggravant le manque de reconnaissance par la hiérarchie, de la pénurie des personnels dans ces catégories professionnelles. Du coup, ma place en tant que chercheur a aussi subi un manque de reconnaissance, faute de n'avoir pas recadré la place de l'entretien dans le contrat de recherche auprès de la hiérarchie.

2.3 Les entretiens avec les cadres sur les lieux de travail.

L'entretien enregistré avec l'encadrement de proximité a eu lieu lors de mes dernières visites en gynécologie. Cette cadre était au départ extrêmement coopérative dans la recherche, et voulait participer, en tant que soignante, à l'enquête. Il faut souligner qu'elle avait rejoint l'équipe en fin 2006 en qualité de cadre « faisant fonction ». Sans avoir vraiment construit sa place, elle s'est appropriée les plaintes de ses soignantes pour mettre en évidence sa souffrance et ses difficultés avec la hiérarchie.

Pendant l'année, j'ai pu établir facilement un contact avec cette cadre et avoir avec elle quelques entretiens sans les enregistrer, j'ai pu ainsi vérifier un changement dans son discours. Elle était exclue, par l'équipe d'infirmières, de presque toutes activités en gynécologie pendant l'année. Elle s'est déplacée d'un rôle de proximité avec son personnel

pour se situer à distance des souffrances et des plaintes des soignantes, et s'est investie du rôle hiérarchique. Elle a repris un rôle de médiatrice, objectivant ainsi les enjeux entre la pénurie des équipes et les possibilités de ressources et de moyens hospitaliers. Ma position par rapport à cette cadre s'est également éloignée avec une insertion plus approfondie dans les activités de l'unité de gynécologie. Néanmoins, la relation reposait sur de la reconnaissance et du respect.

En revanche, ma posture avec l'encadrement supérieur était complètement distante. Cet éloignement étant dû à mes observations du travail des soignantes en gynécologie, où cette cadre supérieure était rarement, mais aussi parce qu'elle était la cible principale des plaintes sur l'aménagement des conditions de travail, autant par les soignantes que par son encadrement de proximité. J'ai voulu garder de la distance et protéger mon autonomie d'une possible alliance avec elle. À partir de mi-mars 2008 je lui ai proposé un entretien. Elle s'est rendue disponible, mais lors du premier essai, je n'ai pas réussi à l'enregistrer. Nous avons eu quatre rencontres, mais aucun entretien avec elle n'a été enregistré. La dernière rencontre avait eu lieu lors de ma visite avant de quitter le terrain, fin juin 2008. En revanche, les entretiens avaient pris davantage la tournure d'une discussion professionnelle, avec une demande de restitution de mes observations. Le cadre informel des premières rencontres avait évolué vers un cadre formel et professionnel. C'est grâce à son adhésion, que le cadre de proximité a accepté de passer l'entretien enregistré, à la mi-juin. Pendant sa réalisation, il n'était pas question de s'éloigner de la trame des questions, bien qu'elle ait beaucoup parlé de son vécu très personnel. Tous les entretiens avec ces deux personnes ont eu lieu dans leurs bureaux respectifs, pendant leur quart de travail.

3. Les espaces de co-construction des situations problèmes en soins palliatifs

Sur le deuxième terrain de cette recherche, dans l'EMSP, il n'a jamais été question d'interviewer les soignantes ou les équipes lors des débats sur les ressources mobilisées autour des accompagnements de fin de vie. L'expression des ressentis, des ressources et des « savoirs faire » a pu se construire grâce à des discussions avec les équipes ou auprès des professionnels en médecine et chirurgie, mais également par le débriefing auprès de l'EMSP. Cet espace de discussion sur la discussion, d'élaboration et d'approfondissement des hypothèses est devenu riche pour chaque professionnel qui y participait.

L’engagement pris et tenu d’un travail d’écriture des cas a également contribué à l’élaboration et la co-construction ; le rôle de l’intervenante dans cette démarche a permis d’inclure l’analyse sur le désir du patient, les stratégies des soignants/ médecins, l’EMSP et la place accordée à l’entourage. La réélaboration dans l’après-coup, en contrôle ou en analyse de pratiques, permettait une vision institutionnelle supplémentaire sur l’accompagnement de la fin de vie, les affects archaïques mobilisés et les enjeux défensifs au sein des équipes. Nous avons utilisé un journal de bord, support pour une réélaboration dans l’après-coup, après restitution à l’équipe porteuse de la demande, sur une situation problème complexe.

L'analyse des matériaux

Méthode utilisée pour les analyses des entretiens et des journaux de bord

L'ensemble du matériel recueilli comprend donc à la fois tout ce qui a été consigné dans le journal de bord (observations des activités et échanges informels) et les thématiques abordées en entretiens. Le traitement du matériel a privilégié dans un premiers temps une organisation par thématiques. Ces thématiques initiales portaient sur l'organisation de l'espace de travail, la hiérarchisation des équipes, le traitement des patientes selon leurs pathologies.

L'analyse des contenus

L'analyse de contenu s'est organisée à partir des lectures cliniques, suggérées en contrôle, supervision de thèse, et par l'attention flottante de la chercheuse pendant la sélection des vignettes cliniques. Un travail inconscient s'est mis en place au fur et à mesure que je me suis prise au jeu de comprendre les situations indéchiffrables pendant le déroulement de la recherche en gynécologie ou lors d'une « intervention ratée » en EMSP (Ben Slama, 1986). Ce jeu, initialement angoissant, car porteur d'un esprit de mise en échec du travail de thèse s'est montré finalement très gratifiant, car de nouvelles compréhensions s'amorçaient dans ce contexte.

La mise en évidence des thématiques

La thématique du traitement des restes permettait de balayer les notes du journal de bord afin d'identifier les différentes situations de « sale boulot ». Ces analyses ont d'abord été organisées selon les périodes de mon insertion, pour être ensuite analysées par catégorie professionnelle des soignantes. Un volume important d'analyses interrogeait le lien entre l'activité et la dynamique des équipes. Deux activités ont été retenues pour leur similitude en terme de tâches, malgré la contradiction de valeurs qu'elles représentaient pour les soignantes. Ces activités relatives aux IMG et IVG en gynécologie.

Les entretiens m'ont également permis des éclairages sur les dynamiques individuelles et collectives. C'est dans ce cadre que mes interventions ont été le mieux identifiées. Il a fallu reconnaître que les échanges entre chercheur et soignante ne suffisaient pas à assurer la co-

construction, mais qu'il fallait aussi tenir compte du regard réflexif des soignantes au moment des gestes et des échanges. Ce qui nous a permis d'être dans la recherche-action.

Cependant, ce n'est qu'avec les analyses plus poussées en soins palliatifs, qu'une analogie entre les situations des deux terrains a pu être formulée. Le lien entre les activités qui confrontent la mort en gynécologie et les configurations groupales (comprenant les analyses des défenses mais aussi des stratégies de dégagement) s'est éclairé à partir des analyses issues du terrain des soins palliatifs. Ainsi, ont été insérés dans le travail de thèse les cas analysés en EMSP.

Les analyses sur les dynamiques collectives autour des différents cas, ont facilité la configuration d'un champ d'intérêt original pour la chercheuse. Comprendre les différents niveaux de sollicitation affective face aux activités liées à la mort, les relier au changement dynamique des configurations, et s'intéresser au traitement des restes, ont pu apporter de nouvelles compréhensions sur ces deux terrains de la gynécologie et du planning familial. Finalement, c'est aussi dans ce terrain que le regard réflexif du chercheur dans son équipe à pu se mettre en place (Faria et Barros, 2011). Ainsi, les questions de reconnaissance de soi au travail ont pu émerger.

Deuxième partie

Résultats et Discussions

Signes de la division morale du travail

Le soin constitue une tâche noble, reconnue et valorisée socialement. Il s'agit bien de neutraliser et d'extirper le mal pour restituer la place à la santé et au bien-être. Mais cette tâche comporte nécessairement une autre face : l'exposition et la manipulation des corps, de ses excrétions, des cadavres, mais aussi le traitement de situations synonymes d'impuissance thérapeutique ou de retournement de la finalité thérapeutique.

La division morale du travail de soins semble bien être ordonnée autour d'une répartition clivant les activités au service de la vie (les activités thérapeutiques, celles des médecins d'abord, des infirmières ensuite) et les activités au service de l'épuration des traces de la mort (les aides-soignantes et les personnels d'entretien) (Lhuilier, 2005). Cette hiérarchisation axiologique et le degré de prestige associé concernent non seulement les différentes catégories professionnelles à l'hôpital mais aussi les différentes spécialisations et services.

La hiérarchisation de ce monde médical, avec les valeurs qu'il reflète, s'exprime parmi les soignantes de trois façons : la hiérarchisation des unités dans l'hôpital, la hiérarchisation des soignantes elles-mêmes et la régulation des activités par les soignantes de façon à redistribuer leurs rôles.

La division physique des services ou unités de soins au sein du PME et en Médecine Interne

Le Pavillon Mère Enfant (PME) comprend plusieurs unités de soins, qui poursuivent des objectifs différents face au cycle de vie de la femme et du nourrisson. Cette division par cycles de vie ou de grossesses porte culturellement des valeurs différentes, et par conséquent des prestiges différents. Ainsi, le PME s'organise hiérarchiquement de façon à attribuer les actes les plus valorisants aux professions les plus prestigieuses.

Les unités les plus prestigieuses dans le Pavillon Mère Enfant, sont d'abord la néonatologie et la pédiatrie, la salle de naissance, le bloc opératoire, les suites de couche et l'obstétrique. Ces services mettent en avant, à différents niveaux, les aspects qui définissent la valeur des activités et des unités dans le pavillon : l'éthique médicale, la présence d'une haute technicité et la valeur économique des activités. Ils occupent les étages les plus hauts du bâtiment. A contrario, l'unité de gynécologie se trouve considérée par l'ensemble des acteurs, comme étant l'une des moins prestigieuses. Elle participe avec l'unité de grossesse pathologique (UGP), l'unité d'assistance médicale à la procréation (PMA), le planning familial, les urgences et les consultations externes aux unités moins prestigieuses. Ces unités sont également placées aux étages les plus bas. La dévalorisation se marque par le biais de la séparation physique, d'une mise à l'écart des services les moins prestigieux. Ainsi, nous explique une psychologue du service : « *…il y a une difficulté de communication entre les étages, en particulier en ce qui concerne les deux premiers (consultation, centre de planification, gynécologie et grossesse pathologique) et les deux derniers étages (salle de naissance, maternité/ obstétrique, néonatologie et pédiatrie)* (Extraits de l'entretien du 23 juillet 2007).

L'étude du travail humain renvoie toujours à la question de la division du travail. Les différentes tâches recensées font partie d'une totalité et l'activité de chacun contribue à la production finale (qu'il s'agisse de biens matériels ou de services). Pour E.C. Hughes, « aucun travail n'est complètement intelligible sauf si l'on se rapporte à la matrice sociale dans laquelle il existe. Dans la plupart des cas, sinon dans tous, le système social ne se réduit pas au cadre institutionnel reconnu, mais comprend aussi des ramifications lointaines et profondes dans la société » (1962/1996).

Dans un article intitulé « Le travail et le soi » (1962/1996), E.C. Hughes souligne que tout travail implique des jugements en termes de valeur et de prestige. Et tout discours sur le travail réalisé comporte une rhétorique de la valorisation de soi et de la distinction avec les métiers voisins. Valorisation et distinction passent par l'occultation, l'évitement, la délégation ou la subversion du « sale boulot ». Cette notion de Hughes retenue ici nous semble féconde, d'un point de vue heuristique, pour explorer l'expérience subjective de ceux qui assument des tâches « du bas de l'échelle de prestige et de désirabilité », ceux à qui le sale boulot, ou une part de celui-ci, a été délégué.

Un deuxième aspect relevé par cette division physique des services concerne le fait que les unités au sein du PME ne bénéficient pas de la même visibilité. C'est-à-dire, les services les plus prestigieux sont organisés de façon à être facilement repérables dans l'ensemble du bâtiment. Ils sont largement affichés et sont organisés de façon concentrée et cohérente dans l'espace physique. En revanche, les unités moins prestigieuses restent éparpillées ou abritent en leur sein des espaces et des activités sans connexion avec leur activité centrale.

L'unité de planification familiale est aménagée de telle sorte qu'elle reste fermée derrière des portes au fond du couloir, derrière l'accueil de la maternité au rez-de-chaussée. Située stratégiquement pour être le moins visible, l'unité est composée d'un secrétariat, quelques bureaux pour les consultations des sages-femmes, des gynécologues et des conseillères familiales. On retrouve aussi dans le même dispositif, la salle de chacune des psychologues du service et de l'assistante sociale. Ces derniers acteurs, cependant, ne participent pas aux activités de l'unité.

D'une façon analogue, l'unité de gynécologie sociale, qui est liée au service de gynécologie chirurgicale, a son petit bloc au fond du couloir du premier étage cloisonné par l'UGP. Cette unité a le bureau de l'infirmière au sein de l'UGP et dispose également de cinq chambres individuelles éparpillées dans les deux couloirs principaux de l'étage, entre les services de gynécologie chirurgicale et l'UGP. Jeanne (infirmière, responsable pour les IVG) m'explique qu'elle a travaillé depuis le début des IVG et qu'avant elle était au sein de l'unité de l'UGP, où les sages-femmes la secondaient la nuit. *« Quand en 1986 le Professeur Ménard est devenu patron du service, il a fait une restructuration, cloisonnant le couloir et les*

cantonnant dans un coin de l'étage ; leurs conditions se sont améliorées très peu depuis. .... La façon de faire était différente de celle de maintenant ... ». (Extraits de l'entretien du 16 juin 2007). Le sale boulot semble être cantonné, dilué de façon à être occulté par l'ensemble des acteurs. Par ces stratégies, les acteurs plus prestigieux ainsi que les unités plus valorisées délèguent et évitent la confrontation à ces tâches.

En sortant du terrain du PME pour regagner le centre hospitalier dans lequel l'équipe mobile de soins palliatifs se situe, cette unité fonctionnelle attachée à la médecine interne est placée à l'étage le plus bas parmi les étages alloués aux unités de la médecine interne (quatrième étage du bâtiment). Elle se situe dans la continuité du service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT). En effet, elle dispose de deux bureaux au fond du couloir, qui ont été cédés par ce service.

Un troisième aspect qui signale une division physique du travail liée aux enjeux moraux, sociaux, mais aussi psychologiques peut être repéré lors d'une différenciation d'aménagement de locaux, notamment en ce qui concerne leur préservation/ dégradation. Cet aspect a été particulièrement souligné en gynécologie par une AS.

Oui ! Voilà, vous c'est de la chirurgie, voilà, c'est la merde. Dès qu'il n'y a pas de bébé, là forcément, voilà. Quand tu vas là-haut, que tu vois comment sont les chambres, et tout, ils ont même des douches dedans, ils ont le tympanique, alors que nous avons des thermomètres qui fonctionnent une fois sur quatre ; quand tu demandes à quelqu'un un lave bassin et ils te disent non, il y a dix ans que les filles réclament quand même, il faut qu'elle l'entende. Moi j'ai l'impression, qu'on n'est pas évaluées, reconnues par rapport à en haut. Et même par rapport au grand… (mentionnant Prof Ménard, le patron) c'est pareil ah, bah lui c'est la maternité, toute est pour la maternité, la maternité, tous, tous, tous, tous, tous ! Tous les budgets vont à la maternité ! Ce n'est pas compliqué… là, depuis qu'on a la surveillante, elle bouge, elle nous a trouvé des remplaçantes, elle nous fait bien des trucs comme ça, mais des fois… Attends, quand même, il faut qu'elle bouge les choses un peu plus.

Extraits de l'entretien avec Katia, AS en gynécologie, le 15 février 2008.

Les unités et leurs professionnels au service du travail le moins valorisé souffrent d'un manque de reconnaissance institutionnelle. Cela se manifeste à travers les différentes stratégies d'occultation et de dilution des tâches dans l'espace physique. Ces stratégies ont une répercussion physique, sociale, morale et psychologique sur les équipes qui y travaillent.

Sur l'autre « terrain », d'une façon similaire, les bureaux de l'EMSP restent vétustes alors que l'ensemble des services en médecine interne a été rafraîchi. Ces bureaux étant d'anciennes chambres de malades, l'aménagement des espaces reste restreint pour l'organisation spatiale de l'équipe. Les deux bureaux sont ainsi partagés par les cinq professionnels qui composent l'équipe et les quatre bénévoles qui y participent. Ainsi, dans une pièce sont organisés les trois bureaux : du médecin, de l'infirmier et des psychologues. Dans l'autre pièce, il est question d'un espace d'accueil de l'ensemble de l'équipe et le secrétariat. La pièce pour l'accueil des familles et la chambre pour l'accompagnant des patients en fin de vie sont partagées avec le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT).

Selon E.C. Hughes (1962/1996), si chaque poste ou chaque métier constitue un ensemble de tâches, on peut explorer à la fois ce qui fait l'unité de cet ensemble, mais aussi la hiérarchie de valeurs associées à chacune d'elles. Quelles sont les tâches considérées comme agréables, gratifiantes ou inversement serviles, indignes, dégradantes? Comment ces tâches sont-elles distribuées à l'intérieur d'une même catégorie professionnelle ou entre différentes catégories ?

Répartition des tâches par catégories professionnelles

Une distinction nous semble importante à soulever dans cette partie. La stratification des tâches par la délégation du « sale boulot », implique la différenciation et la spécialisation professionnelle liées au prestige, aussi bien que la complexification de l'activité. Ainsi, les services les plus prestigieux auront une démultiplication d'intervenants, qui correspond à une plus grosse intensité de division morale du travail afin d'éloigner le « sale boulot » des professions les plus prestigieuses. En revanche, dans les services dont le prestige est moindre, cette hiérarchisation et complexification des professions restent moindres. Nous déclinons de cette réflexion que les services de moindre valeur sociale constitueraient, comme c'est le cas de la gynécologie en PME et l'EMSP pour la Médecine Interne, des zones invisibles pour l'organisation formelle du travail. L'encadrement dans ces services resterait flou, autant en ce qui concerne la prescription des tâches que la détermination de la catégorie professionnelle

qui l'exécute. La place pour la « débrouillardise » serait une caractéristique des unités moins valorisées, ce qui pourrait favoriser aussi l'improvisation et la créativité pour subvertir le « sale boulot ». Jean-Pierre Minary (2006) avait souligné, en citant Villatte, Teiger et Caroly-Flageul (2004), que le manque de clarté, une prescription floue convoquent chacun « à combler ce vide, à s'autoprescrire le travail ». Selon J-P. Minary (2006), cette démarche, ce « recadrage », cette « autoprescription » évoquent à la fois « toute la promesse d'une créativité possible, d'une ingéniosité permise dans la construction des règles du travail ; il y a aussi tout le danger d'accroissement des méconnaissances vis-à-vis de l'autre, de soi ou du travail lui-même » (p.89).

En salle de naissance, sommet technique de la maternité, les sages-femmes dites les « anges » du Pavillon, secondent les chirurgiens et se centrent autour du soin et de la prévention pour garantir le bien être du couple mère bébé avant, pendant et après l'accouchement. Malgré leur appartenance au corps médical, la représentation dans le pavillon est plutôt celle de « soignantes », rabaissées dans leur statut médical pour laisser place aux médecins : *Madame Simon (cadre en salle de naissance) nous suit et nous parle longtemps d'un épisode de conflit entre les sages-femmes et les pédiatres / obstétriciens, notamment, « des problèmes d'arrogance » des médecins face au savoir-faire des sages-femmes* (Extraits de l'entretien du 24 avril 2007). Comme signalé plus haut, plus l'unité est prestigieuse, plus la différenciation entre métiers et tâches sera régulée par l'encadrement.

Dans cette vignette, l'AS exprime la différence dans l'organisation du travail entre deux services : l'obstétrique, plus prestigieux et la gynécologie, service moins valorisé. La hiérarchisation des soignantes et la différenciation des tâches entre les unités sont mises en avant.

Katia - *…Alors qu'elles font le même travail, elles sont dans l'approche des mamans, nous quand on a des césariennes, nous les infirmières sommes dans les approches bébés mamans ; nous aussi, c'est le problème des auxiliaires puéricultrices et des aides-soignantes… Tu vois bien maternité ? Ils font un monde à part, pour qu'on ne demande pas de boire un café ensemble, ils sont tous dans leur truc de changement de rôle, c'est exactement la même chose, c'est complètement le monde à l'inverse…*

Chercheuse – *C'est ça, la formation est la même ;*

Katia - *C'est surtout les sages-femmes, elles n'ont pas la même formation que les infirmières. Mais au départ, avec les auxiliaires on a 6 mois, après 6 mois d'auxiliaires, les disciplines sont les mêmes, non, tu vas là-haut, tu fais à part. Moi, j'ai accouché là-bas, je ne m'explique pas, eh… Ah, non, c'est un monde complètement différent. C'est vraiment : les auxiliaires, enfin les ASH, les auxiliaires, les AS, les SF, les infirmières pour les mamans, parce qu'il y a plusieurs groupes là-haut… alors, qu'ici il y a trois équipes, ça fait qu'un seul bloc, un groupe, là-haut, non.*

Chercheuse – *C'est tout cloisonné, très…*

Katia – *Ah bah, tu verras la différence, eh. Tu vois la différence ? Moi, quand j'ai accouché, j'ai sonné une fois, il y avait le papa, l'aide-soignante, d'un coup ce n'est pas l'AS, c'est l'auxiliaire, d'un coup ce n'est pas la sage-femme, c'est l'infirmière, toujours celle que tu as n'est jamais la même personne. Et puis, pas un mot, eh. Non, là-haut c'est vraiment structuré, on ne se mélange pas, eh. On ne mélange pas les torchons avec les serviettes, comme on dit. Ah non…*

Chercheuse - *Donc, c'est encore plus présent la hiérarchie et tout ça ?*

Katia – *Et puis, je vois par exemple qu'on a d'énormes difficultés quand on a des petits arrêts de journée, à faire descendre quelqu'un de là-haut. C'est ça la chirurgie je ne sais pas, je ne sais pas ce qu'ils ont dans la tête, mais même une aide-soignante qui est là haut, pour la faire venir ici, t'en a très peu. Ils sont bien où ils sont. Je ne sais pas s'ils nous voient comme sales ou si c'est le travail qui leur fait peur, ou par rapport à eux c'est plus dur, je ne sais pas, mais on a un mal de chien. On a l'impression que la gynéco, si tu la mettais dans un pavillon en face, ça serait pareil, eh ! Ça fait le même effet, je trouve… Moi, je dis heureusement qu'on est une bonne équipe, et tous solidaires, parce qu'on aurait une mauvaise équipe, ça partirait en éclats. Ça partirait en éclats complètement….*

… *On pourrait, oui, avec les comportements qu'ils ont, ils pourraient casser une équipe facilement. Mais justement, je pense que ça fait sens contraire.*

Chercheuse – *C'est ça qui vous soude ?*

Katia – *En effet, qu'on a toutes les mêmes opinions et que nous sommes tous d'accord sur les mêmes choses, et je pense que c'est ça qui nous soude.*

Extraits de l'entretien avec Katia, AS en gynécologie, le 15 février 2008.

En nous expliquant la structuration et complexification des intervenants spécifiques à chaque rôle en obstétrique, cette AS compare le manque de structuration en gynécologie, où les trois équipes, « *ça fait qu'un seul bloc* ».

Comme proposé antérieurement, ce manque de définition des tâches semblerait propre aux services moins valorisés. D'ailleurs, nous avons constaté ce flou dans l'organisation du travail dans les services de l'unité pour grossesses pathologiques, où les AS occupent les mêmes fonctions que les ASH. En gynécologie sociale, la tâche d'accompagnement des patientes en IVG est réalisée indifféremment par les AS et les ASH.

En EMSP, le maintien de la fonction transitionnelle par l'équipe est d'autant plus nécessaire que son rôle propre est de venir seconder les équipes dans la confrontation à l'accompagnement de la fin de vie. En utilisant l'expression « fonction transitionnelle », nous prenons appui sur la définition de D. Winnicott (1971/1975) d'un effet sécurisant « suffisamment bon » permettant d'accueillir les allers et retours entre processus primaires (vie psychique interne) et secondaires (perceptions de la réalité des objets et du monde). Cela a pour but de faciliter la capacité d'intégrer les perceptions de la réalité sans se sentir envahi ni risquer de perdre la vie psychique interne. Si cette fonction transitionnelle est la base du travail du psychologue, elle est aussi attendue des autres professionnels dans l'équipe. N'ayant pas d'encadrement, mais des règles intériorisées, les EMSP puisent leur cadre dans les collectifs de travail avec d'autres équipes mobiles de soins palliatifs, les expériences du métier antérieur et par les discussions au sein de l'équipe.

E.C. Hughes (1962/1996) souligne les différents niveaux impliqués dans la signification du travail : la construction du sens du travail implique celui qui le réalise avec ses pairs et les autres professionnels œuvrant à la même « production », mais aussi le système social dans lequel le travail en question s'inscrit et enfin la société à travers la répartition des grandes fonctions qui contribuent à son entretien.

Le prestige social (entendu en termes de reconnaissance) et la désirabilité de chacune des tâches contribuent à diviser les tâches du haut et du bas d'une échelle non plus technique mais de valeurs du travail. L'enjeu ici est celui des jugements portés sur le travail réalisé, sur la légitimité et la respectabilité dans la division du travail. Et, dans cette quête, les professions

cherchent à établir un monopole par le jeu combiné de la délimitation et de la délégation. Cette dernière étant essentiellement entendue comme délégation du « sale boulot ».

L'étude de l'organisation du travail comme division des tâches et des hommes, ou division technique et sociale, doit être complétée par celle de la division morale et psychologique. La division du travail est autant une question de respectabilité (et donc d'image de soi) que de compétences et de savoirs spécialisés.

La délégation des tâches de moindre prestige

La hiérarchisation des activités, des professions et des unités serait d'abord une conséquence des activités autour du « donner la vie », suivie des dispositifs mis en place pour éloigner la maladie et la mort. Ainsi, ces deux axes stratifient à la fois la hiérarchisation du corps médical et paramédical et celle des carrières en médecine et/ ou en soins infirmiers. Par cette logique, la stratification au sein du corps médical en PME est vite dessinée : les chirurgiens se placent au sommet, suivis des anesthésistes, des internes et des sages-femmes. A l'intérieur du corps paramédical, ce sont les infirmières qui occupent le sommet, suivi des aides-soignantes et des agents de service hospitaliers.

Le corps médical est constitué par les chirurgiens au sommet, puis suivent les PUPH (professeurs universitaires praticiens hospitaliers), les PH (praticiens hospitaliers, connus comme des chefs de service) et les CCA (Chefs de Clinique Assistants). Cependant, ceux qui développent les tâches liées à l'obstétrique ont plus de reconnaissance que ceux qui sont attachés aux pratiques des IMG et des amniocentèses. Le « Patron » de la Maternité, un obstétricien, porte le surnom de « Dieu » : il est réputé dans le service pour obtenir « ce qu'il commande ». Le deuxième de la hiérarchie, également professeur universitaire est considéré comme celui qui éradique « ce qui ne va pas dans les grossesses », et qui a beaucoup moins d'autorité et de notoriété dans le pavillon. Il est lui nommé « le nettoyeur ».

Il n'y a pas bien sûr énormément de chirurgiens qui s'intéressent aux interventions médicales de grossesse : il s'agit là du « sale boulot » parmi la gamme des activités techniques développées en chirurgie obstétrique, dans le pavillon. D'autres activités intermédiaires (cœlios pour retirer des cancers, salpingites, endométriose), ne sont pas autant valorisées que celles qui visent à « donner la vie » ; elles tirent leur reconnaissance de la

spécialisation technique d'intervention, reconnue autant par la logique médicale (technique) que par la logique gestionnaire de la « nouvelle gouvernance ».

Selon E.C. Hughes (1962/1996), les « licences et [les] mandats constituent les manifestations premières de la division morale du travail, c'est-à-dire des processus de répartition des différentes fonctions morales entre les membres de la société, individus et catégories d'individus. Les diverses fonctions morales se distinguent par leur nature ou par leur importance » (p.100). Ainsi, « les professions établies – les métiers qui bénéficient d'un grand prestige – ne s'occupent que des besoins qui sont tenus pour légitimes. En médecine, certaines maladies ou certains troubles sont plus respectables que d'autres » (*idem* : 131).

Les mêmes catégories de soignantes ont des statuts différents dans les diverses unités de cette structure. Les différences ne résultent pas uniquement des savoirs formels ou des compétences acquises, mais notamment d'une équation qui a comme variable l'affiliation à un service prestigieux au sein du PME (notamment défini par le critère du « donner la vie »), et qui offre la capacité de faire prévaloir des « mandats » plus valorisants face aux autres professionnels. Ainsi, pour être valorisé, il ne suffit pas d'appartenir à un métier spécifique, mais de pouvoir accéder aux aspects de la profession qui confirment son identité et d'avoir une reconnaissance institutionnelle pour ce qui est réalisé (Osty, 2003). Cela peut se ressentir par les différences faites parmi les sages-femmes, elles-mêmes, lorsqu'elles sont dans différentes unités, car elles « tournent » tous les quatre mois dans le pavillon. Au « sommet technique » - la salle de naissance – elles se sentent plus valorisées par la sollicitation des compétences techniques, malgré la forte tension relationnelle et leur rabaissement par les chirurgiens. Au centre de planification familiale, en revanche, la centralité de leur place vis-à-vis des médecins généralistes ne suffit pas pour compenser la dévalorisation d'être dans cette unité. De plus, leur participation à la consultation externe proche du travail d'une soignante secondant le médecin, très éloignée des activités techniques de la salle de naissance, ne leur confère pas la reconnaissance attendue. De même, cela permet de comprendre pourquoi les AS, qui sont en salle de naissance ne se sentent pas dévalorisées en remplissant davantage de fonctions d'ASH, alors qu'en revanche, en gynécologie, celles qui assument même les activités infirmières – non prescrites parmi les soins du métier – s'interrogent sur leur valeur dans l'institution.

En ce qui concerne les professions paramédicales dans le PME, nous constatons que dans les services d'obstétrique et de gynécologie on y trouve des puéricultrices, des aides-puéricultrices (AP), des infirmières et des aides-soignantes (AS). Les puéricultrices et les AP ne sont présentes que dans les services d'obstétrique, plus proches des unités qui ont pour objectif de « donner la vie » ; tandis que les infirmières, ne sont présentes qu'en gynécologie. Les AS sont présentes dans les deux unités. La place qu'occupent les puéricultrices au sein de leur unité par rapport aux infirmières, en revanche, n'est pas la même. Ayant pratiquement la même formation paramédicale, les puéricultrices occupent la troisième place dans la hiérarchie de leur service (après les chirurgiens et les sages-femmes), tandis qu'en gynécologie ce sont les infirmières qui secondent les médecins. La complexité de la division morale du travail est évidente. Les infirmières en gynécologie ont ainsi un plus fort « mandat » (Hughes, 1962/1996) au sein de leur équipe que les puéricultrices, ce qui élèverait le statut des infirmières et équivaudrait à celui des sages-femmes dans les unités du PME.

La conflictualité entre puéricultrices et sages-femmes est également présente au sein de l'obstétrique, notamment lors des régulations qui doivent déterminer à qui revient la responsabilité des soins du bébé. Cette tâche relève de la compétence des deux catégories professionnelles. Les soins de la patiente, (la mère qui vient d'accoucher), sont davantage relégués aux aides-soignantes. Dans le cas où les patientes sont considérées comme des « cas sociaux », ce sont les ASH qui en assurent davantage la responsabilité, au moins pour l'aspect relationnel du soin. En UGP, en revanche, les médecins ainsi que les sages-femmes ne sont là que ponctuellement. C'est un service où les AS et ASH participent davantage auprès des patientes, ce qui augmente la perspective relationnelle et contribue à la dévalorisation des soins prodigués dans ce service.

En règle générale, les AS, auxiliaires-puéricultrices (AP) et ASH ont le sentiment d'effectuer les tâches les plus ingrates sans bénéficier d'aucune reconnaissance de la part des autres catégories. Cela est néanmoins vécu différemment parmi les équipes. Si en gynécologie, les AS et ASH effectuent des activités relevant de catégories au-dessus de leur grade, en obstétrique, elles semblent particulièrement isolées du reste du personnel, effectuant des tâches strictement ménagères. En salle de naissance, les AS peuvent faire le ménage des ASH, mais vont aussi seconder les sages-femmes. Les configurations de la division du travail dans les trois équipes sont différentes. Cela apparaît évident quand les AS en gynécologie posent

des arrêts « enfant-malade », tandis qu'en obstétrique les AS peuvent les utiliser comme une monnaie d'échange et de revendication de leur reconnaissance au travail.

La gynécologie est le seul service dans le pavillon à n'être composé que par le corps paramédical. Y sont réalisés des soins postopératoires aux interventions sur les systèmes reproductifs et urinaires des femmes, des soins infirmiers ponctuels liés au service de maternité (soins externes) et l'accompagnement de l'IVG, les amniocentèses et les hystéroscopies au petit bloc.

L'objectif de l'unité de gynécologie chirurgicale est de soigner en post-opératoire les patientes ayant subi des interventions du système reproductif ou urinaire. Ainsi, comme cela a été mentionné au-dessus, l'unité de gynécologie est objectivement définie par une thérapeutique qui implique l' « enlèvement » des symptômes de la maladie ou de la mort. Elle est aussi le lieu où les interventions médicales de grossesse (IMG) sont réalisées. Cette unité reste invisible, malgré les réalisations qui résultent des activités des soignantes. Cette invisibilité est l'un des premiers aspects qui permet de mettre en relief la différence de statut de ce service par rapport aux autres, qui ont pour vocation le « donner la vie ».

En gynécologie, les discours abondent autour du vécu du « service poubelle » du PME. L'éloignement des autres unités, la différence de statut entre les infirmières et les sages-femmes, les vécus d'injustice des personnels face à des situations de pénurie constituent autant de formes des discours négatifs qui signent le manque de prestige de cette unité.

Chaque catégorie se plaint d'une forme d'injustice. Ainsi, les ASH et les AS mentionnent la pénurie vécue dans le service, aggravée par le contraste avec les autres unités du pavillon. Les infirmières quant à elles, renvoient les enjeux d'injustice à l'ambiguïté des critères qui président à la répartition des tâches entre les services et notamment aux transferts des « patientes lourdes » en gynécologie.

Oui, parce que l'année dernière, elle (la collègue AS arrêtée) n'a été jamais remplacée, et, elle était arrêtée tout le temps. Elle n'a jamais été remplacée, quoi… une fois toutes les 36 du mois, et encore… C'est vrai que là, il y a eu un miracle, et l'année 2008 va peut-être être bonne, je ne sais pas, mais on a quelqu'un. Mais non, on a l'impression de oui, être de la

merde, pour eux, surtout par rapport à (Mme Evêque, la cadre supérieure)… on a un service de merde ici. On n'a pas à dire ce que l'on veut, c'est toujours pour là-haut, ce n'est jamais pour ici.

Extrait de l'entretien avec Katia, AS en gynécologie le 15 février 2008.

Les besoins de l'équipe élargie des soignantes en gynécologie (infirmières, AS et ASH) sont régulés de façon interne, faute d'une « prise en main » de la part de l'encadrement. Dans l'extrait ci-dessous, la décision concernant la « sortie » de la patiente, n'est définie ni par l'encadrement, ni par le corps médical, mais par les besoins et contraintes de temps de l'équipe. L'équipe auto gère ses besoins de façon à garder le contrôle sur ses activités et la qualité de celles-ci. Katia, AS, prévient Danielle, infirmière, que *« la patiente d'une autre chambre veut quitter l'hôpital »*. Danielle lui répond *« qu'aujourd'hui l'équipe n'est pas nombreuse et donc, sa sortie sera pour le lendemain »*. (Extraits du journal de bord du 15 juin 2007).

Dans ces cas, le sentiment d'une distribution inégale des tâches dans le pavillon, surtout sous l'aspect moral, est fortement ressenti par l'équipe d'infirmières. C'est le cas lorsque la décision d'envoyer en gynécologie une patiente qui vient d'accoucher est liée au faible espoir quant à la durée de vie du bébé. Pour les infirmières, la gynécologie devient ainsi le réceptacle de tous les « rebuts » rejetés par les différentes unités. « *Cette patiente a été mise en gynécologie, car son bébé (800g) était retenu en réanimation, et donc, il était hors de question de la mettre en obstétrique. Mais le service de gynéco ne devrait pas accueillir ce genre de patiente, on « se tape tout le travail lourd, toutes les choses qui ne vont pas bien sont pour nous* » » (Extraits du journal de bord du 20 juillet 2007).

A l'intérieur de la gynécologie chirurgicale, la redistribution des activités prend encore d'autres dimensions. Les infirmières se répartissent dans une hiérarchie morale entre celles qui s'apprêtent à réaliser les IVG et celles qui se refusent à le faire. La délégation du « …sale boulot est une pratique commune. Beaucoup de tabous concernant la propreté, et peut-être même beaucoup de scrupules moraux, dépendent, dans la pratique, du succès avec lequel l'activité taboue est rejetée sur quelqu'un d'autre. La délégation du sale boulot fait aussi partie du processus de mobilité professionnelle » (Hughes, 1962/1996 : 82). Les soins plus intimes,

au contact physique et émotionnel de la patiente, confrontée à la maladie et à la mort sont glissés vers la catégorie de soignantes au-dessous : les AS. « Comme on le sait, un métier ne comprend pas une seule tâche mais plusieurs ; certaines d'entre elles constituent le « sale boulot » du métier, et ce sous plusieurs rapports : simplement parce qu'elles ont physiquement quelque chose de dégradant et d'humiliant ». (Hughes, 1962/1996 : 81)

Dans le petit bloc opératoire de l'unité de gynécologie sociale sont réalisées des hystéroscopies et des amniocentèses et des interruptions volontaires de grossesse (IVG). L'équipe soignante est composée par une infirmière qui se porte volontaire, mais est secondée par une AS et une ASH de l'équipe de gynécologie chirurgicale. Si les amniocentèses et les hystéroscopies sont réalisées par les médecins du pavillon, les IVG en revanche sont pratiquées par deux médecins de ville, considérés comme au plus bas de l'échelle médicale.

Nous constatons, cependant, un comportement paradoxal dans les équipes soignantes de gynécologie malgré le discours massif d'un « service poubelle ». En effet, si le taux d'absentéisme des puéricultrices est relativement faible, celui des sages-femmes (profession médicale) et des infirmières en gynécologie est considéré comme quasiment nul dans la mesure où les agents de cette profession appliquent une gestion intra professionnelle de l'absentéisme. Ainsi, en cas d'impossibilité de prise de poste par une sage-femme ou infirmière celle-ci se fera, dans l'idéal, remplacer par une collègue avec laquelle elle échangera son emploi du temps pour l'occasion. Un autre indice des similitudes de statuts entre sages-femmes et infirmières dans le pavillon est représenté par les pourcentages des horaires de travail dans leur contrat. Comme une grande partie des équipes de sages-femmes et d'infirmières ne travaillent pas à 100%, le fait de travailler à 80% reste du luxe ou un « choix personnel » de la part de la soignante, pour se dédier à la vie de famille. La possibilité de choisir son temps de travail reste un élément important de valorisation parmi le personnel. Dans ce cadre, on observe que les infirmières revendiquent un statut similaire aux sages-femmes.

D'ailleurs, la parité entre infirmières et sages-femmes est clairement ressentie face à la tâche d'accompagner « l'expulsion » du fœtus pendant les IMG. Cette tâche est réalisée en salle de naissance. Cependant, la préparation de la patiente, ainsi que l'accompagnement dans l'après coup sont réalisés en gynécologie. Cette division de la tâche « d'expulser » situe la lutte pour la reconnaissance entre les soignantes en gynécologie et les sages-femmes en salle de

naissance. Marianne, infirmière, donne un exemple de confrontation qu'elle a eue avec Laure (chirurgien). *« En arrivant au service, je lui ai dit ne pas être du tout contente du fait que la patiente – une IMG de son premier bébé, due au syndrome de HELLP*[13] *– reste dans le service. Laure a entendu que si elle ne voulait pas être embêtée la nuit, il fallait faire monter la patiente en salle de naissance pour « expulser » son bébé de vingt semaines, au lieu de la laisser l'expulser dans son lit en gynéco, avec tous les enjeux d'un cas lourd (HELLP) ».* Marianne et Bella, AS, ont chacune déjà *« ramassé des œufs expulsés dans les lits»*, et elles trouvent difficile cette expérience : *« on voit les doigts, on voit tout, il est tout petit, mais déjà formé ».* (Extraits de l'entretien avec les soignantes de nuit en gynécologie, le 17-8 mai 2008)

Il en résulte que le rapport de force entre gynécologie et salle de naissance se dessine autour de « l'indifférenciation entre la vie et la mort ». Ainsi, afin de garder le mandat et le prestige des soignantes, la relégation du lieu de « l'expulsion » devient fondamentale. Autant, en gynécologie, l'activité d'accompagner les patientes en IMG après l'expulsion reste une activité valorisante, autant en salle de naissance, elle représente plutôt du « sale boulot » car elle se limite à l'expulsion. Ainsi, les IMG deviennent *« la partie désagréable du service »* où *« personne ne veut de ces cas »* (Entretien avec une sage-femme en salle de naissance le 24 avril 2007). Dans les deux unités, l'expulsion est l'enjeu contre lequel les équipes se défendent.

En salle de naissance, les AS font fonction d'ASH. Les AS ne s'occupent pas des patientes, donc le nursing revient à la responsabilité des sages-femmes. Les AS ont davantage pour rôle de seconder les sages-femmes au moment de retirer les restes de ce qui a pu être expulsé par la patiente. En gynécologie, en revanche, les AS s'occupent notamment de l'élaboration du deuil de la patiente, suite à « l'expulsion ». Encore là, vue la hiérarchisation morale du travail dans les services due à leur prestige, les AS n'ont pas la même place selon l'unité où elles travaillent. En gynécologie, les AS ont un statut plus important ce qui entraîne un plus fort « mandat » en comparaison à la salle de naissance.

[13] Syndrome de HELLP - est une complication grave de pré-éclampsie chez la femme enceinte caractérisée par une forte diminution des globules rouges et des plaquettes avec une défaillance du foie. Le syndrome HELLP se produit généralement durant les derniers stades de la grossesse mais parfois aussi après l'accouchement. Il nécessite une prise en charge hospitalière, le seul traitement efficace étant l'extraction fœtale.

Au centre de planification familiale, le parcours que les patientes doivent suivre pour se faire soigner est défini par les sages-femmes. Les généralistes sont tous vacataires. Dans ce centre, il n'y a pas de staff de service, chacun travaille une journée ou une demi-journée par semaine, ce qui accorde une place centrale aux sages-femmes et à la secrétaire en matière de « mémoire » du centre et de savoir-faire en planification. Dans le service de consultations, le *« tempo du médecin »* est davantage pris en compte qu'au centre de planification où le *« tempo des sages-femmes est prioritaire»* dans l'organisation du service. (Extraits du journal de bord du 27 juillet 2007).

Du côté de l'équipe mobile de soins palliatifs, le médecin est destitué de ses fonctions de prescripteur et de responsable du traitement des patients. Sa mission principale devient celle réalisée auprès des médecins, des internes : il est censé les conseiller pour soutenir la prise de décision du curatif vers le palliatif. Ainsi, il se définit comme « expert » ou comme « consultant » de la douleur et de la fin de vie pour ces confrères (Castra, 2010). De la même manière, l'infirmier au sein de cette équipe ne réalise plus des soins techniques. Il est déclassé vers des activités relationnelles, il réalise des tâches d'AS et promeut le maintien des gestes et des rituels, ressources dans les tâches de confrontation à la mort.

Nous prendrons ici l'exemple d'un cas traité par l'EMSP. L'équipe de médecine interne demande l'accompagnement de Monsieur Tessougué, patient en fin de vie considéré comme n'étant pas complaisant. L'EMSP a pu élaborer différentes actions de soutien des équipes médicales et soignantes. D'une part, l'infirmier en EMSP est venu faire la toilette de Monsieur Tessougué avec les AS. Ce patient, très douloureux n'acceptait pas les médicaments et rabaissait les soignantes, empêchant le contact relationnel. Le médecin en EMSP, se rendant compte de la difficulté que représentait pour l'équipe médicale le fait de poser avec la famille un projet autour de sa fin de vie, a proposé un entretien avec la famille de Monsieur Tessougué et l'équipe de la MAS. Etant malien, âgé de 57 ans, et hébergé dans la MAS, la question du meilleur lieu pour sa fin de vie se posait. Les deux psychologues en EMSP ont proposé un espace d'échange avec l'ensemble de l'équipe autour de sa prise en charge. Ainsi, une discussion avec l'ensemble de l'équipe composée par l'interne, les infirmières, les AS, l'encadrement a pu avoir lieu.

Le sens du travail à réaliser dans ces équipes est toujours à réélaborer dans l'intersubjectivité née de la co-activité pour tenir une position professionnelle assurant délimitation et contenance face aux épreuves de la mort et de l'impuissance. Cette construction intersubjective suppose l'existence d'une « aire de jeu », d'un « espace transitionnel » (Winnicott, 1971/ 1975) où est mise au travail la question des limites : celles qui tracent les frontières mouvantes du possible et de l'impossible, celles qui différencient l'acceptable de l'inacceptable sur le plan des valeurs morales. Encore faut-il pouvoir construire et préserver ces espaces transitionnels, non seulement pour s'assurer d'une reconnaissance sociale au moins entre pairs mais aussi, et peut-être surtout, pour pouvoir se reconnaître dans le travail réalisé.

Ce qui suppose que les professionnels disposent ou construisent des marges de manœuvre qui leur permettent de maintenir une prise en charge collective des difficultés du travail, de construire des règles partagées susceptibles de réguler les pratiques de chacun, d'expérimenter des ruses, des stratégies de préservation de soi et de l'équipe qui permettent, à minima, de rendre le travail soutenable, voire de pouvoir porter un jugement positif sur le travail réalisé. A défaut, ce sont massivement les stratégies défensives contre la souffrance au travail qui seront développées.

Les affects face aux épreuves du « sale boulot »

Les « objets déchets » (Lhuilier et Cochin, 1999), sont des restes des activités reléguées, qui regroupent le « sale boulot » d'une catégorie professionnelle, d'un service de soins ou d'une institution ; ils sont « investi[s] psychiquement au niveau le plus archaïque » (p. 91). R. Kaës (1989 ; in Lhuilier, 2002) propose d'examiner les restes dans le rapport entre le type de contenant et le contenu qui est exclu, afin de le mettre en perspective avec le fonctionnement dynamique du groupe, à partir des affects mobilisés.

Nous avons signalé que la division morale du travail au sein de l'hôpital ne peut s'analyser sans référence au nouveau rapport social à la mort engendré par la modernité. Le rapport au temps et la finitude change à mesure que la société s'accélère. Le recul de la prise en charge sociale du deuil et de la mort, la société assurant de moins en moins un encadrement matériel et idéel de la vie face à la mort, se traduit par la délégation de ces tâches à des « experts » ou à des organisations spécialisées. La mort n'est plus seulement taboue mais déniée. Et ce mouvement se reproduit au sein même de l'institution hospitalière, qui résiste à sa vocation initiale de lieu de dépôt des rebuts sociaux pour gagner en technicité et maîtrise du « mal ». Le pouvoir de la science médicale et ses avancées technologiques font reculer les limites du réel et contribuent à construire un système de classification qui cerne et expulse les traces de la mort dans la vie. « La mort, à force d'être lessivée, épongée, curée et récurée, niée et conjurée, il arrive qu'elle passe dans toutes choses de la vie : toute notre culture est hygiénique, elle vise à expurger la vie de la mort » (Baudrillard, 1976). Pourtant, et malgré cette grande lessive civilisatrice en quête d'affranchissement du temps, de l'imprévu et de la finitude, la « part maudite » (Bataille, 1949) ressurgit toujours.

En opérant la délégation, la relégation et la dévaluation des activités qui ont pour point commun le spectre de la mort, la société met à l'écart la représentation du « mal ». Dans la division du travail, les professionnels réalisent un travail invisible parce que condamnés aux coulisses et au traitement de l'envers de la production de soins au service de la rupture de l'unité indivisible de la vie et de la mort. Comme évoqué auparavant, ce qui serait relégué circonscrirait le « sale boulot » (Hughes, 1962/1996), ou dépositoire symbolique des représentations sociales de l'impur, du sale, des rebuts (Douglas, 1967/2001). Le « sale boulot », tel qu'il est socialement défini, prend une signification morale et psychologique par

ses résonances avec les processus psychologiques en jeu dans le travail du négatif (Green, 1993).

Pour l'ensemble de ces professionnels, la question du sens du travail et de la reconnaissance sociale des tâches assumées se posent de façon singulière. Affectés au traitement de ce qui est rejeté dans les coulisses ou à la marge, c'est-à-dire au négatif psychosocial (Lhuilier, 2009), ils sont condamnés à une impossible occultation du réel que tentent de masquer mythes et discours. Et la signification, comme la valorisation sociale de leurs activités telles qu'offertes à travers ces productions discursives buttent sur l'épreuve de la réalité : elles sont donc à réélaborer au sein même des collectifs de travail et des communautés professionnelles. Ce sont dans ces espaces que peuvent se reconstruire le sens du travail et la validation-légitimation des pratiques de chacun. C'est là que se « tricotent » les trames symboliques qui permettent de domestiquer les résonances fantasmatiques de la confrontation avec « l'objet » de travail, la mort et ses équivalents symboliques, la maladie, la vieillesse, la déficience, la perte, le manque ...

D. Lhuilier met en avant le lien entre les « cultures de groupes » et le traitement des accords symboliques tout comme le traitement des restes de symbolisation des objets de travail. Face à des affects archaïques, les ressources qui permettent aux soignants de penser l'ordre, la différenciation et d'organiser la pensée sont menacées (Kristeva, 1980 ; Lhuilier et Cochin, 1999). L'abject est la figure qui émerge. Ainsi, on constaterait une régression du mode de fonctionnement par la polarité plaisir-déplaisir, à défaut de la symbolisation du sujet et de son collectif.

Dans le contexte de l'accompagnement des fins de vie en soins palliatifs ou encore de la prescription de la mort dans des tâches telles que l'IMG et l'IVG, les affects archaïques émergeraient d'un vécu d'indifférenciation entre les notions de vie et de mort. Selon D. Lhuilier (2005), les affects archaïques portent sur « toute menace à l'ordre symbolique [qui] renverrait à la souillure synonyme d'indifférenciation du monde des objets, toute menace au sentiment d'identité du Moi [qui] renverrait à l'abjection comme trouble du rapport sujet/objet » (p.90). Ces affects sont sollicités notamment par les tâches de « donner la mort », quand elles ne semblent pas justifiées, légitimes ou cohérentes, surtout quand le cadre qui permet la différenciation entre soigner et « faire mourir » est fragilisé. Ces affects court-

circuitent les processus de réflexion, de pensée et de mise à distance symbolique (processus secondaires).

Les affects qui accompagnent ce mouvement pulsionnel – dégoût, honte – signalent le besoin d'une construction de différenciation qui mobilise des critères d'appartenance et d'existence. Cette délimitation du dehors et du dedans sert d'étayage à la contention des sujets et des collectifs de travail.

En gynécologie, la violence des discours auprès des patientes en IVG nous donne à voir les enjeux d'indifférenciation qui suscitent la réalisation de cette tâche. Face à l'IVG, les soignantes sont confrontées à l'ambivalence des patientes à l'égard de leur maternité. Cette ambivalence peut être vécue comme une violence chez les soignantes, car des affects archaïques peuvent être sollicités à deux niveaux.

À un premier niveau, il s'agit du rapport singulier et ambivalent de chaque soignante quant à sa propre maternité. Ce vécu, structurant les défenses de chaque soignante, mis au service de ses activités professionnelles, relève d'une dimension très privée et intime. Nous faisons ainsi l'hypothèse que les affects archaïques soulevés par le télescopage entre l'acte de « donner la mort » et le fantasme porté dans l'ambivalence maternelle, met en difficulté le partage d'expériences au sein d'un collectif. Les valeurs de chaque soignante, issues de leurs expériences avec l'archaïque seront plus difficilement échangeables.

Dans un deuxième niveau, à défaut d'une prescription médicale qui serait garante de la légitimité de l'acte de « donner la mort », les soignantes intensifient la quête d'un garant, cherché dans les motivations des patientes afin de trancher l'acte d'IVG comme relevant du soin ou de « donner la mort ». Ainsi, le jugement porté sur les motifs des patientes devient fondamental dans la construction d'un sens dans cette activité. Ce sens peut se perdre complètement face à des patientes qui n'expriment pas leur peine, et ne laissent aucune prise pour l'identification des soignantes. Dans ces cas, les patientes sont mises à distance défensivement par les soignantes. Elles sont « déclassées » et se trouvent reléguées, par le système défensif des collectifs soignants, dernier recours pour construire une différence entre soignants et soignés. Du fait de la défaillance dans l'identification avec le rôle maternel des patientes, les soignantes peuvent se retrouver envahies par des affects puissants à leur égard.

Katia – *Les IVG, je ne dirais pas que c'est valorisant.*

Chercheuse – *Et pourquoi pas ?*

Katia – *Tu fais tout le temps la même chose, tu … c'est assez répétitif, c'est toujours la même chose. Et pour nous ce n'est pas valorisant, tu fais trois quarts du temps du ménage. Les soins ? Tu fais la petite toilette au retour du bloc et encore, si elle ne saigne pas, tu ne le fais pas… et tu ne travailles pas en binôme, parce qu'au moment où l'infirmière s'occupe de la patiente, tu es dans le service avec ta collègue. Donc en fait, tu n'as aucun contact, quoi. Si elle pose une perfusion, tu ne vas pas être là ; si elle commence à faire le protocole cytotec, pour l'ouverture du col, tu n'es pas là ; tu es dans le service. Donc, moi, je trouve que les IVG n'ont rien de valorisant…*

Extrait de l'entretien avec Katia, AS en gynécologie, le 15 février 2008.

Dans cette vignette, le discours de cette AS sur la prise en charge des patientes en IVG nous semble concentré sur la quête de tâches autour de l'activité d'accompagnement, possiblement dans la quête d'un aspect valorisant parmi l'activité considérée comme du « sale boulot ». La relégation de la tâche d'accompagnement des IVG est faite aux ASH. Cette AS nous explique dans l'entretien comment elle fait pour tenir face à l'impossibilité d'étayer sa créativité dans cette activité. En évacuant la dimension du « care », cette soignante destitue la patiente de son statut de sujet et rend sa relation impersonnelle, comme si elle se référait à un objet. La mobilisation défensive, empêche que d'autres dimensions de vie des soignantes soient mobilisées de façon créatrice face à cette tâche et assure ainsi, une différenciation entre la soignante et la soignée.

Dans le terrain des soins palliatifs, un cas clinique prolongera nos analyses : suite à la fin de vie de Monsieur Fernandes, la question des affects archaïques a pu être explorée lors de l'accompagnement de l'équipe en pneumologie. En équipe mobile de soins palliatifs, les psychologues qui ont pu discuter avec les soignantes et le médecin à deux moments différents, ont formulé la violence de cette prise en charge liée à l'intrusion de la vie dans la mort.

Dans le cas de ce patient, suivi par l'EMSP en pneumologie, les conduites d'accusation entre médecins et soignantes témoignent de la mise en échec à la fois des repères professionnels et des stratégies défensives.

La colère des soignants vis-à-vis des médecins en pneumologie aurait pour cause l'absence d'anticipation de la prescription qui permet aux soignantes d'augmenter les doses de morphinique, selon un protocole prescrit de graduation dans le temps de la fin de vie du patient. Derrière cette colère, se manifeste le mal-être des soignants face à la violence du décès de ce patient… Il est mort en « *gaspant* », comme si l'air lui manquait, et l´équipe souffrait de n'avoir pas pu le soulager… Ils disent avoir vécu ce moment comme s'ils assistaient, les bras croisés, à sa mort.

Le médecin réagit immédiatement. Elle se défend et retrace l'histoire du décès du patient : celui-ci est décédé d'une décompensation rapide (désaturation respiratoire), connue pour provoquer un décès fulgurant et pour procurer un sentiment très fort d'impuissance dans les équipes. Et, elle accuse l'équipe soignante de la soupçonner de mauvaise foi, d'indifférence face à la fin de vie de ce patient. Une infirmière tente de répondre, mais s'avère incapable de dire un mot. Visiblement très affectée, cette infirmière donne à voir l'étendue du malaise que les accusations réciproques ne font qu'amplifier.

Ce qui permet de poursuivre l'investigation sur les sources de ces tensions et violence : le sentiment d'avoir manqué de moyens pour gérer cette fin de vie et la frustration qui l'accompagnait, bien sûr. Mais au-delà, le fait qu'auparavant le service ne s'occupait pas des fins de vie, et qu'elles deviennent de plus en plus récurrentes. Et ce, au moment où l'équipe est affaiblie par l'absence des soignantes anciennes, parties ou en congés maternité. Au sentiment d'abandon par les médecins, jugés ici défaillants, s'ajoute donc l'absence d'un collectif soignant. Le choc que constitue cette mort dans le service tient en fait aux modalités de la prise en charge et à une culpabilité généralisée, transformée en accusations réciproques.

D'un côté donc, le manquement des médecins et de l'autre la difficulté des soignants à repérer la gravité de la situation et d'accompagner ce patient dans son dernier souffle. L'épreuve du « *sale boulot* » a été à son comble quand les soignantes ont réalisé qu'elles plaçaient le masque

d'oxygène à ce patient, cherchant à soutenir le souffle vital, pendant qu'il était en train de mourir.

Face à la violence de la résurgence de l'archaïque, dans cette mort brutale, où vie et mort se confondaient, médecins et soignantes se défendent par des jugements qui sont autant d'attributions causales de « *la faute* ».

Le sentiment de faire du « *sale boulot* » est bien l'indice d'un manque de contention des fantasmes archaïques, ici de l'indifférenciation entre vie et mort. Cette problématique est omniprésente dans la confrontation à la fin de vie, entre une vie qui s'éteint et une mort qui n'est pas advenue, entre un patient diagnostiqué « *en fin de vie* » et qui résiste à « *cette chronique d'une mort annoncée* ».

Nous avons ainsi abordé les affects archaïques et les processus de symbolisation qui délimitent forme et contenu de l'objet-décharge (Lhuilier et Cochin, 1999). Nous avons surtout pu observer qu'à défaut d'une différenciation entre la vie et la mort, le fantasme et la réalité, le négatif émerge massivement.

Dans la partie suivante, nous suivrons l'hypothèse soutenue par D. Lhuilier (2002 ; Kaës, 1989 ; in Lhuilier, 2002) sur le rapport entre contenant et contenu des restes. Certaines tâches dites « sale boulot » seront l'indice, par le négatif, des dynamiques de groupe et des ressources symboliques portées collectivement et individuellement. Ainsi, la différenciation entre les stratégies défensives collectives et les idéologies défensives de métier éclaire la façon dont la liaison d'un groupe est maintenue par les ressources mobilisées pour contenir les affects archaïques et ainsi, traiter « les restes » de ces processus de symbolisation.

Les stratégies individuelles et collectives et les idéologies défensives de métier

La découverte empirique des stratégies collectives de défense est sans doute la contribution la plus emblématique de la psychodynamique du travail (Dejours, 1980/ 2000). Si la souffrance est bien un vécu individuel, la lutte contre la souffrance peut parfois impliquer une coopération et des règles défensives. Ainsi, la psychodynamique du travail a montré qu'au-delà des mécanismes de défense individuels classiquement décrits par la psychanalyse, se construisent des stratégies défensives collectives au sein des collectifs de travail. « Grace à la coopération défensive, il s'agit d'assurer les conditions sociales d'une transformation de la subjectivité qui permettent, pour ainsi dire, d'« anesthésier » la souffrance, en conjuguant les efforts de tous pour ne pas penser aux dimensions de l'activité qui font souffrir, pour les éviter, autant qu'il est possible » (Molinier, 2006).

Ainsi, dans le service de gynécologie, on note le recours à des stratégies défensives qui, contrairement aux stratégies de préservation, ne transforment pas la réalité des situations de travail, mais permettent d'éviter d'éprouver et de penser aux dimensions de l'activité qui font souffrir. La perception est alors passée au filtre des défenses. Ceci se repère à la fois au plan des effets cognitifs et des effets des dynamiques collectives : la méconnaissance prévaut, au sens ici non pas d'un défaut de connaissance mais d'un refus de reconnaître cette part de la réalité trop éprouvante, et l'exigence implicite d'une conformité à ces modes d'évitement du réel impose l'uniformisation des conduites et des discours. « Les stratégies collectives de défense bornent la délibération sur le travail, en limitent l'amplitude et contrôlent étroitement les émergences des secteurs de la réalité qu'il s'agit d'éviter » (Molinier, 2006 : 195).

La hiérarchisation des patients

Une stratégie défensive collective mise en place par l'ensemble des catégories professionnelles des différents services du PME se traduit par une catégorisation et hiérarchisation des patientes. Les « *bonnes* » et les « *mauvaises* » patientes sont différenciées suivant des critères qui peuvent varier : degré de complaisance au rôle attendu, degré de détresse psychologique et sociale, conformité aux normes de la « *bonne mère* », degré de culpabilité exprimée par la patiente face à l'IVG... Cette stratégie défensive permet à l'ensemble des soignantes de prodiguer un soin de qualité à certaines des patientes, et de reléguer les autres qui font l'objet

de jugements négatifs.

Notons le cas d'une patiente qui se met à pleurer en fin d'entretien. Berthe, infirmière, semble un peu impatiente avec elle. Au sortir de la chambre, les commentaires portent sur le fait que cette patiente est dans la 22e semaine et qu'elle *« « a appris sa grossesse » en étant hospitalisée pour une colique néphrétique »*, ce qui semble étonner l'équipe (Extraits du journal de bord du 30 juillet 2007). Il nous semble que l'irritation de cette infirmière portait implicitement le jugement de réprobation au regard du déni de grossesse de la patiente.

Nous pouvons déduire de cet extrait que les infirmières ont développé des représentations partagées de ce qu'est « devenir mère », qui catégorisent aussi les difficultés à en devenir une. Toute ambivalence sur cet état régressif qui habite la femme pendant la grossesse est évacuée. Ainsi, l'ambivalence exprimée par le déni de grossesse est écartée, déniée et méconnue parmi les infirmières. Les patientes qui font émerger cette partie du réel portent le signe du négatif et se différencient des autres patientes et surtout, des soignantes.

Dans une autre situation, Ingrid infirmière en gynécologie, dit qu'au début de sa grossesse, elle avait très mal au cœur et qu'elle *« ne supportait pas les patientes vomisseuses », « qui ne se bougeaient pas le cul tandis qu'elle se levait tôt le matin pour venir travailler »*. Ces patientes la *« mettaient dans une forte colère »* (Extraits du journal de bord du 07 décembre 2007).

Le choix des mots utilisés par l'infirmière nous permet d'avancer des hypothèses sur l'implication des soignantes dans la prise en charge des patientes. Il nous fait penser au besoin des infirmières de construire une différence, une distance avec les patientes. Il nous semblerait ainsi que les soignantes ont été massivement identifiées au vécu de leurs patientes, mais qu'elles ont besoin de refouler et de projeter ces identifications sur les patientes, afin de continuer à réaliser leur travail. Les jugements dans ces cas seraient d'ordre défensif. Les jugements opérés et cette hiérarchisation des patientes passent par l'attribution de traits distinctifs qui organisent le clivage des représentations et des affects, suspendant ainsi l'éprouvé et la reconnaissance de l'ambivalence à l'égard des patientes.

En PME les soignantes mettent en place des défenses pour cliver leurs représentations ambivalentes sur les patientes, afin de s'y différencier, mais aussi pour distinguer leurs actions

entre « soigner » et « donner la mort ». En médecine et en chirurgie, c'est la représentation différenciée des patients face à leur fin de vie qui est clivée, dans l'objectif de différenciation entre « accompagner la fin de vie » et « laisser mourir ». En chirurgie ORL, le comportement des patients autour de la gravité de leur maladie est critère de jugement et de mise à distance. Les échanges autour d'un cas entre la psychologue en EMSP et l'infirmière du service nous permettent d'analyser la hiérarchisation des critères qui fondent les représentations des soignés par les soignants.

Le patient en question est catégorisé et devient un « mauvais patient », car il n'observe pas les indications médicales et refuse d'adhérer à la proposition d'intervention chirurgicale par trachéostomie (mutilation définitive du larynx et des cordes vocales) suite à une récidive de cancer. Cette intervention représente d'une part, un soulagement pour l'équipe médicale et paramédicale face à l'imminence d'une mort par étouffement du patient. Ce refus est jugé comme un comportement insensé, qui confronte tout le monde à une mort violente. L'équipe maintient que cette intervention pourrait prolonger la vie du patient. Ainsi, en organisant leurs stratégies défensives individuelles et collectives, soignants et médecins sélectionnent la partie de la réalité à prendre en compte et se représentent la situation selon cette construction.

La « bonne mort » qui fonde les constructions collectives au sein des équipes palliatives repose sur des idéaux de « pacification » (Castra, 2010) de l'événement violent, anxiogène et tragique qui est la mort. Isabelle Atmani (2005) articule la représentation du « bon mort » comme complémentaire de l'idéal collectif de la « bonne mort » dans la construction d'une illusion pour tenir le lien face à notre propre finitude. Cette représentation interpelle le patient en fin de vie en tant qu'individu selon « les injonctions énoncées plus au moins implicites à l'endroit du sujet désigné mourant » (Atmani, 2005 :77). Ainsi, différents niveaux d'exigences sont adressés au patient par la famille, les soignants et la société, parfois inconciliables, afin de « pouvoir bénéficier de cette forme spécifique de lien qui représente l'accompagnement palliatif » (p.79).

Dans ce cas, et au niveau des soignants, le « bon mort » est « celui qui reconnaît et qui assoit leurs fonctions, c'est-à-dire celui qui fait appel dans une juste mesure et répond favorablement aux décisions et aux gestes proposés ». Au niveau de la société, le « bon mort » est « celui qui

d'une part correspond aux exigences politiques et financières, et qui d'autre part, d'un point de vue anthropologique, ne met pas en danger l'unité du groupe » (p.79).

Ainsi, dans ces conditions « le sujet en fin de vie est l'objet d'injonctions paradoxales, comme prix à payer pour une mort accompagnée » (*ibidem*). I. Atmani interroge : « ne s'agirait-il pas d'un ultime tribut à payer afin de pouvoir demeurer un sujet de la Cité ? Au-delà du caractère quelque peu aliénant de cette demande, ce mouvement d'attente n'inscrit-il pas la reconnaissance de l'autre comme « encore membre du groupe » » ? (*ibidem*).

Les critères de gravité de la maladie et de prolongement de la vie sont mis en avant, critères et valeurs qui offrent au corps médical et paramédical une prise pour tenir face à la menace de mort. En revanche, il y a « méconnaissance » des préoccupations et du sens attribués par le patient à son existence, en particulier, à l'importance qu'il accorde aux échanges avec ses copains dans le café. Ainsi, la stratégie défensive permet une représentation partielle de la situation : elle découpe la vie et les valeurs du patient et par le recours à la technique médicale, lui propose une autre vie : propre, saine, prolongée, hélas sans voix et vide de sens pour lui. L'institution médicale avec ses nouvelles techniques, nous explique Eric Hamraoui (2011) dans la même ligne que I. Atmani (2005), réactualise et redéfinit la notion de droit autour de la vie, la mort, les soins, destituant ses droits à l'individu.

Le relais entre soignants et autres équipes

Au regard de l'évitement du deuil des soignés, différentes stratégies défensives individuelles et collectives permettent aux soignants de se dérober à la confrontation à leur propre perte et finitude.

Katia – *Voilà. C'est lourd. .... Mais voilà quoi, c'est vrai quand tu rentres… moi je suis rentrée, je ne savais pas tout, je suis rentrée, avec un gros sourire, et je ne me suis pas sentie bien, je peux te le dire, garantir. Et bon bah là je lui ai dit, « je vous ferai votre petite toilette » (voix douce). « Je ne fais pas trop mal ? » « C'est froid ? », « ça c'est la santé post opératoire… » Qu'est-ce que tu veux que je te dise ? Voyez-vous bien, que de toute façon, l'on ne va pas la rentrer dedans… « Voulez-vous que je vous masse vos jambes ? » « Ça ne vous fait pas trop mal ? » « Ce n'est pas trop froid ? Pourtant cette température … » Néanmoins, ça restait sur le soin technique quoi. Parce que je ne voyais*

pas d'autre solution. Elle n'était pas ouverte au relationnel, donc ce n'était pas facile, quoi. Bon, bah, je faisais mon soin et si elle avait besoin, elle n'avait qu'à sonner. Les mots magiques, quand tu n'as pas de relation avec quelqu'un, « de toute façon, si vous avez besoin, vous sonnez *». Ce sont des mots magiques.*

Chercheuse – *Mais c'est dur après d'entrer, si on a un deuxième truc à faire… ?*

Katia – *Là tu te dis, « pourvu qu'elle ne sonne pas, quoi ». Parce que tu envoies tes élèves…*

Chercheuse – *Ah, bon, donc, il y a des stratégies !*

Katia - *Quand tu peux éviter d'entrer chez des patientes, avec qui tu n'as pas du tout, qui sont froides, attends, tu envoies ta collègue qui ne la connaît pas, et puis, ou l'élève soignante, qui y va quoi.*

Extraits de l'entretien avec Katia, AS en gynécologie, le 15 février 2008.

La stratégie défensive collective de « passer le relais » aurait pour objectif d'éviter l'envahissement des affects négatifs face aux tâches dans une confrontation à la mort. Dans le cas soulevé par cette AS en gynécologie, les patientes, avec lesquelles elle n'arrive pas à établir un contact relationnel, sont cantonnées au traitement de la « sonnette » et sont prises en charge par des étudiantes infirmières. En utilisant cette stratégie pour éviter une patiente qui ne veut pas parler, cette AS nous indique ou signale la partie de l'activité qui fait peur et qui est modifiée par la représentation : le déni des affects, notamment la colère des patientes, qui rendent concrète la notion de perte dans le deuil.

Cette stratégie défensive transforme la représentation de cette partie de l'activité, la confrontation aux affects négatifs, en occultant l'importance des affects émergés et banalise la dimension du « care » (Molinier, 2009) dans la prise en charge des patientes. Le relais est ainsi mis en place avec d'autres soignantes, tout en permettant la continuité des soins auprès de la patiente. La dimension du « care » est escamotée et la représentation de la prise en charge modifiée afin de protéger cette AS d'une résonance identificatrice. Comme D. Lhuilier (2002) le remarquait à propos du négatif psychosocial, cette stratégie défensive permet au collectif soignant de rejeter la dimension insoutenable du rapport avec la patiente - les affects envahissants et défensifs de la patiente face à la perte du bébé - tout en gardant le lien avec les patientes. Ainsi, cette stratégie permet d'éviter de se confronter à ses affects et de détourner la « norme antécédente » (Venner et Schwartz, 2009), à savoir, se rendre disponible à la patiente

afin de lui permettre d'amorcer son travail de deuil et donc, prendre en compte la dimension du « care » dans sa pratique.

En gynécologie, les soignantes essayent de contenir et de canaliser les affects des patientes à partir des règles d'accompagnement, face aux interventions de « donner la mort ». Ainsi, la notion d'accompagnement de la patiente mobilise des stratégies collectives différentes en fonction du moment, en amont ou en aval, de l'intervention, IMG ou IVG.

Emilie sort de la chambre d'une patiente et m'explique que *« dans les cas d'IMG, ou de mort fœtale, ou même dans les cas d'accouchements difficiles, lorsque le bébé reste en réanimation ou en unité de néo natalité pédiatrique, les patientes ont « le droit » d'être accompagnées la nuit par leur mari, ou leur compagnon »* (Extraits de l'entretien avec Emilie, AS de nuit en gynécologie, le 20 juillet 2007).

Une fois l'expulsion ou l'accouchement réalisé, la présence de l'accompagnant est souhaitée par l'équipe soignante comme la manifestation du « care » vis-à-vis de la patiente. Ainsi, cette concession accordée est le signe d'un soin privilégié attribué à la patiente endeuillée. La présence tierce (le compagnon) rentrerait en collaboration avec le travail de contention des affects de la patiente, point clef de l'activité des soignantes.

En permettant la présence du compagnon, les soignantes se protègent aussi d'un envahissement trop important des affects archaïques éveillés face à des situations de mort. En recourant à ce tiers, l'activité d'accompagnement peut être allégée pour les équipes de jour, mais également pour celles de nuit. Ainsi, ce tiers viendrait contenir, mais aussi soutenir la patiente dans son deuil à la place des soignantes, pendant l'hospitalisation.

Jusqu'à présent, une fois l'acte d'IMG réalisé, l'accompagnement et son éventuel relais étaient affichés comme le travail fondamental des soignantes auprès des patientes. Cependant, cet accompagnement ou même la notion de relais se dissout au moment précis de l'acte qui représente la mise à mort (fœticide) et l'expulsion du fœtus. Caroline, infirmière, m'apprend qu'aux IVG, une fois donné le « cytotec », elle demande aux accompagnants de se retirer et de patienter jusqu'en début d'après-midi, moment où la patiente sera de retour du bloc. Pour Caroline, l'accompagnant *« joue comme facteur d'amplification, donc tout ce qui peut potentiellement ne pas aller (la douleur, le mal-être) est amplifié en présence d'un autre »*.

Parfois, elle me dit avoir du mal à mettre les accompagnants dehors, *« mais c'est une intervention pour permettre à la patiente d'arriver en bon état au bloc »* (Extraits de l'entretien avec Caroline, infirmière en gynécologie, le 05 octobre 2007).

En gynécologie, les soignantes font en sorte que les patientes prennent « sur elles », afin d'arriver contenues pour l'intervention. En réduisant la possibilité d'expression des patientes, les soignantes garantissent la réalisation de leur travail autant que celui des patientes, allant ainsi jusqu'au bout de leur démarche.

Cette stratégie de travail, afin de garantir la réalisation de l'acte, est à la fois une stratégie opératoire et défensive. Il nous semble que les affects archaïques éprouvés aux moments clefs de mise à mort du fœtus et/ou de son expulsion, déstabilisent la pensée des soignantes et l'activité d'accompagnement des patientes. En évoquant des affects archaïques, il est important de distinguer deux niveaux d'indifférenciation possiblement vécus dans ces moments-là : la notion de vie et de mort en lien au corps de la patiente et surtout, une résonance identificatrice massive entre soignantes et patientes. La mise en avant de la procédure technique ne peut être effectuée que par le délaissement de l'accompagnement. Ce délaissement, signe de la structuration du négatif psychosocial, devient ainsi le dernier marqueur d'une différenciation entre soignantes et soignées, permettant de continuer à réaliser cet acte dans la durée (Lhuilier, 2002).

Le « binôme » entre professionnels

Confronté à la mort, le collectif AS confirme l'usage du binôme afin de se protéger des affects négatifs des patientes, notamment en situation d'IMG, pour continuer à réaliser son travail.

Chercheuse – *Quelle a été la situation la plus difficile que tu ais pu vivre autour d'une IMG ?*

Katia – *Une IMG en janvier ou en décembre… C'était une dame en 107, … c'était une IMG, et le couple (ah…) qu'est-ce qu'ils étaient froids, ils ne se parlaient pas. Renfermés sur eux comme pas possible, mais alors tu sentais un poids quand tu rentrais, c'était atroce. Rien ne brisait ce silence. Les infirmières avaient essayé, n'avaient pas réussi, les aides-soignantes, une seule passait… Il y a eu vraiment une coupure entre l'équipe et le couple, et tout le monde, je pense, a dû ressentir ça. Ah, pour moi c'était le pire, tu rentrais pour faire ta chambre, tu rentrais à deux pour faire le lit, tellement c'était lourd. Ils te*

regardaient, c'était lourd. Pas un mot, pour se parler, c'était « oui », « non » et c'était tout. … Là, c'était la pire, la pire, la pire.

Oui, j'ai eu l'impression de ne servir à rien, de toute façon, tu ne sers à rien, t'as l'impression de ne pas avoir fait ton travail, quoi. Pas un mot, tu n'as rien…

Extrait de l'entretien avec Katia, AS en gynécologie, le 15 février 2008.

La colère ressentie face à la perte, suite à l'intervention médicale, peut mettre les soignantes à la place d'objets persécuteurs. Cette projection insupportable sur les soignantes doit être contenue à deux. Cette ruse d'entrer à deux installe le cadre avec un tiers, restreignant toute discussion duelle, situant le soignant et la patiente à leur place, et atténuant toute possibilité de résonance imaginaire entre soignante et soignée.

La grande partie des stratégies défensives individuelles et collectives évoquées sont liées à l'évitement de la confrontation à la limite ou à l'émergence des affects archaïques. Elles peuvent être classées comme expressions de la « négativité radicale », telle que définie par R. Kaës (1989 ; in Lhuilier, 2002 : 186), car il n'y a pas d'identification par les soignants sur ce contre quoi la défense est érigée. Il s'agit ainsi de l'angoisse, vertige du vide ou pour le dire autrement, « ce qui n'est pas » conjuré, dans sa forme négative, par une défensive collective.
Ainsi, les stratégies sont érigées contre des « angoisses d'anéantissement » afin d'assurer dans une certaine mesure la négation de l'altérité « au profit d'une communauté de pensée et de conduite » (Lhuilier, 2002 :186). C'est-à-dire, il nous semble que le manque de relais viendrait dénoncer le vide, l'inconcevable, l'impossible de la négativité radicale. Le délaissement des patientes au moment de la mise à mort et de l'expulsion du fœtus, est le signe que la « négativité radicale » s'impose comme « idéologie défensive » (Dejours, 1980/2000) ou « pacte dénégatif » (Kaës, 1989 ; in Lhuilier, 2002) contre l'indifférenciation vie - mort, contre l'indétermination entre soigner et donner la mort par cet acte (Kristeva, 1980).

« Faire craquer »

Parmi les tâches des AS, celle qui serait centrale dans le service de gynécologie et sur laquelle repose l'ensemble des catégories soignantes pourrait être résumée comme l'accompagnement des patientes dans leur deuil, suite à une IMG. La règle développée par le collectif des AS

implique de « faire parler » avant que la patiente ne quitte l'hôpital. Dans ces conditions, les AS se donnent comme objectif de « faire craquer » la patiente qui ne veut pas parler, tout en mettant à distance leurs affects autour du deuil.

Prendre le devant et « faire parler » les patientes semble une règle collective qui répond à la préoccupation première des soignantes d'entretien des valeurs d'humanité (Freud, 1919-20/2001 ; 1929-30/1971). Par les valeurs d'humanité, Freud soutient des valeurs ultimes de civilisation, qui différencient l'homme de l'animal. Ainsi, il s'agit des tensions entre les valeurs individuelles et sociales, actualisant chez chaque individu les exigences et les acquisitions de la culture, accrues et transmises à chaque génération.

Elle devient, néanmoins, une stratégie défensive collective lorsque le but est transformé en comment gérer le deuil, sans pour autant s'identifier aux patientes. Cette façon de faire met les soignantes dans une posture défensive maternante, éloignant les risques d'identification avec le vécu de pertes des patientes.

…Parce que des fois, tu peux, notamment, même quand tu es à l'hôpital « Oui, c'est bon, vous n'êtes pas à l'hôtel ici, vous êtes à l'hôpital… ». Mais les gens, ils n'ont jamais choisi d'être là, et que ça reste quand même « leur chambre ». Enfin, après c'est mon avis personnel, et que pour moi, dès que tu rentres, même si tu as frappé… chez toi, quand on frappe tu ne rentres pas, chez moi, oui, mais c'est particulier, mais en général, chez les gens chez qui tu vas, tu frappes et tu attends quand même qu'ils t'accordent l'autorisation de pénétrer dans leur intimité, quoi. Et là, on s'auto-autorise, toujours de rentrer dans l'intimité de la personne, même si on a frappé, c'est parce que c'est le minimum, mais, tout… oui, je m'observe assez souvent, …

Extrait de l'entretien avec Solange, AS remplaçante en gynécologie, le 25 avril 2008.

Cette AS remplaçante reprend, en entretien, la discussion de la prise en charge des patientes en faisant la critique sur le « faire craquer » pendant l'hospitalisation. En déplaçant la réflexion de l'élaboration du deuil des patientes à l'hôpital vers la légitimité de l'accès sans restriction à la chambre de la patiente, cette AS interroge l'intrusion que peut représenter l'accompagnement des patientes en IMG, pendant leur hospitalisation. Cela lui permet de

formuler la limite du travail relationnel auprès des patientes pendant leur hospitalisation et ainsi de critiquer la consigne de « faire parler ». Ainsi, elle nous donne à voir le « faire craquer » comme une défense des soignantes contre l'angoisse de mort.

La désorganisation du travail au sein des collectifs soignants

L'organisation du travail des soignants, notamment des AS - catégorie soignante qui serait la plus confrontée aux tâches liées à la mort – semble porter défensivement sur l'évitement à s'attarder auprès des patients qui suscitent l'angoisse de mort. En gynécologie, cette organisation du temps de travail paraît traversée par la dimension impersonnelle du métier ; la formation des AS leur permettait autrefois d'exercer différemment leur activité, soutenue par des règles collectives. Les changements dans la dimension impersonnelle du métier (Clot, 2009) mettraient en évidence la stratégie défensive collectivement construite dans cette catégorie professionnelle.

En discutant sur la pénurie de personnels, Odette, AS, précise justement que ce qu'elle *« ressent maintenant c'est la lourdeur morale, qui peut parfois s'ajouter à la lourdeur physique du service. Autrefois, les interventions étaient « toutes des laparotomies », des soins lourds, et que maintenant ce sont en grande partie des cœlios … Les cas étaient autrefois plus lourds, non seulement à cause d'un aspect technique moins avancé, mais en raison des soins chimio thérapeutiques prodigués dans le service suite à l'intervention ; cela néanmoins favorisait l'entre aide. Elles avaient des contacts prolongés avec les patientes (10 jours pendant leurs cures) mais surtout elles les accompagnaient en fin de vie. Maintenant elles ont moins de contact puisque la prise en charge des patientes est ponctuelle, et elles les envoient à un centre spécialisé pour la prise en charge chimio* ». (Extraits du journal de bord du 07 décembre 2007).

Dans cette vignette, on peut comprendre comment le changement de l'organisation du travail a eu un impact sur le collectif de travail des AS. La « lourdeur » qui pouvait être partagée autrefois est maintenant portée individuellement et le sens des accompagnements perdu au profit des « *durées moyennes de séjours plus rentables* » et « *d'un énorme brassage de gens* », dont les soignantes doivent s'en occuper. Selon une AS remplaçante, cela a un impact

dans l'organisation du travail de son collectif, séparant la dimension relationnelle du soin de la dimension technique.

…bah, des fois, on a des horaires de creux les matins pour rien faire et quand on arrive à 11h, on est débordée, débordée ! Tu vois, on fait les diurèses à midi. On ferait des diurèses à 6h30 du matin, le problème serait réglé, de 6h30 à 7h30 du matin on n'a rien à faire. On ferait la prise de température, le relevé de diurèse, en même temps, de toute façon, elles sont réveillées, les patientes parce qu'on fait du bruit dans le couloir… on prépare les blocs, voilà. Et bah, ça on n'aurait pas à le faire de 11h à 11h30, du coup, on aurait une heure de plus pour faire nos toilettes. Enfin, moi je ne comprends pas pourquoi c'est organisé comme ça. Il y aurait peut-être une explication qu'elles m'auraient donnée, et du coup je dirais, « ah ! D'accord… »

Extraits d'entretien avec Solange, AS remplaçante en gynécologie, le 25 avril 2008.

C'est intéressant de noter comment cette AS remplaçante cherche à comprendre l'organisation du travail de sa catégorie professionnelle en gynécologie chirurgicale. La place de cette soignante reste périphérique vis-à-vis des soignantes dans l'équipe. En effet, cette AS note l'interruption des toilettes des patientes par le besoin de réaliser les diurèses en fin de matinée. Cela pourrait-il être compris comme une stratégie défensive collective d'évitement des patientes, et des toilettes prolongées, pour n'avoir pas à discuter des sujets difficiles vécus par les patientes ? Ou encore, de ne pas se laisser absorber par des toilettes vidées de sens, car sans continuité dans le soin et dans la durée ?

Dans une autre situation, cette AS remplaçante va analyser l'accompagnement offert par les catégories professionnelles face au deuil des patientes en IMG. Son récit nous permet d'envisager la fonction défensive de la désorganisation du travail entre équipes soignantes.

Il va y avoir une erreur, par exemple, il va se passer quelque chose que j'aurais omis de faire, bien souvent, c'est quelque chose qui est en lien avec l'organisation du travail. Mes oublis sont souvent autour de ça. Un truc tout bête, il va y avoir une entrée imprévue dans la matinée, je vais gérer l'arrivée de la personne, je vais la gérer au niveau du contact émotionnel, et … le psychologique et tout ça, tu vois ? Donc, elle va venir par exemple, pour

un « cytotec », donc c'est un médicament pour aider dans l'expulsion de manière naturelle. Une fois qu'il est donné, quelques heures après, il y a des saignements. Ça va souvent être, on va dire quatre, cinq, six heures, on va dire…enfin, rarement avant quatre heures. Et du coup, ton entrée du matin se fait à dix heures, quand la dame va avoir son premier saignement, toi, tu ne vas pas être là. Parce que tu es rentrée chez toi, tu étais du matin, tu vois ? Et souvent c'est-ce que j'oublie, c'est que la personne va saigner, et je ne vais pas forcément penser à lui dire « Vous avez des protections dans le placard » et ou même penser à vérifier qu'elles y sont, tu vois ? Je vais plutôt m'occuper dans l'urgence de lui être agréable, de la mettre en confiance, là où elle arrive, de se sentir bien, mais ça ce n'est pas observable par les autres. Ce n'est pas observable par ton équipe que tu vas essayer de t'assurer que la patiente soit en confiance avec l'équipe et que si, elle ne se sent pas bien, elle n'aura pas peur de sonner, qu'elle ne se sente pas trop seule dans sa chambre une fois que tu as refermé la porte. Ça, ce n'est pas palpable, mais de la protection dans le placard c'est palpable, tu vois qu'il n'y en a pas (rit) Et du coup, moi, ils m'ont engueulée, on va observer que je n'ai pas mis les protections dans le placard. Et du coup, elles vont te dire, au lieu de te dire que je ne les ai pas mises dans le placard, elles vont me dire « Ah, tu ne t'es pas occupée de l'entrée, machin ». Et je leur dis « bah, si je m'en suis occupée ». « Ah, bah, non, tu n'as pas mis de protections dans le placard ». Et pour moi c'est du second degré… et je me dis s'il y a besoin de protections, à la limite, je préfère presque, qu'elle sonne pour me dire qu'elle en a besoin, non seulement moi, je serais sure que je sais qu'elle saigne, mais qu'en plus je l'inviterai à pouvoir en parler. Donc, pour moi, quelque part, ce n'est vraiment pas grave même si effectivement c'est bien qu'elle puisse être autonome, qu'elle sache qu'elle a ce qu'il lui faut, et qu'elle ne soit pas inquiète, c'est vrai, aussi, donc c'est discutable. Pour moi c'est discutable, ce n'est pas une faute. Sauf que… c'est pris par quelque chose de palpable.

Extraits de l'entretien Solange, AS remplaçante en gynécologie, le 25 avril 2008.

La stratégie défensive collective portée par l'infirmière est dénoncée par cette AS remplaçante. Les préoccupations qui animent l'infirmière de gagner du temps, ne pas avoir à retourner dans la chambre de la patiente ou même, éviter toute approche relationnelle face à une patiente en « pleine expulsion » ne sont pas celles qui animent l'AS. La vision du bon travail présentée ici semble en contradiction avec la stratégie défensive collective mise en place : l'évacuation de la dimension du « care » par des collègues moins disposées au relationnel dans leur prise en

charge. Ainsi, cette AS nous montre leur besoin de rejeter ses initiatives, de nier la dimension affective apportée par cette soignante, qui accorde de la reconnaissance à la souffrance et aux affects négatifs des patientes. D'une part, cette soignante n'arrive pas à discuter, ni à trouver un répondant dans les collectifs soignants puisque, son statut est celui de remplaçante. D'ailleurs, elle semble présenter ces conflits comme étant étouffés davantage par le manque d'une discussion entre les catégories, sur les façons de travailler ensemble. Les défaillances des ressources symboliques dans les collectifs organisent le rejet des tâches en « sale boulot » (Lhuilier et Cochin, 1999).

Dans la globalité des tâches, la désorganisation entre catégories soignantes relevée par cette AS remplaçante signale à la fois la perte du sens de la tâche et le manque d'un collectif élargi entre catégories soignantes.

Solange – *... C'est l'organisation qui est ... Il y a une mauvaise organisation. C'est une catastrophe, c'est une catastrophe. L'organisation du sale est complètement à revoir, mais… et dans l'ordre des choses à faire, et dans la prise en charge, enfin, dans le respect des tâches, je ne sais pas comment le dire, …*

Chercheuse – *Est-ce que tu pourrais donner un exemple qui soit criant dans cette perspective ?*

Solange – *Ah oui, ...L'exemple, le vraiment criant, c'est qu'il y a un ordre pour faire les choses - ….*

C'est la première fois, depuis mon stage et les trois services où j'ai travaillé auparavant, donc, ça fait douze lieux, c'est la première fois que je vois ça. On n'a rien à faire. Chacune travaille dans son coin. Et donc, des fois, l'infirmière arrive, elle est en train de faire un soin, un pansement, alors que le patient, tu ne l'as pas lavé. Donc, toi, tu arrives pour laver, et le pansement il est tout propre. Et toi tu arrives avec ton gant, et tu mouilles le pansement, c'est dommage. Donc, du coup ce que tu fais, ce que tu fais autour. Donc, le lendemain, il y a plein de microbes là, et puis si tu fais chaque matin encore la même chose, tu ne travailles jamais sur du propre, quoi. Enfin, je n'ai pas encore vu des grosses conséquences, mais je suis sûre qu'il y en a des conséquences, c'est évident. Sinon, il n'aurait pas autant d'études faites, sur des… tu sais, comment on appelle ça… des audits, il y a eu des audits pour expliquer pourquoi il faut faire telle et telle chose, dans tel sens, s'ils nous ont appris ça, c'est qu'il y a une raison. ….

Chercheuse – *Les ASH elles arrivent à quel moment ?*

Solange – *elles n'ont rien à faire : elles prennent leurs chariots et elles font chambre par chambre, elles ne se posent pas la question de savoir, où l'on en est. Quand on fait les transmissions, on devrait dire, la priorité, « moi, je veux que tu fasses en premier la chambre 120, 123 et 124, parce que j'ai trois pansements à faire, donc, voilà ». Qu'est-ce que tu fais. Tu fais la chambre à pansements en premier, comme ça, très vite l'infirmière peut travailler. Tu fais la chambre la plus urgente en premier. Ici, au tout début, je suis arrivée et j'ai demandé, et puis, en fait, oui, c'est bien que tu nous demandes, mais comme moi, je ne suis pas là tout le temps, tu vois que la chose ne s'installe pas forcément, et puis qu'il ne s'est pas instauré dans le service. ... Il y a quelques infirmières, notamment les nouvelles qui sont arrivées, on fonctionne pareil, du coup, ça marche très bien, mais ça ne peut pas marcher jusqu'au but, parce que l'ASH ne joue pas le jeu. Je crois même qu'elle ne le sait pas. Ce n'est même pas de sa faute. Je ne crois même pas qu'elle sache qu'il y a un ordre de priorité à respecter, et qu'il y a un sens pour travailler. Elle va prendre la première chambre et puis, up, up, up ! Tu vois ? ... C'est un truc qui me choque ici. ...*

Extraits de l'entretien avec Solange, AS remplaçante, le 20 avril 2008.

Cette AS remplaçante constate que les catégories ne s'organisent pas comme collectif, et ne s'articulent non plus au collectif soignant élargi. La soignante interviewée attribue ce décalage à un manque de reconnaissance de l'utilité de leur activité tant par la hiérarchie qu'au sein de l'équipe soignante élargie. Nous avons cependant quelques hypothèses par rapport à cette désorganisation : une première peut être une stratégie défensive contre l'accompagnement des tâches qui confrontent à la mort. Plus loin, d'autres hypothèses suivront avec des vignettes qui éclaireront la complexité de cette démarche de désorganisation.

L'encadrement et son rôle dans la régulation des tâches, comme la cohérence de l'organisation, nous semblent, à partir de cette vignette, aussi neutralisés, rendus impuissants face aux affects archaïques. La dimension impersonnelle du métier (Clot, 2008) garantie par l'encadrement paraît effacée dans ce contexte. Plus loin, nous ferons des hypothèses autour de cet effacement de l'encadrement en gynécologie et son rapport aux collectifs de travail et aux affects archaïques soulevés dans les activités qui confrontent à la mort.

Dans la « négativité radicale », ce qui organise la défense n'est pas identifié : c'est un reste refoulé, inconnu et faute de contenants de pensée. C'est grâce à la mobilisation par l'angoisse qu'une idéologie et une cohésion sont plus fortement revendiquées dans les équipes. Les restes de cette façon de contenir l'angoisse s'expriment sous forme de « sale boulot ». Cette négativité sera explorée plus en profondeur dans l'idéologie défensive de métier.

Les idéologies défensives de métier

A contrario, quand il n'y a plus d'espace de discussion dans les équipes pour aménager le rapport à l'organisation du travail, quand les personnels renoncent à toutes tentatives d'aménagement des contraintes de travail, qu'il n'y a plus de régulation collective des activités et des épreuves associées, alors la coopération au service de la construction de compromis entre qualité du travail et préservation de sa santé se transforme en cohésion au service de visées défensives ou en recours à des stratégies individuelles, souvent d'ailleurs génératrices de conflits dans les équipes.

La radicalisation des systèmes défensifs opère parfois une transformation de ces défenses collectives en idéologie défensive : « la défense devient alors programme de l'action collective » (Dejours, 1980/2000 : 61). Le rapport au réel est suspendu au profit de la résistance à tout ce qui pourrait fragiliser, menacer la défense, y compris au mépris de l'estime de soi, de la sollicitude, de la qualité du travail. Les espaces de délibération collective disparaissent et avec eux, le débat sur le travail et les règles de métier. Dans ces conditions, s'opère une sorte d'indifférenciation entre les membres de l'équipe, et l'expression individuelle n'est plus autorisée. Ainsi, les AS en gynécologie s'accordent toutes pour passer un minimum de temps aux IVG, *là* où « *le travail n'est pas très intéressant* » et où elles font « *beaucoup de nettoyage sans beaucoup de contact avec les patientes* ». Les voies de mise à distance des patientes « *qui se servent de l'IVG comme un moyen contraceptif et qui reviennent régulièrement* » et ainsi de neutralisation des affects éprouvés face à leur souffrance passent par la construction d'une altérité radicale, empêchant tous risques d'identification et donc de résonance pathique. Ces « *femmes sont des personnes différentes* », « *elles ne sont pas trop dans l'envie de dialoguer* », « *dans la plupart des cas, les patientes refusent de toutes façons un contact* ». Ces patientes sont finalement dépossédées de leur statut de patiente pour devenir des « *objets* », des corps à traiter sans que le soignant n'ait à s'embarrasser d'une relation.

« *Ces femmes* », devenues « *mauvais objet* » car réceptacles de la projection du négatif par les soignantes, sont tenues à distance.

En lieu et place des discussions portant sur le travail, on trouve des conflits entre des personnes, entre des clans. Ainsi, deux autres aspects se vérifient. D'une part, des membres d'une équipe deviennent source de jugement, de rejet, et sont stigmatisés. L'équipe des ASH, celle qui s'occupe des patientes en IVG, est divisée en deux clans. Elles-mêmes se différencient, de façon caricaturale, entre celles qui « *bossent* » et celles qui « *ne bossent pas* ». Ces dernières exercent surtout une fonction de « *nursing* » auprès des patientes situées au plus bas de l'échelle sociale, qui sont en difficulté à la fois socio-économique et psychique. Le clan de celles qui « *bossent* » comprend quelques soignantes qui sont elles-mêmes en mi-temps thérapeutiques, qui cherchent à éviter les IVG et qui ont en commun une posture plutôt passive, voire dépressive. Or, les patientes dont elles évitent de s'occuper, dénommées « *cas sociaux* », agissent comme miroir de leur statut au regard de l'institution. La violence des disqualifications empêche toute discussion sur le réel du travail et sur ce qui est source de souffrance. Celle-ci est plutôt renvoyée à la responsabilité de l'autre clan, cause de tous les maux.

Les idéologies défensives de métier sont caractérisées par « l'apparition d'une pratique dominante de dénonciation et par l'effort désespéré de maintenir la cohésion des agents par référence à l'ennemi commun… » (Dejours, 1980/2000 : 61). Ce qui est dénoncé devient le « sale boulot », normalement les restes des idéologies défensives. Comme nous avons pu l'évoquer auparavant, ce sont les affects archaïques qui mobilisent ce genre de défense radicale. Cette stratégie défensive est spécifique à l'inconnu, l'indicible, le vide. Au regard des IVG, nous observons que pour les équipes d'AS, ces patientes n'ont pas besoin d'accompagnement, elles sont « le reste », objet du « sale boulot ». Dans l'équipe des ASH, cependant, assignée à la tâche d'accompagnement des patientes en IVG, les conflits entre clans se portent garants du maintien du lien et du sens du travail. Il y a un déplacement sur l'équipe quant aux enjeux d'indifférenciation que cette activité sollicite. La projection dans l'autre clan peut préserver l'identité et la différenciation. Ainsi, l'autre clan est assimilé aux attributions fantasmées des patientes en IVG, devenant support dans la réalisation de l'activité. Le rapport entre le « sale boulot », le contenu, l'idéologie défensive de métier et les configurations des

équipes, les contenants, sera abordé dans la partie suivante concernant les conditions pour la subversion du sale boulot en bel ouvrage (Kaës, 1989 ; in Lhuilier, 2002).

Du côté de cette autre tâche, l'accompagnement à la fin de vie, nous pouvons revenir sur la prise en charge du patient en chirurgie ORL, mentionné précédemment : l'incohérence entre acteurs signale la difficulté que représente la gestion de la mort dans le débat des normes. Si pour les chirurgiens et les soignants, l'idéologie défensive exprimée dans l'option intervention chirurgicale contre l'urgence vitale, pour le patient, cela n'avait pas de sens. L'idéologie défensive de métier s'exprime dans le jugement sévère à l'encontre du patient et dans la rigidité de la prise de décision de l'intervention médicale. Au niveau des chirurgiens, le patient passait pour un capricieux : « *s'il se laisse opérer, il a de bonnes chances de survie (environ deux ans) car la tumeur est encore localisée, aucune extension (métastase) n'étant trouvée* ». (Extrait du journal de bord en EMSP, janvier 2012).

Dans cet extrait, le besoin des médecins d'intervenir pourrait s'expliquer par le « pacte dénégatif » (Kaës, 1989 ; in Lhuilier, 2002 : 185-6) sur lequel s'appuie leur collectif de travail pour justifier l'acte chirurgical. Le « pacte dénégatif » de R. Kaës, serait une formation biface, mettant en œuvre, à partir des affects, un type d'alliance reliant l'individu au groupe. Le « pacte dénégatif » se réfère à la construction du contenant d'un groupe à partir du déni de certains contenus. Dans ces conditions, le contenant ou le type d'alliance créée définit le contenu accessible à la discussion et au partage entre individus aussi bien que les aspects relégués ou déniés du contenu. Tout d'abord, centré sur l'angoisse que ce patient s'étouffe et contraint par le précepte médical de sauver la vie, ce médecin refuse d'entendre le désir du patient et refuse de réfléchir à quel acte spécifique il pourrait poser pour lui. En déniant la fin de vie du patient, le médecin argumente la pertinence des actes invasifs, déplaçant ainsi l'angoisse de mort vers le malade non compliant.

Conclusion

Dans les parties précédentes, nous avons identifié la notion de « sale boulot », concept sociologique (Hughes), réélaboré à la lumière des travaux de Freud et de Green démarquant des frontières psychologiques, sociales et morales des activités réalisées (Lhuilier, 2002). A l'hôpital, il s'agit des activités liées au traitement de la mort, que cela soit par l'accompagnement de la fin ou par les procédures d'IVG et d'IMG, seules tâches autorisées de prescription de la mort. Ainsi, les collectifs de travail inscrivent les activités valorisées et celles reléguées à partir de la structuration des règles et des défenses développées.

En analysant les activités des soignants confrontés aux rebuts de la société à l'hôpital, notamment à la maladie et à la mort, on constate la mise en place de stratégies défensives. Cependant, les affects archaïques particulièrement sollicités dans le « sale boulot » semblent désorganiser les repères institués et engendrer un flou, notamment au niveau de la structuration de l'encadrement du travail. Ce défaut ou cette destitution de l'encadrement fragilise à la fois les collectifs et tout étayage dans la construction des ressources symboliques.

D'autre part, les affects archaïques, organisent une radicalisation des stratégies défensives collectives vers les idéologies défensives de métier. Cette radicalisation s'exprime aussi dans la configuration des collectifs de travail, qui est altérée en clans. Nous avons aussi observé le statut d'étranger assigné à ceux qui développent des démarches marginales individuelles en parallèle, non conformes à l'idéologie. Cette question sera abordée dans la partie suivante.

Nous tâcherons ainsi de comprendre les configurations des équipes en collectifs ou en clans, à partir des ressources symboliques mobilisées face aux affects éveillés dans la réalisation de ces activités. Par la suite, nous essayerons d'illustrer comment les stratégies défensives individuelles et collectives sont subverties en bel ouvrage grâce aux ressources symboliques mobilisées.

Nous remarquons que les stratégies collectives de défense développées par les soignants leur permettent de garder un lien avec le négatif psychosocial et de maintenir la continuité du sens dans leur soin. Cependant, ces stratégies ne transforment pas les représentations, car elles ne

permettent pas le déplacement de l'objet à l'intérieur du sujet. Cette façon de fonctionner caractérise plutôt le processus d'idéalisation (Lhuilier, 2005 :94). Les savoir-faire, en revanche, portent une transformation de la représentation, par déplacement de l'objet ce qui permet aux soignantes de relier « … la part de soi investie dans le travail à sa reconnaissance par autrui ; autrui reconnu et estimé comme susceptible de jugements signifiants ; un partenaire de « jeu » au sens winnicottien, qui amène au je » (Lhuilier, 2005 :94). Ainsi, il y aurait de la mobilisation subjective, individuelle et collective dans la domestication du réel (Lagache, 1956).

Nous verrons, dans la partie suivante que les mêmes gestes peuvent aboutir à des activités différentes en fonction de l'étayage symbolique permettant « du déplacement des objets à son intérieur » chez chaque soignant. Cette définition de la sublimation, comme évoquée dans la partie théorique, « sous-tend la capacité de créer en soi et avec les autres un espace transitionnel » (Lhuilier, 2005 : 94).

Conditions nécessaires pour que le « sale boulot » puisse être subverti en « bel ouvrage »

Une spécificité du « sale boulot » repose sur les affects archaïques qui désorganisent les repères institués. Tout dépend alors des marges de manœuvre dont disposent les équipes pour s'organiser et affronter ensemble la peur et les angoisses inévitablement réveillées. Inversement, lorsque chaque professionnel est seul pour affronter l'épreuve, qu'il ne parvient plus à travailler conformément à ses valeurs, que la honte gagne et que le silence sur ce qu'il est amené à faire l'isole encore plus, alors la souffrance et des recours défensifs plus ou moins efficaces deviennent envahissants, souvent au détriment de la qualité du travail.

Liaison et déliaison des collectifs de travail : la continuité identitaire à l'épreuve de la confrontation à la mort

L'intérêt principal de comprendre la dynamique de déliaison et de liaison réside dans les configurations qui apparaissent comme des ressources pour équilibrer l'économie plaisir – souffrance, pour promouvoir la continuité identitaire du soignant, mais aussi pour développer son pouvoir d'agir dans les activités qui confrontent à la mort. Nous nous intéressons ainsi à l'articulation entre les cultures des groupes et le traitement des restes, comme trace des ressources collectives et individuelles dans la réalisation des activités considérées comme du « sale boulot », tout en permettant la reconnaissance de soi au travail.

La défaillance des régulations collectives en gynécologie et en soins palliatifs

Nous avons identifié deux signes caractéristiques majeurs de la déliaison des collectifs de travail : la désarticulation du sens de l'activité et le déplacement des affects sur les personnes dans les équipes. En ce qui concerne la désarticulation du sens de l'activité, quelques aspects seront abordés comme l'incohérence dans le développement des soins ou encore la perte de l'encadrement de l'activité. A propos du déplacement affectif sur les personnes, nous identifierons la diminution des débats collectifs, les rivalités entre membres de l'équipe, la

construction d'un « bouc émissaire » et la formation des « clans ». La fonction transitionnelle du collectif de travail étant perdue, chaque professionnel est délaissé à son propre corps défendant face aux angoisses archaïques éveillées. Un déliement identitaire s'ensuit.

La désarticulation du sens de l'activité

En gynécologie, les changements de chronogramme du bloc par les chirurgiens ont des effets directs sur les activités du service. L'une des conséquences directes a trait au moral des soignantes, dans l'impossibilité de réaliser leurs tâches. L'empêchement de certaines tâches oblige à en remanier d'autres qui n'étaient pas prévues. L'effet est d'autant plus négatif, qu'il est aggravé par le fait d'avoir à affronter la frustration des patientes : *« … J'apprends par Berthe, infirmière, en arrivant que deux cœlios ont été annulées le matin, à cause d'une saturation du bloc opératoire, alors qu'elle avait fait tous les préparatifs pour les interventions, qui étaient dues à des césariennes imprévues la nuit. Ceci a eu lieu dans la semaine qui précédait les vacances, or tous les chirurgiens voulaient opérer à ce moment-là pour partir en vacances.* » Berthe me dit que *« c'était la honte »….* Plus tard, pendant la discussion entre infirmières : « *aujourd'hui c'était la catastrophe* », « *la patiente était en colère avec raison, elle s'était fait raser et avait pris des sédatifs pour faire cette intervention* » qui a été annulée (Extraits du journal de bord, le 26 octobre 2007).

Une ancienne infirmière en gynécologie, qui est partie ailleurs et revenue au service de consultations externes, porte un jugement sur le manque de continuité du travail réalisé dans les différentes unités en maternité.

Ingrid - *...Et on est resté longtemps les mêmes, je pense que ça faisait aussi, on se voyait à l'extérieur et le fait de se voir à l'extérieur, ça donnait une souplesse dans les rapports après dans le travail, je pense qu'on avait aussi à peu près le même âge et la même façon de travailler. C'est-à-dire, un peu plus d'humanité que maintenant. Ce qu'on voit aujourd'hui, c'est qu'on est très technique, « je m'occupe d'un tel secteur », « cela, je ne connais pas », « ce n'est pas moi qui fait ça, c'est elle », et quand je monte, pour avoir des renseignements, il faut savoir « qui fait quoi » et où se trouvent les choses, alors qu'on avait tendance à accompagner les gens jusqu'à la fin de la démarche et puis, et puis, c'est vrai qu'on s'arrangeait pour le planning : une telle partait en vacances, une telle partait en mariage, une telle ... donc, c'était, c'était de la bonne intelligence, de la discussion, en fin de compte, je n'ai pas de souvenir ... il y avait des gens différents, des caractères*

différents, mais je n'ai pas de souvenir de conflit important. Parce que, parce qu'on se faisait confiance, et parce qu'on avait la même façon de voir les choses… les gens sont différents, chacune a des manies, mais je pense qu'on avait toutes la même façon de voir les choses auprès des patientes. Du point de vue des prises en charge, on avait plus d'humanité que maintenant, comme dans tout l'hôpital d'ailleurs…

Chercheur - *Est-ce qu'on parle d'un changement de diplôme, de formation des soignantes ?*

Ingrid – *J'étais dans la salle de naissance l'autre jour et tout était fermé, tout est cloisonné, structuré maintenant. Il y a des cases partout, il faut rentrer dans chaque case. Alors qu'avant tout était ouvert et puis on s'aidait intrinsèquement, parce qu'on avait deux secteurs et on faisait la relève ensemble, comme ça on savait, comme ça on savait ce qui se passait dans l'autre secteur, et ça nous permettait de dire aux gens quand ils venaient pour se renseigner, de leur dire, « je ne m'occupe pas, mais je vais vous conduire à ma collègue qui va vous expliquer ce qu'il en est ». Ou « ça va bien, j'ai entendu qu'elle était au bloc et que cela s'est bien passé et après pour d'autres renseignements, renseignez-vous auprès de … ». Maintenant elles disent, « ce n'est pas moi ».*

Extraits de l'entretien avec Ingrid, infirmière en consultations externes, le 08 février 2008.

En effet, en introduisant la notion « d'humanité », il nous semble qu'elle évalue l'écart des manières de faire entre autrefois et maintenant, qu'elle porte un jugement sur les valeurs des soignantes. Il nous semble qu'elle évoque, au-delà de la question d'un changement de formation des soignantes ou même d'un changement dans l'organisation du travail, la perte de la dimension du « care » (Molinier, 2009) ou « d'accompagnement » (Goldenberg, 1988), la dimension « Humaine » irréductible lorsque le travail porte sur l'humain (Freud, 1919-20/2001 ; 1929-30/1971).

La déliaison résultant des changements dans l'organisation du travail a un retentissement dans la qualité des échanges, lors de l'activité de soin. Elle semble avoir un impact dans les accords symboliques collectivement tissés. Les valeurs « Humaines », cantonnées à la vie privée des soignantes, ne peuvent s'exprimer lors du tissage des normes professionnelles et sont évacuées des soins. La reconnaissance mutuelle des échanges de valeurs soudait antérieurement les collègues, mais avait aussi pour fonction de porter les normes qui participent à la construction du sens dans leur travail. Cette amputation semble décontenancer

les infirmières. Le collectif se rétrécit en clans, et les valeurs autres que celles appartenant au métier, sont exprimées par des jugements sur la vie privée des unes et des autres. La formation de « clans » au lieu d'un collectif traduirait l'enkystement défensif dû au manque d'espace d'échanges sur les valeurs porteuses de normes ; l'activité s'appauvrit et avec elle, les conflits dans les équipes augmentent.

La dynamique des collectifs est également affectée par les aspects qui touchent à la structuration de la culture du groupe. C'est-à-dire, des changements dans l'organisation du travail comme le turnover d'une équipe, l'assise d'un chef de service comme leader ainsi que la menace de pérennisation du groupe par l'utilité sociale et économique de son activité à l'hôpital, peuvent déstructurer les ressources et les défenses des collectifs de travail. Nous accordons de l'importance à la délimitation des tâches prescrites dans l'organisation du travail et dans les collectifs.

En modifiant l'organisation du travail, l'encadrement des tâches est affecté aussi bien que la structuration des collectifs de travail. Plus l'encadrement des tâches prend en compte les critères de justice et de métier, « dimension impersonnelle », selon Clot (2008), plus les collectifs de travail développeront des débats sur les valeurs qui seront ressources pour les activités des soignants, et donc, plus les soignantes trouveront d'étayage pour subvertir des affects de déplaisir en plaisir.

Le déplacement affectif sur les personnes

Notre intérêt est de mettre en discussion les effets des affects archaïques dans la désarticulation du sens entre normes et valeurs au regard de la réalisation de l'activité, mais aussi entre l'agir et le penser, déliant le collectif de travail. Cette déliaison mettrait l'activité entre parenthèses et entraînerait un repli défensif vers une relation duelle, d'opposition et de conflit au sein du collectif, affectant ainsi l'encadrement des activités et la configuration du collectif.

Comme nous l'avons vu dans l'analyse de l'infirmière, revenue au PME, sur les changements dans les équipes, il nous semble qu'elle articule les différentes valeurs entre les différentes générations et formations d'un métier, et le manque de débat sur les valeurs communes, porteuses des normes (Schwartz, 2009 ; Venner et Schwartz). Il est question à la fois des changements dans l'organisation du travail, mais aussi au sein de la formation des

infirmières ; changements qui seraient à l'origine de la déliaison de ce collectif d'infirmiers en « clans ».

Caroline – *Il y a eu un souci, c'est qu'il y avait des infirmières vieilles, comme moi, entre guillemets et puis au bout d'un certain nombre d'années, bon, bah, les urgences, le stress, t'en as un petit peu marre, et tu veux changer un petit peu ; et il y a eu un remplacement de six infirmières, d'un coup pratiquement ; donc, ça fit une cassure dans le service, ça fait une cassure dans le service, parce qu'on ne trouvait plus nos repères, notre façon de travailler, donc, quand on a plein de nouvelles, ce qui n'est plus trop mal, parce que pour qu'un service marche, il faut des anciennes, des nouvelles, il faut de tout, il faut de tout. Elles, elles arrivent avec leurs, leurs protocoles appris à l'école, leur, leur, …leur force…*

Sandrine – *leurs questionnements aussi… il faut, il faut, il faut, oui, oui, oui, mais…*

Caroline – *leur chamboulement, …*

Sandrine – *oui, et puis, nous, nos manques de connaissance et de pratique aussi…*

Caroline – *et nous, « on reste sur nos acquis… Non, ça marchait bien comme ça, je ne vois pas pourquoi vous révolutionnez le service… non, ça marche bien comme ça »…. Et c'est depuis ce temps-là, depuis…*

Sandrine – *Fin 2002, 13 octobre 2002, …*

Caroline – *il y a eu trop de changement, même les aides-soignantes ne se retrouvaient plus. Les médecins étaient complètement perdus, et là, il y a eu des petits clans, c'est ce qui est dommage, ce qui est dommage vraiment …*

Extraits de l'entretien avec trois infirmières en gynécologie, le 12 novembre 2007.

Dans la discussion au sein de ce « clan » d'infirmières en gynécologie, la remémoration de la formation des « clans » et la dissolution du collectif de travail semblent très attachées à deux facteurs en particulier. D'une part, le turnover important dans cette catégorie professionnelle. D'autre part, le manque de référentiel commun entre les infirmières nouvelles et les anciennes pour la prise en charge. Il ressort que ces changements révèlent sur le besoin de construction d'une assise commune de valeurs, mais aussi d'un temps pour les construire et les consolider ensemble, afin de garantir le sens des activités réalisées. L'impact de ces deux aspects dans la dynamique du groupe semble avoir dissous, non seulement le collectif infirmier, mais

désorganisé par la même, les activités des deux collectifs dont le lien est plus étroit : celui des AS et celui des médecins.

Les analyses des entretiens avec les soignants font ressortir des éléments qui méritent d'être relevés : la précarité des collectifs de travail et l'imposition d'une logique de productivité dans le système hospitalier réduisent des problématiques complexes à des conflits personnels. En utilisant les termes d'Yves Clot (2008) la défaillance des dimensions impersonnelles et transpersonnelles du métier, rabat le champ d'action et de réflexion aux dimensions interpersonnelles et personnelles. Cette fragilisation des collectifs semble être profondément liée au rythme et à l'ambiance créés par la mise en place des dispositifs de contrôle et par l'accroissement de la charge de travail. Par cette fragilisation, un véritable exercice de domestication du corps et d'anesthésie de la pensée est réalisé (Dujarier, 2006 ; Lhuilier, 2007).

Les jugements déplacés entre collègues au travail témoignent d'une résonance imaginaire. Une AS évoque clairement sa difficulté de prendre de la distance avec sa vie personnelle pour réaliser son travail. Elle explique d'abord que « *c'est un milieu très féminin, qu'entre les infirmières, il y a des « clans » et qu'entre AS, elles sont plus soudées* ». En se référant aux infirmières, elle continue : « *les gens se permettent de te reprocher la façon dont tu t'habilles « en civil » - en disant que tu n'as plus l'âge de porter tel ou tel vêtement -, et avec qui tu as des relations (dans son cas, elle avait un petit ami gendarme)* » (Extraits du journal de bord du 15 octobre 2007).

N'ayant ni un « tiers » collectif ni une hiérarchie qui fixe clairement les critères d'évaluation du travail – qui permettrait ainsi une distance par rapport à elles-mêmes – les soignantes « collent » à leurs activités. Aucune déprise n'est possible et donc, le genre professionnel (Clot, 1999 2006) pâtit du manque de répondant pour promouvoir de la créativité libératrice face aux difficultés. Dès lors, toute critique devient difficile à accepter et les dynamiques défensives se renforcent. Dans une autre situation, Caroline et Marine, infirmières, sont choquées de la façon dont la cadre de proximité avait dit aux personnes présentes qu'elle *« était « déçue » de l'équipe* » (Extrait du journal de bord du 16 juillet 2007).

Les jugements entre collègues et avec la hiérarchie, qui font allusion à la psychologisation des comportements, participeraient aux manquements des collectifs de travail comme espace instituant des règles de métier. La défaillance des collectifs pour borner le public du privé (Cru, 1995), permettant par les espaces transitionnels l'élaboration entre la contrainte et la liberté des actions au travail, suggère de la confusion et de l'impossibilité d'objectivation au travail et donc, l'empêchement de la subjectivation des soignants.

En EMSP, dans le cas de Madame Célestine, patiente en fin de vie en gastro-entérologie, nous retrouvons les mêmes aspects caractérisant la déliaison. Ce cas, nous permet d'analyser, dans le court espace de temps d'un an-et-demi, l'évolution d'une équipe dans sa déstructuration face à l'accompagnement de fin de vie. Avant d'amorcer la discussion sur cet accompagnement, quelques mots sur l'évolution de l'équipe nous semblent nécessaires pour comprendre la déperdition de l'équipe face à la prise en charge des patientes en fin de vie.

Cette équipe, d'un service hospitalier périphérique, est confrontée à une des populations les plus précaires et « poly pathologiques ». Leurs patients de base sont dépendants à l'alcool et aux drogues, des patients cirrhotiques (souvent avec des infections virales) et des personnes atteintes de cancer en « bout de course ». L'équipe est ainsi confrontée très régulièrement aux affects archaïques, suscités par la prise en charge des patients encéphalopathes, incohérents, violents, non-conciliants, déprimés et parfois suicidaires. Cela exige que les soignants soient attentifs et qu'ils puissent trouver des espaces de valorisation de leur savoir-faire et d'échange sur les ressources symboliques, afin de gérer correctement les quarts de travail. Il est question d'espaces transitionnels mais aussi d'espaces de reconnaissance de soi dans sa communauté d'appartenance au travail.

Une autre caractéristique importante est qu'il s'agit d'un service dirigé par des médecins femmes et une cadre de santé. D'autre part, l'équipe élargie est composée de soignants d'origine africaine, tandis que les médecins sont d'origine européenne et la cadre antillaise. Ces éléments avaient pu auparavant jouer un rôle sur les valeurs dans l'accompagnement des fins de vie, opposant médecins et soignantes lors de la discussion autour de son transfert. Dans ce service, le taux de turnover des soignants infirmiers est connu depuis toujours comme étant élevé.

D'autre part, un conflit s'est installé depuis deux ans entre médecins et encadrement dans ce service. Ce conflit porte en apparence sur différents sujets, terminant toujours en aval sur des accusations afin de trouver « à qui la faute ». Il vient peut-être, mettre en évidence le mal-être au travail : le vécu d'un réel immaîtrisable, qui dépasse largement la compétence des soignantes récemment formées, mais aussi celle des médecins, confrontés à leurs limites d'épuisement face à des situations complexes et débordantes. Ce conflit concerne l'ensemble de l'équipe formant deux clans : les soignants qui soutiennent les médecins, en particulier les infirmiers et ceux, majoritairement composés par des AS, qui soutiennent la cadre. Il nous semble que l'alliance entre les infirmières et les médecins contre la cadre rejoue la dynamique vécue par les médecins dans leurs rapports aux patients, où leur autorité est remise en cause. Cette organisation en clans maintient, pendant des mois, une situation instable de la position des médecins et de la cadre, avec des moments de rivalité mais aussi de coalition autour de certains patients.

La tension se décharge lors du déménagement pour « gagner deux lits supplémentaires » dans le service. Moment délicat où la prise de décision médicale de céder à la pression de l'administration pourrait se jouer en faveur de la cadre, contre les médecins dans l'alliance avec les infirmières. Néanmoins, le conflit se solde par la cristallisation de la cadre comme bouc-émissaire, à qui l'on reproche de se retrancher dans sa résistance et son manque de solidarité avec les médecins. A ce moment, le bureau de la cadre a été « placé à la porte du service ». C'était dans ce contexte de tension que la prise en charge de Madame Célestine avait débuté, touchant sa fin justement au moment où le conflit entre les médecins et l'encadrement arrivait à son apogée.

Cette jeune patiente haïtienne avait bouleversé l'ensemble des équipes. Elle était décrite comme une patiente avec un pronostic terrifiant, venue aux urgences à plusieurs reprises pour des maux de ventre pendant et après sa grossesse. La patiente avait été tardivement diagnostiquée d'un cancer du colon avec des métastases évoluées. Les médecins en gastro-entérologie avaient pris le relais de la mauvaise prise en charge des urgences. S'agissant de la même institution, les médecins se sentaient aussi concernés que responsables du diagnostic tardif. Cette patiente avait trois enfants en bas âge et avait commencé son suivi palliatif en mars 2011, alors que son bébé avait six mois.

Très vite cette patiente est devenue le « bouc émissaire » dans les différents services où elle séjournait, notamment en gastro-entérologie, mais aussi en hôpital de jour en oncologie, auprès des infirmiers en soins palliatifs et en soins de support. Ainsi, avait-elle mobilisé les défenses les plus régressives des différentes équipes, qui répondaient de façon violente en l'excluant de sa place de patiente.

La psychologue en EMSP assez étonnée par les réactions négatives qui se démultipliaient, a essayé de comprendre pourquoi elle était vue comme une patiente qui « *prenait de plus en plus de place* », « *demandeuse* », « *manipulatrice* » et « *intransigeante* ». Les premières hypothèses se centraient sur le fait que Madame Célestine n'offrait pas de prise aux soignantes, « *ne permettait aucune intrusion dans sa vie privée, gardant toujours une distance vis-à-vis de son mari et de ses enfants, tout en sollicitant en raison de sa maladie un changement urgent de logement* » (Extraits du journal de bord en EMSP, octobre 2011).

Cependant, c'est en rediscutant auprès de l'EMSP que la formulation est devenue plus claire : elle portait des demandes de « vivants » dissolvant la distance entre soignants et soignée. Ces demandes considérées comme celles de « vivants » devenaient, aux yeux des soignants insupportablement proches, voire blasphématoires car elle était considérée par les soignantes comme une « mourante ».

Ainsi, nous constatons l'idéologie défensive dans l'institution médicale, où tout discours du patient ne peut être accueilli, car cela mettrait de l'indifférenciation entre les médecins / les soignantes et les soignés (Hamraoui, 2011 ; Atmani, 2005). Les idéologies défensives verrouillent le jugement sur le sérieux du discours qu'un patient porte notamment sur ses demandes en cohérence avec les préoccupations et attentes des médecins sur le diagnostic et le pronostic de sa maladie. Ainsi, l'idéologie défensive du métier requiert que les patientes s'en remettent aux soignants et à l'institution hospitalière pour une prise en charge en fin de vie (Hamraoui, 2011). I. Atmani (2005) avait signalé que le refus du patient de jouer le rôle « assigné » de « bon mort », lui empêche de prendre place dans la Cité, et ainsi dans le système d'échange symbolique mise en place à l'hôpital.

Cette patiente arrive à l'hôpital quatre jours avant son décès, ne supportant plus les douleurs. Examinée et ensuite sédatée dans les « services portes », les résultats des examens accusent

une « péritonite », une inflammation répandue du péritoine et les médecins s'apprêtent à intervenir pour « sauver sa vie ». La patiente s'oppose à l'intervention médicale. L'éclairage du médecin en EMSP rejoint le désir de la patiente et par la suite régule l'activité entre chirurgiens et radiologues et contextualise la « péritonite » comme une inflammation due au cancer avancé de cette patiente. Dans ce cadre et vu l'état général de la patiente, ce médecin suggère de la transférer en USP pour son confort.

A la demande du médecin en charge, Madame Célestine était cependant montée en hospitalisation en gastro-entérologie. Ce parcours était notamment justifié par le besoin du gastro-entérologue de repasser un scanner, support technique pour valider sa décision de ne plus l'opérer. Au vu du deuxième scanner, le médecin se résigne à ne plus intervenir.

En médecine ainsi qu'en chirurgie, le « faire » inscrirait les médecins dans l'action, court-circuitant la pensée au regard des peurs et des angoisses envahissantes. Ne pouvant réaliser un acte réparateur dans le curatif, prendre en charge cette patiente est devenue insupportable pour les soignants et notamment pour le médecin. Finalement, ce dernier décide de passer le relais de cette patiente à l'USP.

D'autre part et d'une façon équivalente, les soignants étaient aussi dans l'empêchement de poser un acte différenciateur et symbolique au regard de cette patiente. En n'arrivant pas à mettre en place la pompe à morphine pour soulager ses douleurs, aucune réparation, aucun échange n'était possible autour de l'accompagnement de fin de vie de Madame Célestine (Baudrillard, 1976). La déliaison au regard des soignants était ressentie d'autant plus que cette patiente s'adressait à eux par leurs prénoms et manifestait très explicitement des gestes de dénudement, typiques dans la phase d'agonie. Ces caractéristiques créaient une proximité envahissante entre malade et soignants, ce qui devenait insoutenable dans cette prise en charge.

La décision prise par le médecin de la transférer, sans discussion préalable avec les soignantes, dénote une spécificité de la prise en charge entre l'équipe et cette patiente. Ce qui aurait pu être autrefois considéré comme une dépossession par les soignantes, était cette fois-ci un soulagement. Ainsi, nous nous interrogeons sur la défense massive mise en place dans la prise en charge de fin de vie de cette patiente.

Suite à cette décision, des conséquences sont constatées sur le terrain. D'une part, en imposant une différenciation par un mouvement nommé le « négativité radicale » (Kaës, 1989 ; in Lhuilier, 2002 : 187), ce qui est expulsé du négatif en soi reste non représenté et donc délié des valeurs symboliquement partagées. Ainsi, le besoin de différenciation procurerait une projection du malaise du médecin à l'extérieur, expulsant cette patiente. Celui qui est expulsé incarne le signe du négatif, du « sale boulot ». Le transfert intempestif de la patiente et la « mise à la porte » de l'encadrement nous interrogent sur l'utilisation de ce recours comme instrument de liaison, favorisant l'affirmation de l'identité des médecins. Par l'expulsion, il y a eu action et donc différenciation de la peur d'anéantissement.

Contrairement au débat qui avait pu avoir lieu auparavant avec l'équipe de gastro-entérologie lors de l'accompagnement d'autres fins de vie, l'équipe affaiblie n'a nullement interrogé la démarche du médecin dans le cas de Madame Célestine. Cela atteste de la qualité des affects mobilisés dans l'équipe, mais aussi de l'impossibilité à mobiliser des ressources pour contenir en soi ces affects. Ces ressources, autrefois présentes, étaient devenues imperceptibles ou inexistantes. Ceci était sans doute dû au turnover des infirmiers, à la perte de l'encadrement des tâches, au déliement du collectif de travail. Tous ces éléments mettaient en porte-à-faux la cohérence et le sens du travail réalisé et permettaient le déplacement affectif sur la patiente d'une part et sur la cadre, de l'autre (Kaës, 1989 ; in Lhuilier, 2002 ; Lhuilier et Cochin, 1999).

Les tâches qui réveillent des affects archaïques peuvent ainsi et dans la durée, désarticuler la fonction transitionnelle des collectifs de travail, vers une organisation plus défensive et régressive, comme celle des « pactes dénégatifs » (Kaës, 1989 ; in Lhuilier, 2002). Dans la durée, ces tâches pourraient, comme nous l'avons vu ici, porter atteinte à l'identité de ceux qui les réalisent.

Dans la partie qui suit, nous abordons l'interaction entre les affects archaïques, la perte de l'encadrement des tâches et le déliement des collectifs de travail dans le mauvais travail.

Le Mauvais travail : la perte de l´encadrement et le manque de répondants collectifs dans la production des « événements indésirables »

Lorsque les stratégies défensives, individuelles et collectives, font défaut, les soignants se confrontent alors au réel du travail, c'est-à-dire, aux aspects inattendus, imprévus ou évités de la réalité. Si la confrontation à la mort annoncée est une épreuve dans le travail soignant, signe de l'impuissance, de la résistance du réel à sa domination par le savoir et la technologie médicales, les situations critiques sont celles qui confrontent à de l'indétermination, à l'indécidable et donc à la confusion. Comment ajuster son activité quand le diagnostic est trouble, quand l'état du patient n'est pas établi et reconnu, quand il est dans un entre-deux, entre vie et mort ? Est-on dans le curatif, dans le palliatif ? Quelle réponse apporter, quelle posture mobiliser ?

L'exigence de différenciation est à la mesure des fantasmes archaïques qui sont réveillés dans de telles situations. Fantasmes archaïques qui évoquent ces « *morts-vivants* » qui hantent nombre d'histoires et de mythes. La capacité d'élaboration est alors empêchée, déliant à la fois le sens de l'activité, le débat en collectif et finalement l'identité du professionnel. La désintrication de la vie et de la mort, ou « *la rupture de l'unité indivisible de la vie et de la mort* » (Baudrillard, 1976), ne peut plus étayer les catégorisations diagnostiquées et la différenciation des protocoles de soins. Aussi, les patients qui se dérobent, pour différentes raisons, à cette opération de classification, provoquent du désarroi, voire de la terreur.

La perte de repères qui caractérise ces événements peut délier à la fois les traces de la tâche et vider le collectif contenu en soi (Kaës, 1989 ; Lhuilier, 2002). Ces circonstances provoquent ce qui est connu en médecine comme des « événements indésirables ». Conceptuellement, il s'agit du « mauvais travail », du débordement du cadre contenant, qui se traduit dans un passage à l'acte. Nous aborderons quelques situations où la perte des repères transforme l'activité en « mauvais travail ».

Nous avons considéré auparavant, l'accompagnement des IMG comme une activité valorisée dans le service de gynécologie. Cependant, cette activité peut être vécue comme du « mauvais travail » par les soignantes, lorsque les conditions dans le collectif des médecins ne sont pas assurées, empêchant une relève délimitée auprès des équipes soignantes. La détérioration de

ces conditions de travail peut pousser à une clarification ou différenciation forcée, dans un passage à l'acte préjudiciable pour tous.

Les infirmières ont la responsabilité de l'exécution de la prescription de « donner la mort ». Pour que cela soit subverti en « bel ouvrage » une cohérence sur le sens de la tâche est nécessaire entre collectifs de travail et au sein de la catégorie infirmière. Cependant, comme nous l'avons signalé plus haut, les médecins, comme les infirmières, ne se rassemblent pas dans un collectif, mais s'organisent en « clans ». Cette organisation en « clans » serait étroitement liée aux tâches organisées par le staff anténatal. Parmi ces tâches, la délégation de la tâche de « donner la mort » peut être vécue comme une activité vide de sens, comme du « sale boulot ». Le signe du « sale boulot » atteste le manque de trame symbolique collectivement construite pour subvertir le sens de ces tâches en activité. La déliaison chez la catégorie médicale porte atteinte, par la résonance imaginaire, aux différentes équipes soignantes.

Madame Bonang, patiente qui a passé sa semaine en gynécologie sans traitement cohérent puisque les chirurgiens donnaient des avis différents sur son cas : avec une grossesse en 23e semaine, elle avait un état d'hypertension (pré-éclampsie[14]) qui ne s'arrangeait pas avec la médication et son bébé était en retard de développement, ce qui « tendait vers un cas de mort fœtale », selon le Professeur Ménard, patron du service. En attendant un tel aboutissement, la mort fœtale était plus facile à gérer pour la santé de la mère et du bébé, aucune prescription ni explication n'étaient données à la patiente ni à son mari. Les médecins trouvaient « difficile qu'elle arrive à la 26e semaine de grossesse », période à partir de laquelle l'équipe évalue comme envisageable la réanimation néonatale. En revanche, dans cette posture d'attente, sans prescription ni directive précise, la patiente, ainsi que son mari, avaient commencé à ne plus croire à la compétence de l'équipe. Confrontée à la difficulté imposée par le manque d'action, Berthe, infirmière, avait demandé un dialogue entre les chirurgiens, et avec le mari, pour qu'il soit au courant des risques. Tandis que Laure, médecin chirurgien parle avec le mari dans la salle de réunion – en essayant de lui expliquer le manque presque

[14] Eclampsie - est une complication sérieuse de la grossesse qui se caractérise par des convulsions pouvant mener au coma et qui constitue donc une urgence vitale pour la mère et l'enfant à naître.

En général, l'éclampsie se produit au terme d'une pré-éclampsie dans les dernières phases de la grossesse avant, pendant voire après l'accouchement chez la mère en couches. Il arrive cependant que l'éclampsie ne soit précédée d'aucun symptôme pré-éclamptique.

total de viabilité du bébé – le Dr Saumagnat, passe et prescrit la médication par perfusion à la patiente, afin de mettre un terme à sa grossesse. Berthe intervient en disant « que ce n'est plus possible d' « être entre deux feux », que le Dr Laure est en train de parler au mari de la patiente ». Le Dr Saumagnat explique qu'il restera « de garde ce week-end » et qu'il ne voudrait pas « qu'une urgence vitale due à la mort fœtale lui tombe dessus ». Il dit qu'il « fera descendre l'anesthésiste pour prescrire la perfusion ». Mme Henri, cadre de proximité se joint à Berthe en précisant « qu'il y a une patiente en face d'elles et que ce n'est pas faisable de lui communiquer cela de cette façon maintenant, après une semaine de manque de directives claires ». Dr Saumagnat part très énervé. Berthe parle à ses collègues : Vanessa et Sandrine, mais c'est avec Odette, l'AS qui reste à ses côtés et avec qui elle a des nombreux croisements de regards pendant toute la discussion, qu'elle retrouve de la complicité. Dr Laure sort de la salle de réunion, le mari de la patiente est très ému – il avait pleuré – Dr Laure informe Berthe du contenu de la discussion : « le couple est prêt à garder l'enfant ». Encore là, Berthe s'énerve, puisque personne n'avait expliqué à ce couple en fait la décision du corps médical. Dr. Laure avait à peine fait mention du manque de viabilité, mais ne lui avait pas donné des précisions sur l'intention d'intervention de l'équipe. Mme Henri à ce moment essaie de mettre en avant un déplacement de la patiente en UGP, avec l'excuse que « le bébé puisse être suivi ainsi que la mère ». L'anesthésiste envoyé par le Dr Saumagnat arrive et rend à Berthe la prescription. Dr Saumagnat passe ensuite pour lui dire qu'il va à une soutenance de thèse mais qu'à son retour il veut bien revoir la prescription de l'anesthésiste mise en place. Berthe fait parmi ses collègues un commentaire sur le «infanticide » et le fait qu'elle n'est pas d'accord avec cette démarche. Au lieu de mettre en place la prescription, elle la rajoute au dossier de la patiente et Mme Henri lui trouve une chambre à l'UGP. Elles commencent la procédure pour la transférer. …

Extraits du journal de bord, le 12 octobre 2007.

Le « mauvais travail » nous semble se référer à la perte de tout encadrement d'une activité. Ce déliement résulterait de la résonance des affects archaïques dans la dynamique collective. Les ressources symboliques collectives sont perdues laissant aussi chaque soignant seul. Les contours de l'activité, l'objectif du travail réalisé, son sens sont ainsi effacés. Dans cette situation, la perte du cadre de travail est identifiée dans la prolongation de la ruse des médecins de se donner du temps, de ne pas intervenir et ni poser clairement un diagnostic,

afin d'éviter de poser l'acte de « donner la mort » en attendant que l'évolution aboutisse à une mort fœtale. Cette stratégie épargne les médecins, mais affecte les activités des soignantes et le travail de deuil des patientes. Ce « temps suspendu », temps d'attente, qui correspondrait au développement des activités relationnelles des soignantes avec les patientes est limité. Il suspend également leur recours à la stratégie collective de « faire parler » la patiente. La perte du cadre est indiquée avec la tension entre le couple et les soignantes et la décrédibilisation des soignantes au regard de la prise en charge proposée.

Les soignantes signalent ainsi que le « temps suspendu » n'est plus tenable entre elles et la soignée. Cette tâche est rendue floue, désorganisant le sens pour les soignantes. Cependant, l'effort de l'infirmière et de l'encadrement de proximité de reposer un cadre à l'activité d'annonce de la décision médicale, au regard de ce couple, n'aboutit pas à une action cohérente entre acteurs. Cette demande de dialogue reste morcelée au niveau médical, signalant le manque de collectif. Le médecin responsable est vite passé à l'action, exprimant par la projection ce qui l'insupportait : avoir à « prendre la décision » de « donner la mort » reportée vers lui, qui resterait seul, de garde, le week-end. A son tour, il déplace sa décision sur les soignantes par la mise en œuvre de la prescription de la perfusion pour arrêter la grossesse de la patiente.

Le « mauvais travail » s'inscrit pour les infirmières, à plusieurs reprises dans cette vignette clinique face à la défaillance de la stratégie défensive collective. Si la tâche des soignantes est d'aider les patientes à élaborer ce qu'elles vivent pendant leur hospitalisation, dans ce cas, l'évitement et les différents « sons de cloche » des médecins face à la patiente empêchent l'utilisation de cette stratégie, créant une impasse. C'est ensuite le manque de cohérence entre les médecins, dans leur passage à l'action sans annonce préalable au couple, qui engendrera le « mauvais travail » pour les soignantes. Ce mauvais travail est nommé « infanticide », soulignant la dégradation du sens de l'activité de l'IMG : elle équivaut alors à un meurtre. Les valeurs qui portent le sens du soin sont perdues et avec elles, la possibilité de réinstaurer des échanges symboliques dans l'acte d'IMG.

Le Professeur Ménard, accorde aux infirmières le droit d'être gênées, mais il croit que « nommer un chirurgien responsable pour l'IMG ne va pas soulager la situation », car il sera obligé de « se renseigner auprès du médecin qui a suivi la patiente, et de maintenir l'équipe

de garde informée. Cela n'empêchera pas les conflits de continuer puisque tout le monde ne pense pas pareil ». D'ailleurs, il ne comprend même pas pourquoi le Dr Saumagnat avait réalisé une césarienne, quand une expulsion par voie basse était complètement envisageable dans ce cas (les patientes se sentent mieux une fois que leurs bébés meurent).

Extraites du journal de bord, le 15 octobre 2007.

Cette vignette montre encore plus clairement comment la décision de « donner la mort », n'étant pas prise collégialement entre médecins, est déléguée comme du « sale boulot » au médecin de garde. Cette façon de « décider » de la vie et de la mort met à son tour, le médecin de garde face à la responsabilité de « donner la mort », à son corps défendant. Ne se sentant pas soutenu par ses pairs, ce médecin ne contient ni l'équipe soignante, ni la patiente. Le sens de l'activité est perdu pour lui. Ainsi, on observe que le manque de collectif dans cette catégorie ne permet pas de subvertir les affects archaïques en bénéfice de l'activité. Le symptôme de ce manque de collectif peut être vu dans l'inflation de la personnalisation du conflit (Clot, 2009).

Avec la projection du malaise au travail sur des personnes, les médecins mais aussi les infirmières, se protègent par la mise en place d'une organisation défensive en « clans ». Le résultat ici est donc « l'évènement indésirable », la mauvaise prise en charge d'une IMG.

Dans une autre situation en gynécologie, l'équipe soignante est mise à mal par la prise de décision erronée de l'arrêt de grossesse d'une patiente, par deux internes. Les infirmières en gynécologie disent avoir l'habitude de « minimiser les dégâts » en vérifiant toutes les activités réalisées par les médecins pour assurer la qualité de soins. « Gérer ces patientes » techniquement, c'est empêcher qu'une mauvaise prescription soit mise en route. Autant pour la patiente que pour la professionnelle, cette « erreur » est très mal perçue : l'erreur de diagnostic faite par des internes est vécue comme « un mauvais travail de l'équipe ». Bien qu'il s'agisse d'une décision médicale, « c'est la honte pour le service », ponctue Berthe, l'infirmière. Selon elle, vérifier le terme de la grossesse et encadrer les internes relèvent de la responsabilité de l'infirmière, qui avait mis la prescription en place.

…dans le bureau des infirmières, Gisèle, AS, est en train de discuter avec Berthe, infirmière, de la patiente pour laquelle deux internes avaient décidé de donner le « cytotec », parce que son bébé n'avait pas d'activité cardiaque ; en effet, ils ont découvert le lendemain que « l'activité cardiaque indétectable était normale dans le petit terme de grossesse ». La patiente était entre la 5e et la 8e semaine, et était venue aux urgences parce qu'elle avait des pertes de sang. Gisèle m'informe de ce cas, de la colère et de la conscience de la patiente, « puisqu'elle avait entendu l'activité cardiaque, au moment de l'échographie de son bébé après la prise du « cytotec » ». C'est une patiente de Berthe, qui sortira en début d'après-midi. Berthe devra alors lui rendre les papiers de sortie et lui expliquer qu'il va falloir faire, dans une semaine, une nouvelle échographie.

En entrant dans la chambre de cette patiente dont la grossesse a été interrompue, Berthe essaye de lui expliquer le besoin d'une nouvelle échographie dans une semaine, pour voir, dit-elle (ne pouvant affronter la réalité de la situation), « comment avance la grossesse » ; elle évite ainsi que la patiente, visiblement en colère, ne la questionne. Elle lui demande « si elle a eu des pertes ». La patiente lui répond : «oui, des gros caillots », et elle en reste là (comme si elle la défiait et lui laissait entendre qu'elle était consciente de ce que cela signifiait). En sortant, Berthe me fait remarquer que « la patiente est bien au courant et qu'à son avis, elle n'attendra pas une semaine pour faire une échographie, et la fera le plus tôt possible ». De la même façon, Berthe me confie : « je ne crois pas qu'on va la revoir, cette patiente, elle est dans son droit si elle dépose plainte ». Elle me confie aussi qu'elle a « eu du mal à parler de l'échographie, que cela était perceptible par sa voix défaillante, et qu'en tant que professionnelle, solidaire de ses collègues de l'hôpital, elle ne pouvait pas être dans l'ouverture avec cette patiente »; elle ne pouvait pas, par éthique professionnelle confirmer à cette patiente sa perception des faits d'un échec médical. Elle insiste : « cela n'est pas bon du tout pour l'équipe, les deux internes devaient savoir que l'activité cardiaque est imperceptible en début de grossesse ». Elle rajoute que « c'était malgré tout l'infirmière qui avait mis en œuvre la prescription médicale ».

Extraits du journal de bord, le 31 octobre 2007.

Cette vignette nous permet d'analyser son contenu sur deux plans. Un premier plan représenterait la mise en scène de ce qui est dit à la patiente, ce qui se laisse entendre, penser, sur une prise en charge qui veut évacuer la dimension de l'Humanité (Freud, 1919-20/2001 ;

1929-30/1971). L'infirmière se replie face à la patiente au regard du travail mal réalisé et essaye de se protéger ainsi que l'équipe dans la situation, en amenant avec elle la clinicienne chercheuse pour rendre les papiers à la patiente. En entrant à deux dans la chambre, elle se protège d'une identification avec la peine de la patiente. Cela se vérifie lorsque l'infirmière la questionne sur l'échographie pour en savoir davantage « *comment avance la grossesse* » et aussi la question « *si elle a eu des pertes* ». Dans les deux cas, ses questions évitent la confrontation autour de l'erreur médicale et l'IMG conséquente. Les enjeux, cependant, étaient très présents, autant dans l'esprit de l'infirmière par sa voix défaillante que dans celui de la patiente, manifesté par sa réponse sur un ton défiant. Les dimensions d'Humanité et de maternité présentes dans l'esprit de l'infirmière, sont à la mesure de la terreur et du poids portés par les infirmières d'une mort provoquée par erreur médicale.

Le deuxième plan émergerait dans les coulisses de l'activité : ce qui est voilé, occulté au regard de la patiente, malgré les allusions du mal-être pendant l'entretien. En dehors de la chambre et avec la clinicienne chercheuse, le discours change et nous avons accès à ce qui préoccupe l'infirmière. Dans son récit, le conflit entre deux dimensions est posé : les dimensions d'Humanité et de maternité sont ici contrecarrées par la solidarité du corps de métier. L'esprit de corps fait que l'ensemble de l'équipe ressent cette erreur médicale comme sienne. La prise de position de l'infirmière face aux différentes valeurs suscitées par cette situation, précise une action posée, mais n'annule pas les autres dimensions de vie qui ont dû être négligées : sa double identification comme femme et comme soignante la poursuit. Finalement, cette infirmière affirme que cet effacement de la dimension Humaine ne se fait pas sans coût psychique pour l'ensemble des soignantes. Elle évoque ainsi le retournement des affects contre soi-même et les soignantes « *cela n'est pas bon du tout pour l'équipe…* ».

Ainsi, comme l'avait précisé Y. Clot (2008) la controverse n'a pas seulement lieu dans le collectif de travail, mais est également portée par chaque soignant à partir de son expérience dans le métier. Cependant, dans cet arbitrage, nous nous demandons si les valeurs qui sous-tendent le débat ne dépassent pas celles qui portent les normes du métier de soignant. Dans ce cas, il nous semblerait que l'infirmière évalue le mauvais travail à partir des autres dimensions de sa vie (Curie, 2000) : en tant que femme et mère (Molinier, 2006 ; 2009), en tant qu'humain (Schwartz, 2009).

Finalement, si l'idéologie défensive rigidifie le cadre et étrangle la pensée dans le collectif de travail face à l'archaïque, le mauvais travail n'est plus contenu, ce qui permet le passage à l'acte. Dans les deux contextes, on retrouve un défaut de ressources symboliques pour contenir les affects archaïques. Cependant, la reconnaissance du travail fournie aux soignants eux-mêmes n'est pas la même, qu'il s'agisse des idéologies défensives ou du mauvais travail. Ainsi, l'activité est appréciée différemment selon les situations, socialement reconnues par le collectif, dans lesquelles le mauvais travail s'inscrit; tandis que celles qui participent à l'idéologie défensive sont dévalorisées, considérées comme du « sale boulot ».

En analysant de plus près les situations cliniques qui nous permettent de constater la déliaison, nous remarquons que la radicalisation des systèmes défensifs est en rapport avec la présence d'affects archaïques, mais aussi avec l'affaiblissement des ressources symboliques comme étayage transitionnel dans la créativité des activités. Nous avons également souligné l'importance de l'organisation du travail et de l'encadrement des activités, comme garante de la subversion possible entre le « sale boulot » et le « bel ouvrage ». L'encadrement aurait, selon nous, une fonction de garant, légitimant la subversion. Nous analyserons, par la suite, les configurations collectives qui permettent de subvertir le « sale boulot » en « bel ouvrage ».

La configuration en collectif de travail : source de liaison en gynécologie et en soins palliatifs

Les collectifs de travail permettraient le débat de ce qui interroge face au réel de l'activité, facilitant la mise en commun des ressources personnelles au profit d'une liaison protectrice et créatrice pour les soignants. La renormalisation de l'activité, pour utiliser l'expression de Y. Schwartz (2009) se ferait dans les échanges où les valeurs seraient définies et reconnues, car partagées par l'équipe. À leur tour, cette symbolisation des valeurs ré instituerait l'espace transitionnel entre équipes de soins, permettant au métier de rester « vivant ». Si les espaces formels d'échanges sont prévus par l'institution hospitalière, le débat de normes et de valeurs ne se cantonne pas à ces moments institués, mais s'institue informellement par les soignantes face à des besoins présentés dans la confrontation au réel. Quatre caractéristiques composant la configuration des équipes qui facilite la liaison ont été identifiées : construction et renouvellement des espaces de partage ; fonction transitionnelle des échanges communs ; séparation entre commande et demande et le pouvoir d'agir préservé face aux différents affects éveillés.

Construction et renouement des espaces de partage et sa fonction transitionnelle

Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, la liaison d'un collectif repose sur la mise en partage de valeurs communes face au réel de l'activité. Les trames qui constituent cette liaison sont tissées par le débat et le partage des normes antécédentes (Venner et Schwartz, 2009). Ces dernières prennent appui sur les règles de métier, sur le « genre » (Clot, 2008), la maille sociale support de l'identité professionnelle, mais aussi dans les histoires personnelles et intériorisées de chaque soignant, qui réactualisent le débat en soi et au sein du collectif. Ce n'est qu'à condition de pouvoir se faire confiance et faire confiance aux autres, que la mise en partage de ses expériences personnelles se réalise. C'est la base des échanges dans un espace transitionnel pour affronter la difficulté.

Dans le métier de soignant, cependant, les résonances avec la vie privée, les tâches ménagères, le rôle maternel constituent une vraie ressource pour le savoir-faire professionnel (Molinier, 2001, 2009). Dans les discussions entre les AS en gynécologie, c'est justement de ce savoir-faire dont il est question dans la revitalisation du métier. La gestion des affects archaïques, auxquels les soignantes sont confrontées quotidiennement, semble se faire grâce à l'appui dans le collectif de travail qui met en avant leurs connaissances, leurs savoir-faire à l'usage du travail. Les espaces de partage sont ainsi revitalisés par l'élaboration de la « rencontre de rencontres » (Schwartz, 2009) avec les patientes. Cette élaboration se fait avec les collègues, mais aussi en soi-même, dans la création de nouvelles formes de symbolisation face à la gestion de la mort.

Il n'y a pas que du papotage. On papote, mais on parle aussi des patientes. C'est surtout avec les femmes qui viennent des IMG, ce n'est pas facile donc, tu parles plus. Comment toi tu vois les choses, comment tu vas rentrer dans la chambre… parce que moi je n'arrive pas, moi je ne parle pas…

Non, les pauses ne servent pas que pour papoter, elles sont aussi là pour aller au bout de ce qu'on veut arriver à savoir, faire un petit détour, si tu la prends comme ça, si tu fais comme ça… peut-être que ça marchera mieux, si tu fais sortir le monsieur, peut-être qu'elle arrivera plus facilement à craquer… on essaye de trouver la meilleure des choses pour les patientes et aussi pour nous.

Extraits de l'entretien avec Katia, AS en gynécologie, le 15 février 2008.

L’entrecroisement des ressources personnelles et professionnelles des soignantes alimente à la fois les règles collectives (Cru, 1995) mais aussi la créativité individuelle de chaque AS, en soutenant leur activité. D’ailleurs, il nous semble que leur capacité à faciliter l’élaboration des patientes est en lien et même en continuité avec leur rôle maternel. On rejoint ainsi, la perspective théorique des modèles de vie de J. Curie (2000) sur l’interdépendance des sphères de vie, source d’arbitrage des valeurs, chez chaque soignante, face à son acte. Les arbitrages de valeurs tiennent diachroniquement et synchroniquement des valeurs chez chacune d’entre elles, dans la cohérence entre passé-présent et futur identitaire (Lhuilier, 2007 ; 2010) et sont source de subversion au travail.

Fonction transitionnelle des échanges communs et séparation entre commande et demande

En EMSP, le maintien de la fonction transitionnelle par l’équipe est d’autant plus nécessaire que son rôle propre est la confrontation des affects archaïques dans l’accompagnement de la fin de vie. Les conflits dans les différents services, les propos déplacés au sein des équipes, les demandes d’alliance doivent être remis en perspective. Occuper la place de tiers dans ces contextes passe par le déplacement du conflit vers une compréhension symbolisée de ce qui anime l’équipe. Ce n’est qu'à cette condition, au sein du collectif de travail en EMSP, que l’appropriation des affects au service de la créativité peut être développée.

Dans le passage du binôme médecin et infirmier en EMSP pour soutenir l’équipe de gastro-entérologie, un conflit a été créé autour de la sédation de morphine de Madame Khalil. Les enjeux archaïques présents dans ce conflit portaient sur une demande de la cadre de santé d’augmenter la dose de morphine, en seringue, plutôt qu’en boullus, car la patiente n’aurait pas la force de le faire elle-même. Le médecin en EMSP manifeste, à son retour, une opposition assez forte vis-à-vis de cette demande, craignant un passage à l’acte de l’équipe, vu la difficulté que cette prise en charge représentait pour l’équipe. Les valeurs « sans dimensions » (Schwartz, 2009) qui portent l’EMSP autour de l’accompagnement des fins de vie, fondent son travail et ses normes autour du fait de contenir d’éventuels « passages à l’acte » des équipes, accélérant ainsi la mort des patients qui posent difficulté. L’arbitrage de l’EMSP révèle une méfiance. Le conflit vient aussi témoigner de la difficulté de poser un débat de valeurs et d’un rétrécissement du champ transitionnel. Les enjeux prennent un caractère d’urgence lorsque la souffrance est traversée par l’archaïque.

Ce moment de conflit a fait de l'EMSP un « mauvais objet », un bouc émissaire pour décharger de façon déplacée les peurs et les angoisses mobilisées chez les soignantes contre les affects archaïques. Néanmoins l'élaboration a eu lieu, au sein de l'EMSP, afin de contenir la colère de l'équipe de gastro-entérologie et de continuer à soutenir les soignantes dans l'accompagnement de la fin de vie de cette patiente.

En EMSP, les professionnels rediscutent ensemble de la situation et la psychologue évoque la peur que la mort effondre les soignantes et les médecins du service et donc le besoin d'un déplacement, en créant des tensions ailleurs pour pouvoir nommer un mauvais objet à l'extérieur de soi. La réaction de la cadre pouvait être comprise comme résultant de la peur d'être mise en avant en tant que responsable de l'équipe soignante et que cette fin de vie décontenançait son équipe. Ne sachant pas comment la contrôler, la cadre semblait chercher un bouc émissaire pour pouvoir préserver son rôle et protéger son équipe.

Dans l'après coup et dans un espace d'élaboration collective au sein de l'EMSP, un sens a pu être donné à ce conflit. Le conflit venait faire écran entre les équipes : Il révélait, d'une part, la suspicion et la peur du médecin en EMSP du passage à un acte « euthanasique » de la cadre pour maîtriser la mort de la patiente et soulager l'équipe médicale. D'autre part, il permettait la décharge de la tension vécue par l'encadrement et les médecins en vue de cet accompagnement, restituant à ces acteurs le rôle du « bon soignant » et déléguant à l'EMSP le mauvais objet.

La reprise par la psychologue de cette peur du médecin d'un passage à l'acte de l'encadrement vers l'hypothèse moins persécutrice, d'un déplacement conflictuel par la cadre pour mieux gérer sa peur face à l'éventuelle décontenance de l'équipe, a pu assurer une fonction transitionnelle au sein de l'EMSP. Cela a également permis de différencier la commande de l'augmentation de morphiniques et la demande d'un soutien de l'équipe de gastro-entérologie par l'EMSP face à l'accompagnement de cette fin de vie. Cette discussion a donné lieu à la mise en place des stratégies de passage en binôme pour continuer à soutenir l'équipe médicale et paramédicale en gastro-entérologie au long de cette épreuve.

La séparation opérée par la symbolisation restitue la place de chacun, différenciant la commande de la demande, les moyens réels par rapport aux moyens fictifs. Le travail de

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

symbolisation, par la mise en place d'un geste ou d'une parole, demande donc ce recul de la part du soignant, qui ne peut être atteint que par l'étayage sur un espace transitionnel, comme celui du collectif de travail. C'est grâce à cette instance, qui fait tiers dans l'esprit des soignants, qu'il est possible de différencier le soin, de l'action de projection et même de l'acting out.

La symbolisation proposée était donc axée au sein de l'EMSP. C'est à ce niveau individuel que la sublimation a pu avoir lieu, permettant au binôme de déplacer la représentation de sa place de « bouc émissaire », dépositaire du « sale boulot » en dépositaire garant de la peur de l'équipe pour tenir à la fin de vie et donc, en « bel ouvrage » (Lhuilier, 2005).

Pouvoir d´agir préservé face à des situations difficiles

L'objectif essentiel des partages de la construction de la liaison est de reprendre le sens de l'activité pour la développer en permettant une continuité identitaire chez celui qui la réalise. Cette liaison passe ainsi par la capacité des soignants à transformer les affects archaïques par la symbolisation. Cela se tisse à travers l'étayage du collectif.

En médecine interne, l'EMSP a pu proposer différents temps de discussion avec les segments de l'équipe autour de la prise en charge de Monsieur Tessougué. Ces discussions ont permis aux soignantes de mieux comprendre les enjeux de la nièce, jusque-là inconnus de l'équipe. De la même façon, une cohérence entre les difficultés ressenties et l'histoire du service avec ce patient a pu être éclairée, ce qui a permis à l'équipe soignante de tenir un discours moins défensif à son encontre.

La demande initiale des soignants portait sur leur vécu d'une destitution de leur rôle professionnel. L'objet de la persécution pour l'équipe soignante, se centrait sur le vécu de ne pas pouvoir lui prodiguer des soins. Son refus de tout acte de soins, ainsi que des médicaments antidouleur, empêchait des échanges entre Monsieur Tessougué et l'équipe soignante aussi bien que le développement des stratégies relationnelles.

Si, au début du débat, la plainte se centrait sur les rapports entre patient et soignantes, très vite, une infirmière a évoqué la place de « mauvais objet » ressenti par l'équipe au regard de

ce patient et de sa famille … Les soignants se sentaient comparés à l'équipe de la MAS[15], disqualifiés dans leur prise en charge. Le conflit avec la nièce rajoutait à la difficulté, car elle reprochait aux soignantes de lui donner des médicaments pour la douleur, de l'ensuquer avec des morphiniques et de ne pas se centrer sur son alimentation, pour que le patient reprenne la force de vivre.

En effet, la question du sens de la prise en charge est devenue l'affaire des collectifs de travail. Les soignantes ont pu exprimer leur ressenti d'un patient en fin de vie, à bout de forces. Cependant, cela semblait en contradiction avec la vision du patient lui-même, celle de la MAS, de la famille, mais principalement avec le manque de directive ferme de la part des médecins du service (Minary, 2006).

L'interne intervient et explique l'historique relationnel entre les médecins et cette famille, notamment lors de sa dernière hospitalisation, en fin d'année, quand l'équipe médicale croyait que Monsieur Tessougué ne s'en sortirait pas. Cela a entraîné une méfiance de la part de la nièce vis-à-vis de l'équipe médicale. Cette interne a pu également expliquer la perspective de la nièce, très jeune, pas plus de 25 ans, qui assurait la tutelle de Monsieur Tessougué au regard de sa famille au Mali. Ainsi, elle évitait toute discussion qui pouvait impliquer un passage du curatif au palliatif et renvoyait à l'équipe de médecine qu'elle ne faisait pas bien son travail, qu'elle ne se battait pas pour qu'il reste en vie.

Tenue pour quelqu'un de jeune, mais également de superficielle par les équipes soignantes, la nièce faisait l'objet de projections de la haine collective. Tutrice du patient, elle était jugée comme désintéressée de son bien-être. Dans cette discussion, l'équipe soignante a pris conscience des enjeux et pu reconsidérer son interprétation sur la raison qui l'opposait de façon véhémente à l'usage de la morphine, médicament sous lequel il restait plus ensuqué et endormi. Avec ce débat, les soignantes ont mieux compris pourquoi elle voulait rester dans une perspective curative, et accusait les soignants en médecine interne tout en se défendant d'une prise de conscience d'une dégradation de l'état du patient.

[15] MAS – Maison d'accueil spécialisée.

L'interne propose de rencontrer avec l'EMSP la nièce et la MAS afin de reparler du projet d'accompagnement de la fin de vie de Monsieur Tessougué. L'équipe s'apaise, malgré le fait d'entendre qu'un premier conseil familial avait eu lieu dans la dernière hospitalisation, où la nièce avait pu parler de sa difficulté d'entendre l'USP comme une prise de décision. Une cohérence interne entre médecins et soignantes dans la prise en charge avait pu être restaurée.
La mise en débat entre soignantes, l'encadrement et l'interne sur la prise en charge de Monsieur Tessougué a pu puiser dans les ressources et les récits de chacun pour comprendre une situation dépassée par des affects envahissants. La douleur ingérable du patient, son manque de collaboration et le rejet de la nièce faisaient que l'équipe soignante se vivait comme le « mauvais objet » et ainsi, ce patient est devenu le « sale boulot ». Ce stigmate était certainement au bénéfice défensif de soignantes contre le vécu de « mauvais objet » ressenti par l'impuissance de cette prise en charge. En pouvant nommer les enjeux - d'une part, formuler l'incohérence entre les directives curatives et palliatives au sein de l'équipe médicale et d'autre part, comprendre les tensions dans la famille du patient qui refusait toute décision vers la fin de vie, - les soignants ont pu représenter leur souffrance et se repérer pour organiser leur accompagnement de ce patient et de sa famille.

La conscience de la complexité de la prise en charge de ce patient par les soignants dans l'élaboration collective avait permis de retrouver de la continuité dans leur activité et du sens dans leur travail. Ne se sentant plus mis en cause, la prise en charge était devenue plus supportable.

Nous différencions les situations qui ont permis l'élaboration des ressources symboliques, et nous identifions deux critères pour la liaison : la fonction transitionnelle des collectifs, mais aussi le cadre de l'activité. Face aux affects mobilisés dans ces activités, principalement les archaïques, la capacité de subversion est tenue par l'encadrement et les espaces transitionnels maintenus chez les soignants et dans les collectifs de travail.

La complexité des interprétations : la subversion des gestes présents dans les stratégies défensives qui transforment le « sale boulot » en « bel ouvrage »

A la fin du chapitre précédent, nous avons abordé les stratégies collectives de défenses qui permettaient aux soignantes de réaliser leurs activités à l'épreuve du « sale boulot ». Dans cette partie, nous revisiterons les cinq gestes développés dans les stratégies collectives défensives identifiées auparavant, dans une perspective de subversion vers le « bel ouvrage ».

Les épreuves de la mort dans le travail des médecins et des soignants prennent des formes multiples : mort brutale et non anticipée, mort prévisible voire attendue, y compris dans la culpabilité de cette attente, mort à donner, même si l'acte est rendu plus soutenable s'il est vu comme permettant de préserver la vie, seuil de la mort et « accompagnement » par la construction de rites de passage qui ne coïncident pas nécessairement avec les protocoles institués… Des mécanismes de dégagement (Lagache, 1956) permettent progressivement la familiarisation avec les situations anxiogènes et un assouplissement des opérations défensives. En situation de travail, ces processus peuvent être favorisés ou empêchés, en fonction des contraintes et ressources des contextes professionnels. Les ressources à mobiliser ou à construire sont essentiellement du registre du symbolique : l'événement ou le réel de la mort ne renvoie à une signification qui le rend « domesticable », que s'il est intégré dans un système signifiant caractérisé par des oppositions différentielles, s'il prend place dans un ordre pré-établi, lui-même de nature symbolique.

Ceux qui sont en charge du traitement du négatif, du « sale boulot » sont toujours exposés à la confrontation avec ce qui est constitué, par le procès même de la projection-expulsion comme « mauvais objet ». Et sa portée mortifère n'est soutenable que dans un cadre assurant la référence à une instance tierce. Quand le travail réel est invisible (méconnaissance-déni) ou quand il est stigmatisé (projection-clivage), ce tiers ne peut être trouvé-créé que dans le collectif de travail ou la communauté professionnelle. La restauration des ressources symboliques qui neutralisent les résonances fantasmatiques et identificatoires passe par la construction de la positivité des fonctions assurées « malgré tout », malgré les « pactes dénégatifs » (Kaës, 1989 ; in Lhuilier, 2002), malgré le défaut de reconnaissance de la

délégation du traitement du négatif. Si on meurt aujourd'hui plus souvent à l'hôpital que dans l'espace familial, si la mort dans la modernité est devenue obscène, si malgré les progrès de la médecine, il reste à la fois ce qui est appelé pudiquement « des événements indésirables » et des échecs thérapeutiques, si « notre inconscient est inaccessible à la représentation de notre propre mort et se conduit comme si il était immortel » (Freud, 1919-20/2001), le travail symbolique à accomplir sur le « vide de la mort » ou la violence que constitue son inévitable rencontre, est à la fois impératif et difficile car puisant sans doute moins qu'auparavant dans du « déjà là ». Il est donc à construire afin d'accéder à une signification soutenable des activités des soins qui s'y confrontent.

La classification et la hiérarchisation des patients

En gynécologie, l'expérience maternelle des soignantes est une ressource pour reconnaître chez les patientes les postures adoptées face à leur grossesse et leur adéquation au rôle maternel à venir, ce qui étaye les jugements des patientes. Les discussions en collectif deviennent des repères fondamentaux pour leur prise en charge. Précédemment, nous avons analysé une gamme de discours des patientes en IVG et leur compatibilité avec la représentation des soignantes de ce qu'est une « bonne femme », une femme « passive » et coupable de son acte. Cependant, par le tissage collectif de la posture masochiste endogène, les soignantes arrivent aussi à subvertir leurs affects de rejet en compassion vis-à-vis de ces patientes (Molinier, 2001) et à garantir ainsi la qualité du soin réalisé.

D'une façon générale, deux modalités complémentaires d'investissement, identifiées chez les soignantes en PME, opèrent pour garantir une bonne distance entre soignantes et soignées. D'une part, les dimensions psychiques et socio-économiques sont garantes de distance. Si cette modalité d'investissement, ou de valeur partagée, est collectivement utilisée face à des patientes en gynécologie, elle devient d'autant plus nécessaire pour garantir l'investissement des soignantes face à la prise en charge des patientes en IVG. En revenant sur l'entretien que nous avons eu avec une sage-femme en planification familiale, nous voyons que les exemples qu'elle a choisis pour illustrer le « bon travail » sont tous des cas qui portent sur des situations socio-économiques très différentes de la sienne : « *des immigrées, une femme du Maroc, qui avait été violée par son oncle et qui serait venue en France pour se faire pratiquer une IVG, ou encore une patiente qui était enceinte en petit terme et que son mari venait de quitter* » (Annick, sage-femme en planning familial, le 12 novembre 2007). En gynécologie sociale,

face aux patientes en IVG, la hiérarchisation des patientes semble permettre aux soignantes de restaurer des activités de soins, mettant à l'écart l'idée de « donner la mort ». Les soignantes peuvent plaider pour la vie et la santé ou le bien-être de la mère grâce à cette compassion pour d'autres aspects de la vie de la patiente. Elle est ici efficace pour restaurer une position de soin et la réalisation d'un bel ouvrage dans la relation de soin.

D'autre part, l'identification avec la dimension du féminin, où la peine, le remords sont exprimés par la patiente met en œuvre, chez les soignantes, une attitude compatissante (Molinier, 2001). Ainsi, ce même acte de hiérarchisation des patientes est traversé par le critère compassionnel, étayé par l'image d'une « bonne mère ». Ce critère permet aux soignantes une identification avec les soignées à partir du rôle maternel. Ces patientes font ressentir aux soignantes le partage d'un monde commun. Cette identification repose ainsi sur des valeurs d'endurance, de résignation ou de retenue, qui sont des qualités valorisées par les soignantes et attendues dans les discours des patientes. Même dans le cas des IVG, ces critères de jugement deviennent ressources et permettent aux soignantes de prodiguer un soin de qualité, en accordant du temps d'écoute et en essayant de fournir « *plus de temps… jusqu'au dernier moment* » pour assurer le choix de la patiente. Je lui demande ce qu'elle, la sage-femme en planification, trouve le plus difficile à gérer et elle répond, en faisant référence aux *« situations considérées dures pour ses patientes : le désir d'enfant du couple et dès qu'elle tombe enceinte, se retrouver abandonnée, sans avoir les moyens d'élever ses enfants »*. Le plus difficile est aussi *« pour celles où l'on ne peut rien faire »*. (Marie, sage-femme en planning familial, le 25 juillet 2007).

Ce savoir-faire collectivement partagé facilite ainsi, d'une part la mise à distance des identifications entre soignantes et soignées et d'autre part, la construction d'une justification qui permet à la fois de mettre en place la consigne de « donner la mort » et de maintenir le rapport positif avec la patiente en préservant son image de bonne mère. Ainsi, le collectif de travail puise dans des valeurs venant d'autres sphères de vie des soignantes (Curie, 2000). La reconnaissance de soi dans le travail réalisé est favorisée aussi par la cohérence avec les valeurs dans d'autres sphères de vie portées dans le collectif de travail (Curie, 2000 ; Lhuilier, 2010).

Renommer la tâche

Cette forme de subversion du sale boulot en bel ouvrage porte sur une dimension extrême des enjeux de la classification et de la hiérarchisation des patientes. Nous la mettons en avant, car elle éclaire des dimensions dehors du genre professionnel (Clot, 2008), qui alimentent le débat de valeurs dans les collectifs.

En gynécologie, le dégagement de ce qui est vécu comme « du sale boulot », la réalisation des IVG, peut prendre la voie de la requalification de la tâche. L'IVG déroge doublement aux cadres qui fondent la posture et les visées professionnelles des soignants : effectuer un soin décidé et prescrit par l'autorité médicale, un soin au service de la vie. L'IVG résulte d'une demande de la patiente, même si celle-ci doit être validée par la procédure prévue. Une demande qui n'est pas justifiée par des « problèmes de santé », champ d'expertise des professionnels du soin. Et cette demande est assimilée à un « donner la mort » en nette contradiction avec ce qui mobilise les professionnels des services maternité.

On observe alors des délibérations qui permettent de transformer les demandes d'IVG en IMG. Cette requalification permet de réintégrer la tâche dans la catégorie de celles qui sont reconnues comme relevant de l'exercice professionnel, conformes aux critères qui président à leur définition.

Un exemple qui illustre cette requalification de l'activité des IVG en IMG a pu être ponctuellement constaté lorsqu'une mineure s'est présentée au service pour subir une IVG, suite à une décision juridique due à un épisode d'inceste de son beau-père. La procédure dans le dossier médical a alors été renommée par l'équipe médicale, à la demande des infirmières et de l'encadrement du service de gynécologie, afin de rendre « *moins violente* » l'expérience pour la jeune fille (Extraits du journal de bord du 02 mai 2007).

Bien que médicalement et juridiquement il s'agissait d'une IVG, ce cas illustre que la tâche présentée, ne correspondait pas à cette conception de l'activité pour l'équipe. La signification donnée par le service de l'IVG sollicite une configuration d'autres comportements de la part de la patiente et d'autres préoccupations de la part des soignantes. Les IVG «… mobilise(nt) un ensemble de processus psychiques et sociaux en vue d'assurer la différenciation, la séparation et la mise à distance » (Lhuilier, 2005 : 79).

En subvertissant le nom de la procédure d'IVG en IMG, l'activité développée par les soignantes a pu être en cohérence avec les valeurs des soignantes. Elles renomment la tâche, suite à la sanction juridique, et différencient ainsi l'IVG, due à un inceste comme mesure de soin et de protection de l'adolescente, de l'IVG qui ne porte pas cette dimension de protection comme valeur.

La subversion du nom, nous semble réinscrire la tâche dans le sens d'un acte de soin, de protection, qui est davantage mobilisé pendant la procédure des IMG, mais difficilement assimilé à la procédure des IVG. Cette opération de subversion, encadrée par une mesure de protection aux mineurs et collectivement soutenue par l'équipe en gynécologie a permis à l'activité développée de retrouver son sens.

Ainsi, grâce à cette subversion, un certain dégagement a pu s'opérer chez les professionnelles parmi les « préoccupations » relevant du champ professionnel et privé (Curie & Dupuy, 1994 ; in Clot, 1999/2006), ainsi que d'une dimension de Civilisation (Freud, 1919-20/2001 ; 1929-30/1971). Les « occupations » propres de la tâche ont pu prendre du sens, permettant aux soignantes de réaliser du « bon travail » dans l'accompagnement de cette patiente.

Le relais entre soignants comme signe de qualité de soins

En gynécologie aussi bien qu'en soins palliatifs, le relais entre soignants ou entre équipes peut renvoyer non plus à une stratégie défensive mais à une préoccupation de qualité de soin face à la limitation des élaborations symboliques offertes. Prendre en compte les contraintes de l'organisation du travail et lancer un appel au relais entre catégories pour garantir la continuité du soin sont des indices d'un collectif de travail où la fonction transitionnelle est préservée.

Caroline - *et c'est ce qui manque dans notre métier c'est du temps, pour tout faire. Moi j'étais frustrée par rapport à une dame, qui est venue la dernière fois, pour une IMG, et pendant deux jours, elle n'a pas dit un mot. Elle était enceinte de sept mois, première grossesse, toute jeune, elle n'a pas dit un mot. Elle avait accouché d'un bébé qui était décédé et on avait tellement de travail, que je me disais, puisqu'elle ne veut pas parler, tant mieux, de toute façon il faut y aller, il faut y aller, et puis un soir, je passe dans mon tour de quatre heures et je vois qu'elle avait envie de parler, elle répondait aux questions*

lorsque d'habitude c'était un mur. Je ne pouvais pas, j'avais plein de blocs, je ne pouvais pas, et le soir je suis allée la voir et je lui ai dit « je m'excuse, je sais qu'aujourd'hui vous aviez envie de parler, et je n'étais pas là. Je ne pouvais pas être là, je n'avais pas le temps, et alors je suis, vraiment pas bien, je sens que vous êtes prête, c'est maintenant ou plus du tout, et je ne suis pas là. J'en parlerai à ma collègue de nuit, et j'espère qu'elle va trouver le temps de … »

Sandrine - *Prendre le temps…*

Caroline - *« … prendre le temps de discuter avec vous ». C'est vrai que je suis rentrée chez moi en me disant « mince, mince, mais pour quoi il faut toujours courir ? »*

Sandrine - *et là où ça rejoint le problème des conditions de travail, plus ça va, et moins on a de temps à passer …*

Caroline - *J'ai laissé quelqu'un en souffrance. Et ma collègue de nuit elle n'a pas pu parler le soir, parce qu'elle était aussi… elle était toute seule, et ce n'est que le lendemain matin, qu'elle a pu discuter. Moi j'ai voulu la voir avant qu'elle parte dans l'après-midi, et « je suis encore venue m'excuser parce que ça me tourne … » « Attends, j'ai pu en parler ce matin, ça m'a fait du bien »….*

Extraits de l'entretien avec trois infirmières de gynécologie, le 12 novembre 2007.

La mobilisation des différentes catégories professionnelles sur les différents quarts de travail a été constatée, afin de garantir la continuité du bon travail de l'équipe dans l'accompagnement du deuil des patientes en IMG, ou de celles ayant subi des fausses couches. La gestion du temps prend en compte l'équipe élargie. En se tenant à une certaine distance et en faisant confiance à leur équipe plus large, les infirmières ainsi que les AS relayent vers leurs collègues afin d'accompagner le deuil de leurs patientes. Y. Clot (2008) avait signalé l'importance des dimensions du métier, notamment des dimensions transpersonnelle et impersonnelle dans le maintien des rapports personnels et interpersonnels, dans la réalisation de l'activité. Ici, les dimensions qui sous-tendent l'organisation du travail et l'échange dans le collectif permettent à chaque soignante de « faire confiance » car le travail réalisé sera du bon travail.

En EMSP, le relais peut être réalisé à deux niveaux : d'une part, en organisant avec l'équipe, au sein du service qui héberge le patient en médecine ou en chirurgie, la prise en charge dans

les « lits identifiés de soins palliatifs » (LISP) ; d'autre part, en organisant le relais vers l'unité de soins palliatifs (USP). Certainement, les recommandations ne sont pas les mêmes pour les deux types d'accompagnement en fin de vie. Le LISP a un objectif pédagogique et politique pour l'EMSP vis-à-vis des équipes soignantes et médicales dans les services de médecine et de chirurgie : celui de transmettre un savoir-faire autour de l'accompagnement de fin de vie dans tous les services à l'hôpital, car la fin de vie ne relèverait pas d'une spécialisation, mais serait une réalité pour l'ensemble de la médecine, la mort n'étant pas spécifique à une spécialité médicale. Ainsi, la mission que l'EMSP se donne est de veiller à ce que toutes les équipes à l'hôpital puissent accompagner la fin de vie. Le rôle de l'EMSP serait de promouvoir cette pédagogie, en réfléchissant avec les équipes à la mise en place de rituels et à l'élaboration de ressources symboliques face à la mort. D'autre part, le relais en USP participerait d'un besoin de répit pour l'équipe ou pour la famille au domicile, face à une prise en charge lourde. Pour les équipes, ce transfert leur permettrait de se réorganiser collectivement en se dégageant de l'effraction causée par l'accompagnement de la fin de vie.

L'EMSP est souvent confrontée à des stratégies de préservation de soi des équipes médicales et chirurgicales qui se manifestent dans le recours à l'équipe mobile de soins palliatifs afin de tenter un transfert en unité de soins palliatifs des patients en fin de vie. La sollicitation de ce transfert, lorsque le patient manifeste des angoisses de mort difficilement soutenables, fait l'objet d'échanges au sein de l'équipe.

Dans le cas présenté ici, la demande initiale a été faite par les médecins du service de gastro-entérologie et a été dirigée vers l'infirmière de l'EMSP. La demande consistait à faire venir l'équipe de l'EMSP comme médiateur entre médecins et soignantes dans la régulation de la décision médicale de transférer Mme Khalil à l'USP. Les médecins « *n'ayant plus grand-chose à faire* », l'objectif de cette médiation était, d'obtenir l'accord des soignantes dans la démarche initialisée d'un transfert à l'USP de la patiente (Extraits du journal de bord du 14 mai 2010).

Le binôme infirmière et psychologue de l'EMSP se rend au débat sur les normes et les valeurs, impliquées autour de cette décision, objet de cette réunion d'équipe. Dans les échanges, il apparaît que la patiente était hospitalisée depuis six mois dans le service et que depuis trois mois elle était en phase palliative de confort. Cette phase se caractérise par de la

sédation et un arrêt des médicaments pour prolonger la survie de la patiente. La psychologue cherche à comprendre ce qui a pu mobiliser le souhait de transfert de la patiente maintenant, et non pas auparavant, quand elle est passée du curatif au palliatif.

La demande de transfert des médecins néanmoins, s'oppose aux valeurs de quelques soignantes dans le service, qui considèrent que « bien faire leur travail » consiste à la suivre jusqu'au bout. C'est au niveau des soignantes (infirmière et AS) que le « mauvais travail » est ressenti par cette proposition des activités d'accompagnement de fin de vie. Le transfert en fin de vie, objet de renormalisation (Mencacci et Schwartz, 2009) est discuté par rapport aux valeurs de la « norme antécédente » (*idem*) d'accompagner les patients « *jusqu'au bout* ». Les soignantes se vivent dans l'empêchement de la subversion des traces de la mort, ritualisées par l'accompagnement du patient et de sa famille ; les AS accusent le coup de l'amputation de leur activité, de leur pouvoir d'agir (Spinoza in Clot, 2009). En s'appuyant sur les critères de la « norme antécédente » dans l'équipe, une AS a pu dire qu'envoyer la patiente à l'Unité de Soins Palliatifs serait vécu comme une énorme violence, et pour la patiente et pour l'équipe.

L'infirmière de l'EMSP éclaire aussi la démarche du transfert en USP, l'objectif étant de promouvoir le répit des familles et des équipes confrontées à la fin de vie. Aussi, elle laisse entendre que l'USP ne se veut pas comme lieu de dépôt des mourants, lieu contenant pour porter les restes indésirables des services. Médecins et encadrement résistent à cet éclairage et insistent sur le transfert de la patiente, argumentant qu'ils auront plus de ressources pour l'accompagner. Le chef du service, comme le médecin responsable de cette patiente, soulignent qu'« *elles n'en peuvent plus des fins de vie dans le service* » et qu'elles ne sont plus capables d'assurer un accompagnement de qualité. Les soignantes ne contredisent pas cette décision, mais évoquent leurs positions plus ambivalentes à son égard.

La psychologue n'exclut pas le transfert, ni l'accompagnement jusqu'au bout. Elle pose cependant le cadre en demandant le souhait de la patiente, d'une part, et les limites de l'équipe de l'autre. Les échanges lors de cette réunion se poursuivent alors sur le conflit interne vécu par chacun : comment aller « *jusqu'au bout* » sans méconnaitre ses propres limites ? Comment « *passer la main* » sans éprouver à la fois impuissance et culpabilité ? Faut-il maintenir la patiente dans le service tout en évitant le contact avec celle-ci ou la

transférer là où elle sera accompagnée ? Quelle décision prendre qui satisfasse à la fois les besoins de la patiente et de l'équipe ?

Si cette proposition de transfert avait pour but d'épargner aux médecins et aux soignantes une confrontation au réel de leur activité, la mort, elle n'était pas non plus sans épreuve, celle de la séparation et de la culpabilité de se dérober à l'accompagnement, au-delà du curatif jusque-là au cœur des activités collectives.

La démarche de transfert vers l'unité de soins palliatifs étant déjà engagée par les médecins, l'équipe soignante évoque alors ses propres besoins pour soutenir « les fins de vie » et éviter la répétition des transferts : elle demande une plus grande implication de l'équipe mobile de soins palliatifs dans le service.

L'impuissance des médecins et des soignantes face au réel de la mort semble être la raison principale de cette stratégie de préservation. Elle est l'objet d'une mise en débat au regard des valeurs au sein de l'équipe. La discussion autour d'un travail de qualité est d'autant plus intéressante qu'elle permet de dégager les conflits de critères et les arbitrages à réaliser (Schwartz, 2009). Ces arbitrages sont différents suivant les catégories professionnelles, mais ils sont débattus pour rendre acceptable pour tous la décision concernant cette patiente et pour penser ensemble les ressources à construire afin que d'autres stratégies de protection puissent être élaborées (Minary, 2006).

Ce groupe de travail autour d'un cas palliatif réunissant les deux équipes, celle de l'EMSP et celle de gastro-entérologie, a pu illustrer une modalité de relais de la patiente. La construction de ce relais, ici le transfert, s'est révélée dans le débat entre les collectifs de travail, débat permettant de confronter des discours différents, complémentaires, portant des valeurs différentes selon chaque catégorie professionnelle dans le rapport aux valeurs de Civilisation ou « sans dimension » (Schwartz, 2009) dans l'accompagnement de la fin de vie. Le traitement de la demande, par l'éclairage des conditions d'un relais en USP, a favorisé l'émergence d'une nouvelle demande : comment accompagner la fin de vie par les infirmières ? Le rôle tiers de l'EMSP, en soutenant l'équipe de gastro-entérologie et la patiente en LISP, dans ce service a permis d'éclairer les ressources symboliques déjà existantes de l'équipe soignante.

Dans ce cas, médecins et soignantes n'étaient pas d'accord sur qui assurait la responsabilité de l'accompagnement de la patiente. La place différente occupée par chaque catégorie auprès des patients, et la relative valorisation qui découle de la tâche d'accompagner la fin de vie, procuraient des positions antagonistes autour du transfert de Mme Khalil. Néanmoins, la capacité des médecins et des soignantes à ajourner une décision tranchée, suite à l'intervention de la psychologue et malgré les affects qui les mobilisaient, est le signe d'une capacité de contenance des collectifs de travail.

Ces discussions ont été importantes dans la définition et dans la distinction entre bien travailler et réaliser du bon travail autour des relais. N'utilisant pas le transfert comme solution, ce débat a permis la construction sous-jacente d'une demande par l'équipe dans l'accompagnement des fins de vie. Le relais étant finalement défini comme une coresponsabilité entre le service de gastro-entérologie et les soins palliatifs dans le soutien du bel ouvrage dans l'accompagnement de fin de vie.

Le binôme entre catégories professionnelles

En EMSP, le dispositif du binôme met en œuvre une démarche transitionnelle pour aider les professionnels qui le composent à tenir à leur mission tierce face aux équipes, dans la confrontation des tâches d'accompagnement de la fin de vie.

D'une part, dans les services où l'EMSP intervient, lorsque ceux-ci « passent le relais » ou réclament d'être « secondés » dans l'accompagnement des patients, il est essentiel que l'EMSP facilite des espaces de discussion. Entre la demande initiale de venir prendre le relais et son déplacement en facilitant les échanges, il y a une transformation de la position attendue : d'une position active vers une position passive. Cette subversion n'est atteinte que grâce à l'aide du dispositif du binôme, qui devient cadre et garant de la fonction tierce. Ainsi, les échanges institués entre les équipes et l'EMSP, aident à la déprise et à l'inscription dans le symbolique vis-à-vis des fantasmes imaginaires liés à la mort.

D'autre part, afin de continuer à transformer leur action en appui symbolique auprès des équipes, les professionnels de l'EMSP doivent eux-mêmes s'appuyer sur les débats antécédents (Venner et Schwartz, 2009) institués au sein de l'EMSP et sur des débats de

valeurs dans les différents collectifs d'appartenance (Lhuilier et Litim, 2010). C'est dans cet espace qu'a lieu la concertation des règles entre les métiers qui composent l'EMSP, instituant des normes nouvelles, ou renormalisant, selon Schwartz, et permettant, en entretenant sa position tierce, de réguler le développement de l'activité dans des équipes extérieures.

Dans une situation où le binôme de l'EMSP, composé par la psychologue et l'infirmier, il a été question d'analyser la demande d'un patient, Monsieur Panduppy, de lui annoncer le temps qui lui restait à vivre. Les deux infirmiers, celui de l'EMSP et l'infirmière en oncologie, qui relayait la demande du patient, étaient très mobilisés par le fait que ce patient de quarante ans, atteint d'un cancer du pancréas métastasé avec un pronostic de vie de moins de six mois, dans peu de temps ne serait plus en mesure de rentrer au Mali. Les infirmiers avaient adhéré à sa demande en « voulant surtout être au clair avec le patient pour qu'il puisse prendre en main sa décision ».

L'annonce amorcée par les médecins leur semblait incomplète et même trompeuse, car les médecins s'étaient appuyés par la suite, sur le traitement de chimio, comme stratégie d'évitement du pronostic. Le reproche des infirmiers concernait l'annonce réalisée, destinée à protéger le médecin et non à informer le patient (Balint, 1957). Ils réclamaient une annonce qui prendrait en compte les résultats du bilan d'extension[16] du patient et remettrait à plat les « faux espoirs » donnés au patient.

La psychologue en oncologie, présente à ce débat a pu reprendre la discussion en affirmant que « *personne ne pouvait donner une telle précision* », et qu'il n'était pas du ressort de l'institution hospitalière de faire une telle annonce. La psychologue en EMSP voyant la réaction des deux infirmières complètement buttées sur le pronostic du patient, a pu expliquer alors la perspective de déplacer cette demande de façon à ce que le patient puisse élaborer ce qu'il avait déjà pu entendre de l'annonce qui lui avait été faite. Elle insiste sur son temps d'élaboration afin qu'il puisse intégrer l'information de la gravité de son diagnostic pour mieux faire le choix de rentrer au Mali ou de rester et d'essayer la chimio. La psychologue a pu aussi reprendre le besoin d'un espace de déplacement nécessaire entre le réel et le subjectif, pour ne pas se faire piéger en répondant à la demande du patient.

[16] Bilan d'extension se réfère à tout examen complémentaire afin de définir la classification de la maladie et le traitement appropriée.

En arrivant dans le service de cardiologie-pneumologie, le binôme a été tout de suite sollicité par le médecin responsable de Monsieur Panduppy. Le médecin, Dr Tahli, comptait sur le binôme ou même le médecin de l'EMSP pour aller faire l'annonce du pronostic du patient. Dr Tahli se demandait comment annoncer à ce patient la gravité de sa situation, lorsqu'il cherchait à comprendre « *le temps qui lui restait, afin de pouvoir décider s'il restait en France ou s'il repartait au Mali* ». Ce médecin, interprétant les données des examens, comptait sur un pronostic de survie entre trois et six mois (Extraits du journal de bord en EMSP, février 2012).

Dans la foulée, ce médecin évoque son souci avec le PAC[17], posé en amont pour lui faire une chimio sans qu'elle soit validée en RCP[18]. Elle nous présente également les enjeux socioéconomiques du patient, qui se trouvait en situation précaire, temporairement SDF. Ce médecin s'interrogeait ainsi sur comment lui proposer la chimio, voulant réduire la question éthique - quant à l'applicabilité de la chimio dans ce cas si évolué - aux enjeux pragmatiques du patient, mais aussi à des enjeux plus faciles à aborder avec le patient. Le PAC devenait maintenant l'évidence pour le patient, le médecin elle-même et ses collègues, d'une « fuite en avant » contre un si mauvais pronostic.

La psychologue intervient sur cette dernière demande en proposant de dire au patient qu'on lui a posé le PAC, mais que les examens complémentaires semblent indiquer que la chimio ne serait peut-être pas bénéfique dans son cas. La dureté de cette intervention serait une amorce à sa question de la gravité, laissant toujours le patient entendre que les médecins sont coresponsables avec lui dans la définition du traitement. Par-là, la question de la survie pourrait prendre une tournure nouvelle ; le médecin serait déplacé de l'illusion d'une toute puissance sur la vie du patient, donnant au patient la responsabilité d'assumer son désir : d'essayer ou pas la chimio, de rentrer ou non au Mali. Ainsi, de cette place le médecin pouvait s'autoriser à ne pas être détenteur d'une réponse définitive à la place du patient.

---

[17] PAC – Port-à-Cath : dispositif qui permet de relier à une grosse veine centrale, afin de perfuser de façon prolongée ou d'administrer les traitements intraveineux. Il est utilisé afin d'éviter l'effet toxique d'un produit (chimio) sur des veines de calibre inférieur, comme celles du bras.

[18] RCP – Réunion de concertation pluridisciplinaire : lieu où le débat sur le cas d'oncologie et la décision sur les suites des traitements sont délibérées.

Le médecin se sent soulagée, et veut que l'on fasse l'annonce tout de suite à sa place. Nous décidons que nous pourrions accompagner le médecin dans sa démarche, mais sans se substituer à elle. Elle décide de le faire avec le médecin en EMSP. Les infirmiers des équipes transversales d'accord avec l'ouverture de la coresponsabilité du patient dans son avenir ont pu aller voir le patient et suivre la démarche des médecins dans l'après-coup, lorsque le patient a décidé de suivre la chimiothérapie.

Ces discussions illustrent le rôle du binôme dans le développement des débats, notamment lorsqu'il s'agit des décisions sur la vie et la mort. La question éthique sur la demande du pronostic du patient évoquait un besoin d'analyse de cette demande, différenciant le désir du patient de celui du médecin, pour ne pas passer à l'acte d'une annonce-euthanasique, réduisant ainsi par le passage à l'acte, le désir de l'une des parties (Goldenberg, 1988). L'alternative, formulée par la psychologue par la notion d'une coresponsabilité entre médecin et patient dans la définition des projets et des souhaits du patient, a pu favoriser l'adhésion du binôme. Les limites de l'action de soutien, par le binôme, du médecin en pneumo sont également constatées dans cette vignette. Si le passage à l'acte par l'annonce a pu être évité, un travail sur comment tenir la tension de la coresponsabilité du traitement est alors engagé.

Dans cette vignette, au-delà du cadre tenu par le dispositif du binôme permettant les échanges autour des activités d'annonce du médecin, il nous semble que s'amorce aussi la perspective de la participation du patient dans la construction de l'annonce. F. Tosquelles (1967/2009) avait pointé l'importance du travail du patient déjà en psychiatrie pour se remettre en santé. D. Lhuilier (2006) reprend la notion des activités développées par celui qui est assigné socialement, dans la construction des stratégies de dégagement. Aider le médecin à élaborer sa peur, sans l'anticiper à la place du patient ni en le délaissant face aux idéaux portés par l'institution de ce qui constituait le « bon mort » (Atmani, 2005) ou une « bonne mort » (Castra, 2010), tel était l'enjeu principal de cet accompagnement. Ainsi, le patient serait confronté autrement à sa maladie, à son avenir, dans ces termes.

« Faire parler » pour aider les patientes à élaborer le deuil

Le fait que les patientes d'IMG séjournent en gynécologie oblige les soignantes de ce service à les prendre en charge. Ne pouvant pas les refouler ailleurs, comme le font d'autres unités du

PME, ces patientes représentent des « traces persécutrices » de la prescription médicale de « donner la mort ». Ainsi, pour soigner, les soignantes en gynécologie doivent d'abord transformer la notion de meurtre en soins. Pour cela, l'ensemble des collectifs soignants et médicaux, doivent neutraliser les résonances de la prescription médicale assimilée à « un donner la mort ».

Cette transformation favorise un déplacement de la responsabilité de l'acte, et change les rapports entre les patientes en IMG et les soignantes. Ainsi, le déplacement de la culpabilité des soignantes serait organisé au bénéfice du développement d'un rôle maternel réparateur.

Chercheuse - *Et dans le cas où la patiente ne veut pas trop de contact, et que vous voyez que la personne ne va pas bien…*

Sandrine - *Alors, alors, ça dépend…. Il faut lui donner du temps. Il faut dire aussi, si ce n'est pas avec nous, c'est peut-être avec une collègue, aussi.*

Caroline - *voilà, il faut passer le relais, … revenir, il faut aller doucement, …*

Sandrine - *c'est subtil et ça se fait naturellement…*

Chercheuse - *Quels sont les moments où le souci vraiment se pose pour vous, c'est-à-dire quand est-ce qu'il y a de la souffrance pour vous ?*

Sandrine - *Quand le patient rentre chez lui, et qu'il n'a pu verbaliser avec qui que ce soit…*

Chercheuse - *et à ce moment-là, vous le prenez contre vous ?*

Caroline - *Si aucune entre nous n'a réussi à entrer en contact, ah, bah, oui, là on a échoué toutes.*

Entretien avec trois infirmières, le 12 novembre 2007.

Dans la discussion entre les trois infirmières, l'idéal soignant semble être celui d'aider à l'élaboration de la patiente avant qu'elle ne quitte l'hôpital. Si la qualité des soins dépend largement du développement relationnel, les ruses pour aider à l'élaboration du deuil des patientes sont tenues pour essentielles par le collectif de travail soignant.

Il nous semble que l'importance accordée à l'accompagnement des patientes porterait davantage sur les rituels sanctionnés par la société dans la démarcation entre la vie et la mort, de façon à ne pas banaliser la perte humaine. Accorder de la place au deuil des patientes, c'est

renouer avec la matrice sociale commune, entre soignantes et soignées, sur la finitude de la vie.

Ingrid - *Quand même, notre boulot on le voit, puisque c'est une pathologie qui n'est pas trop lourde. Tu sais, quand tu as un service où tu commences de la chambre 106 à la chambre 112, du 6h30 à 12h30 et tu fais que de la toilette… ce n'est pas ça, quand même, et c'est ça qui nous garde réveillées quelque part. C'est que tous les jours les malades changent, et on se réinvestit quelque part. C'est sur qu'il y a des jours où on est plus toniques que d'autres, mais il nous reste, c'est quand même une base, ça. Moi, enfin, j'en ai malgré tout besoin. Et puis, on a l'avantage d'avoir des patientes qui nous redonnent…*

Katia - *Voilà, c'est ça qu'on attend le plus. On attend le plus des patientes, eh.*

Ingrid - *Et on n'a rien des médecins, dès fois on ne reçoit rien des infirmières, mais on a des patientes. Donc, on a les patientes pour alimenter le côté boulot, et les copines et les collègues pour alimenter nos problèmes personnels. C'est ce qui fait qu'on a stabilisé quelque part les soucis…*

Entretien avec deux AS en gynécologie, le 28 décembre 2007.

Deux niveaux d'échanges symboliques sont discutés dans cette vignette. Sur un premier plan, les échanges autour des soins auprès des patientes sont évoqués. Cela nous permet de comprendre que les AS arrivent à trouver une continuité, malgré l'exercice de désinvestissement et réinvestissement constant dû à la faible durée moyenne de séjour dans le service. Une des AS évoque que faire « *que de la toilette… ce n'est pas ça, quand même* » et fait allusion au fait que leur activité s'inscrit bien au-delà du concret, du visible. L'investissement pulsionnel des soignantes peut trouver du « *jeu* » au moment des toilettes. Dans un deuxième plan, le collectif soignant est rappelé comme une instance qui « *donne* » qui « *alimente* » afin que les AS puissent, à leur tour « *rendre* », « *dépenser* ».

C'est peut-être grâce à cette stabilisation possible par le collectif que les AS peuvent se centrer sur l'accompagnement du deuil des patientes. Le collectif semble opérer chez les soignantes, et indirectement chez les patientes, un détournement des affects agressifs de leur « *besoin* » en passivité pour accueillir l'autre. Le collectif de travail est répondant pour les AS face à leur rôle de mère. Cette fonction transitionnelle du collectif permettrait le soutien d'un

trouvé-créé (Winnicott, 1971/1975) dans les expériences de vie et de maternité, ressource pour le développement des activités au travail. C'est en cela que ce collectif favorise l'appropriation des règles de métier comme « liberté et contrainte » (Cru, 1995) pour chaque AS et ainsi, l'usage de soi par elles-mêmes dans l'accompagnement des patientes en deuil vers une construction créative.

Ainsi, dans leur collectif, il est instauré que l'accompagnement des patientes en IMG consiste en grande partie, en « ne rien dire » pour « faire parler » la patiente. Cette ruse leur permet à la fois d'évaluer l'élaboration de la patiente face à sa prise en charge, surtout quand celle-ci sous-tend la perte, la mort du bébé. De la même façon, l'équipe évalue aussi quand il faut « aider la patiente à faire son deuil ». Le « faire parler » élaboré en collectif de travail, sert de pare-excitation des soignantes afin de contenir le deuil de la patiente. Pour les soignantes, le collectif fonctionne comme capacité maternante de « holding », pour qu'à leur tour, elles fassent aussi du « holding » face aux mauvais objets des patientes (Winnicott, 1971/1975).

La désorganisation des tâches pour garder la main sur les activités valorisantes

En réfléchissant à l'articulation entre ces trois corps soignants pour la réalisation des tâches qui confrontent à la mort en gynécologie, on s'interroge sur l'impact de la désarticulation au sein de l'encadrement et de l'équipe médicale dans les collectifs de travail soignants. Ayant vu la formation de « clans » entre les médecins, et les incohérences des prescriptions, on s'interroge sur la difficulté des infirmières face aux contradictions médicales à organiser la priorité des soins et donc, à organiser l'activité des autres catégories soignantes. Il nous semble que les contradictions et les conflits entre les différents prescripteurs, désorganisent chaque jour davantage les activités soignantes qui en découlent.

Cependant, face aux différentes approches de chaque médecin lors de la visite médicale, les infirmières au sein d'un clan ont adopté une ruse leur permettant de cibler la prescription à suivre et de minimiser les contradictions qui pourraient apparaître aux patients. Caroline, infirmière, raconte que *« le pire est qu'en gynécologie, la visite est faite chaque jour avec un médecin différent, qui a toujours un autre avis sur la façon de mener les choses et qui veut reconduire le traitement »*. A ce moment, elle dit que *« la meilleure façon pour pouvoir avancer c'est d'ignorer les avis des médecins, dire « hum, hum, noter… et attendre »*. Elle suit davantage les prescriptions du médecin qui a opéré la patiente, puisque *« c'est lui qui a vu*

les conditions et de l'anesthésiste pour tout ce qui concerne la perfusion, etc... ». Et quand il y a des conflits, elle fait appeler le patron, pour qu'il vienne arbitrer et résoudre les problèmes. Quant aux internes, les plus proches, elles les cadrent, pour qu'ils apprennent comment faire (Extraits du journal de bord du 05 octobre 2007).

Toutefois, notre hypothèse ne porte pas seulement sur une désorganisation des activités des infirmières par les multiples prescriptions. Cette désorganisation pourrait être aussi volontaire ou anticipée, tenue par l'ensemble des soignantes, notamment par les plus anciennes, afin de protéger le développement des activités relationnelles de l'unité en ne rentrant pas en conflit avec les chirurgiens lors de la visite. La désorganisation observée serait, dans ce contexte, une résistance des soignantes pour garder une certaine autonomie dans leur travail. Nous avons remarqué que le rôle des ASH est une ressource pour le développement des activités relationnelles auprès des patientes.

Claire - *…On fait nos chambres, et là on a beaucoup de contact avec les patientes, après on parle, les aides-soignantes nous donnent un petit coup de main, et souvent c'est intéressant. C'est le moment le plus intéressant, moi, … il y a des moments, où elles nous parlent, on ferme la porte et on discute, parce qu'il y a des moments où elles ne veulent pas discuter avec les infirmières ou les aides-soignantes, et elles préfèrent discuter avec nous.*

Chercheuse - *Est-ce que tu as des hypothèses sur ce que tu viens de me décrire ?*

Claire - *Peut-être aussi parce qu'elles sentent aussi qu'on fait partie de l'équipe, peut-être aussi parce qu'on est moins au contact, moins au contact physique, parce que l'infirmière, elle a du contact quand elle fait la piqûre et tout ça, l'aide-soignante, elle fait l'aide à la toilette et tout ça, et elle est au contact physique, et peut-être que la patiente a besoin d'un contact autre que le contact physique, et le fait qu'on arrive avec le balai, avec un grand sourire et qu'on parle du soleil, du beau temps…*

Chercheuse - *Ça permet déjà à un autre genre de contact de s'installer.*

Claire - *Parfois, elle se met à parler, à pleurer, et après on ferme la porte et on peut discuter. Et après si on s'attarde dans une chambre, ce n'est pas grave, on s'attarde dans une chambre. Moi, je préfère que la patiente soit bien, faire appel et dire après à une infirmière comment ça s'est passé, mais je préfère que la patiente soit bien, quitte à ce que, bah, le ménage dans sa chambre ne soit pas fait parce qu'elle ne va pas bien. Le ménage*

ne soit pas fait du tout, ça m'est déjà arrivé, bah, je reste dans la chambre, je lui demande si elle a encore besoin de quelque chose et on arrive à avoir notre contact quand même.

Extraits de l'entretien avec Claire, ASH en gynécologie, le 7 janvier 2008.

Ainsi, par une apparente désorganisation, en travaillant à contrecourant de l'organisation de la hiérarchie, les ASH participent comme soignantes dans la dynamique du relais de l'équipe élargie et aident à développer l'activité relationnelle en faisant parler les patientes endeuillées.

Le découpage du temps individuel et collectif pour garantir les soins relationnels

Dans les parties précédentes, nous avons fait l'hypothèse que l'interruption des toilettes des patientes observée par une AS remplaçante portait sur une stratégie défensive collective d'évitement des patientes. En découpant le temps pour les toilettes, les AS éviteraient d'établir de l'intimité avec leurs patientes, se préservant de leur deuil, de leur peine.

Des ruses développées autour de la gestion du temps sont décrites ci-dessous. En gynécologie, développer les activités relationnelles recouvre le fait d'accomplir des soins techniques tout en gérant l'organisation inattendue du travail, caractéristique des services de chirurgie.

Elsa - *et pour boucler son travail dans le quart de travail on est obligée de « squeezer » en partie le relationnel, on en fait un minimum. Moi, ce que j'ai expliqué à une élève la dernière fois c'est que j'essaie de voir, chaque patiente comme unique, mais on fait quand même… « des séries ». On fait trois soirs, donc, un soir on va voir quelques patientes…, on va accorder par exemple dix minutes, à certaines patientes … Le soir d'après, bah, on va accorder, à ces patientes de la veille, on ira plus vite le lendemain, et on accordera du temps à d'autres. Donc, sur trois jours continus de soir par exemple, on arrive à faire, à voir toutes les patientes, et tous les jours on arrive à prendre dix minutes, et puis d'autres, on est obligée à bah…*

Sandrine - *obligée de prioriser, heureusement que sur …16 lits, toutes les patientes n'ont pas besoin du relationnel en même temps.*

Elsa - *ce qui n'est pas mal…*

Sandrine - *ce qui nous permet aussi de prioriser. C'est-à-dire, qu'une dame qui a eu un bloc de jour, il y a deux jours et une dame qui revient du bloc, on va nuancer. Une dame qui vient de perdre son bébé et bon, on va la prioriser. En fonction aussi des patientes, parce qu'il y a des gens qui n'ont pas envie de parler. Même si nous, on a le temps, nous, si on a le temps, et que la patiente n'a pas envie de parler, eh, bah, elle ne parlera pas. Ça ne sert à rien. Donc, du coup, ça nous permet aussi à nous de jongler avec les choses et du coup de pouvoir aussi essayer d'être le plus efficace possible.*

Extraits de l'entretien avec trois infirmières de gynécologie, le 12 novembre 2007.

Le savoir-faire développé par cette jeune infirmière qui, par « les séries » ou le découpage du temps auprès des patientes dans son quart de travail, lui permet de faire face à des situations difficiles. En accordant dix minutes chaque jour à quelques patientes en plus grand besoin, elle arrive à se rendre disponible à une écoute délimitée par le cadre temporel.

Conclusion

Dans cette partie, nous avons pu mieux comprendre les articulations entre l'encadrement de l'activité, la dimension impersonnelle du métier, selon Y. Clot (2008) dans la construction des espaces collectifs, dans la légitimation des ressources symboliques pour subvertir l'activité en bel ouvrage.

Les affects archaïques dérégulent d'abord le cadre des activités pour finalement atteindre les configurations des échanges dans les collectifs de travail. L'appréciation de la qualité du travail réalisé n'est pas la même, face à l'archaïque, selon la valeur que l'activité revêt aux yeux du collectif. Nous différencions ainsi le « sale boulot » du « mauvais travail ». Le « sale boulot » serait le résultat du traitement des restes à partir de la configuration des idéologies défensives de métier. Cette configuration est spécifique aux activités moins valorisées. Le « mauvais travail », cependant, serait le résultat des déliaisons massives d'encadrement et des ressources symboliques au regard des activités valorisées par les soignants. Ainsi, le traitement du reste prend la forme du « mauvais travail ».

La subjectivation des soignants, leur reconnaissance, dépendent également de l'objectivation que la réalisation de l'activité leur procure. Dans les cas du « sale boulot » et même du « mauvais travail », l'empêchement de mobiliser des ressources symboliques peut conduire à la perte du sens de l'activité et la personnalisation (Clot, 2008) au sein des collectifs. Ceux-ci pourraient même fragiliser l'identité du soignant, mettant en confusion son étayage sur par d'autres sphères de vie.

En revanche, les cas qui portent sur la subversion face à l'archaïque, nous permettent de comprendre que les valeurs alimentant et soutenant les normes des collectifs de travail, puisent dans d'autres sphères de vie des soignantes (Curie, 2000), dans la formation d'une instance tierce. Dans ce contexte, chaque soignant - individu est porteur des valeurs, synchroniquement et diachroniquement (Lhuilier, 2005) à partir des différents groupes d'appartenance (Lhuilier et Litim, 2010). Ces valeurs contribuent au maintien des arbitrages dans l'espace commun de partage. Ces arbitrages peuvent être conflictuels, portant sur des différentes valeurs selon la catégorie professionnelle qui participe.

Cependant, les vignettes cliniques mettent en relief d'autres sources de conflit dans les arbitrages. Il est question de la mobilisation des valeurs d'autres sphères de vie face aux soins : la maternité, la féminité (Molinier, 2001 ; 2006 ; 2009) et l'Humanité (Freud, 1929-30/71). Finalement, la notion d'échanges symboliques réactualisée dans les travaux de G. Jobert (1998) nous ouvre la perspective de la responsabilité des soignantes au regard du travail de civilisation, face aux actes de « donner » mais aussi d'accompagner la mort. Les valeurs qui portent la contribution de l'activité du patient lui-même participent dans cette équation entre donné et rendu. Le travail de santé du patient dans l'engagement du don et contredon, idée originale de F. Tosquelles (1967/2009), donne à voir la dimension civilisationnelle (Freud, 1919-20/2001 ; 1929-30/1971) fondamentale dans les échanges concernant les relations humaines, notamment lorsqu'il s'agit des décisions relevant de la vie et de la mort.

Dans la partie qui suit, nous nous attarderons sur ces échanges symboliques dans la construction du sens de l'activité mais aussi dans le maintien identitaire des soignants qui travaillent auprès des activités en lien avec la mort.

La problématique de la reconnaissance

Dans la partie précédente, nous avons abordé l'importance de l'articulation entre l'encadrement des activités et les partages collectifs dans la contention des affects archaïques chez les soignants, face à des activités moins valorisées, transformant le « sale boulot » en « bel ouvrage ». Nous avons aussi évoqué la participation des valeurs d'autres sphères de vie aux différentes modalités d'arbitrage, individuelles et collectives (Curie, 2000 ; Cru, 1995).

Dans cette partie, nous traiterons de la reconnaissance de soi, à partir des « usages de soi ». (Mencacci et Schwartz, 2009). Face aux activités liées à la mort, nous mettrons en valeur la dialectique entre l'institution et le sujet, par l'intermédiaire des valeurs arbitrées par l'individu dans le collectif. Nous chercherons à comprendre comment les différentes modalités d'arbitrage – par des règles et des défenses – régulent les « usages de soi » par soi-même et par les autres (Mencacci et Schwartz, 2009), à partir des valeurs issues d'autres sphères de vie, diachronique et synchroniquement mobilisées (Curie, 2000 ; Lhuilier, 2007).

Nous essayerons également de comprendre comment les « usages de soi » sont réalisés face aux situations extrêmes, lorsque le collectif ne peut plus répondre aux activités liées à la mort.

La reconnaissance de soi et les différentes modalités d'arbitrages de valeurs

En abordant les tâches qui confrontent à la mort, nous avons pu remarquer qu'elles étaient assimilées par l'institution médicale à du « sale boulot » (Hughes, 1962/1996). La reconnaissance de soi face à des activités, et même des métiers, qui s'écartent des visées socialement valorisées, représente un défi supplémentaire pour les professionnels qui s'y confrontent.

Comme nous l'avons déjà argumenté, c'est dans le partage au sein des collectifs et puisant dans les groupes d'appartenance de chaque soignant, que l'appréciation du travail peut être stabilisée et la reconnaissance de soi tissée (Cru, 1995). Ce collectif intériorisé, permet de mobiliser l'historique dans le métier ou « genre » (Clot, 2008), et de solliciter d'autres sphères

de vie (Curie, 2000 ; Lhuilier, 2002). La partie sur la subversion en « bel ouvrage » des tâches qui confrontent au fait de « donner la mort » et d'« accompagner la mort », nous a permis d'évoquer leur transformation par le tissage des règles collectives qui sous-tendent cette subversion créatrice.

Dans la dialectique institué – instituant, le collectif est le médiateur, lieu de confluence et d'arbitrage entre les valeurs du métier et d'autres sphères de vie, face aux tâches prescrites par l'organisation du travail. Selon D. Cru (1995), ces espaces ne sont pas seulement des espaces d'élaboration des règles, mais aussi de construction des stratégies défensives collectives. Ainsi, nous vérifions comment les valeurs arbitrées dans le collectif de travail sont réappropriées, mais aussi contestées, par chaque soignant qui devient répondant et garant de la continuité identitaire.

J. Curie (2000) soutient que « les activités des acteurs dans un champ déterminé ne sont normées que sous condition d'un apport de ceux-ci : l'acteur est aussi instituant de la règle instituée. Et ceci à tous moments : la phase instituante est permanente si l'on s'accorde à voir dans l'instituant non pas seulement ce qui conteste l'institué mais ce qui le soutient. L'institution, c'est le rapport dialectique entre la règle instituée-instituante et l'acteur instituant -institué » (p.161).

La reconnaissance de soi dans le partage des règles de métier

Lors d'une activité interinstitutionnelle, une analyse de pratiques, cadrée par l'EMSP en partenariat avec le réseau en ville pour les soins palliatifs, a été mise en place dans une MAS. Dans une intervention animée, dans ce cadre, par la psychologue en EMSP et l'infirmière du réseau en ville, une demande des soignantes a pu émerger. La nouvelle équipe soignante de la MAS, composée notamment des AS, des AMP[19] et d'un infirmier, manifestait le besoin de discuter des valeurs sous-tendant les normes de l'accompagnement de fin de vie. En présence des tiers (EMSP et réseau en ville), le débat entre soignants et la direction composée de la directrice de l'établissement et du médecin généraliste responsable, était amorcé. La discussion avait comme objectif de reprendre les décisions qui avaient guidé la prise en

[19] AMP : Aide médico-psychologique : catégorie paramédicale notamment en lien avec les personnes handicapées. Le rôle de l'aide médico-psychologique comprend l'éducation thérapeutique et les soins d'hygiène, ainsi que l'animation de la vie sociale et relationnelle

charge de fin de vie de Madame Guigou, patiente atteinte d'une SEP[20]. Les soignants s'interrogeaient toujours sur la qualité du travail réalisé auprès de cette patiente. Cette prise en charge représentait un point de rupture entre soignants et direction. Un rapport de force s'était installé, où les soignants se vivaient comme « exécuteurs » d'un corps « décideur », auquel ils exprimaient une certaine méfiance et hostilité à l'égard des consignes pour les prises en charge. Une autre dimension à prendre en compte était celle des origines des soignantes, notamment de l'Afrique de l'Ouest par opposition aux cadres (médecins, direction administrative, psychologue) d'origine française. Les différences culturelles et les valeurs associées à l'accompagnement de fin de vie complexifiaient les débats sur la continuité identitaire face à l'activité réalisée.

Les incohérences dans la prise en charge de Madame Guigou, notamment en ce qui concernait son hydratation, son alimentation et le traitement de son encombrement étaient évoquées. Ce qui ressortait de plusieurs AS et AMP était le sentiment de l'avoir « laissée mourir », et ainsi, le besoin de transgresser les décisions prises par le médecin. En lui donnant à boire, à manger, leur interrogation éthique s'apaisait. Finalement, ces soignants se disaient en porte-à-faux au regard de la décision d'arrêter « l'acharnement thérapeutique », qui s'opposait clairement aux valeurs du « care ». Les soignantes exprimaient ainsi une colère et la revendication à participer et mieux comprendre ces prises de décision.

Les soignants, par leur organisation en collectifs de travail, s'approprient la tâche et la transforment en activité selon leurs intérêts plus ou moins conscients, puisés dans leurs histoires personnelles mais aussi tissés par des critères collectivement construits. Ainsi, ces échanges ont une valeur et une fonction symboliques et *symboligènes* (Cru, 1995), les échanges permettant une élaboration langagière face au réel du travail.

Selon D. Cru (1995) cependant, ces échanges n'auront une fonction et ainsi, une valeur symbolique, que si deux conditions sont remplies. D'une part, l'activité pour laquelle les échanges sont sollicités doit être déterminée et située par un cadre prescriptif dans l'organisation du travail. L'organisation du travail doit assurer l'objectivation du travail par les tâches définies. D'autre part, les échanges ne deviendront légitimes et source de

[20] SEP : Sclérose en Plaque

subjectivation que s'ils sont mis en partage au sein du collectif de travail (Cru, 1995). Le collectif de travail serait un espace transitionnel ou encore un « système abstrait qui organise les signifiants » (Oury, 1986 : 136 ; in Cru, 1995 : 61) qui aurait pour fonction d'élaborer et d'intégrer des règles, de différencier des sphères référées à une loi, pour affronter le réel. Cette deuxième condition permettrait que la contribution individuelle ou « transgression » initiale ait une valeur symbolique, car assise sur une reconnaissance sociale. La quête d'une reconnaissance des valeurs portées par chaque soignante et arbitrées au sein du collectif, redéfinissait les règles sur l'accompagnement de fin de vie, et prenait une forme instituante, « légale », face au débat avec la direction administrative et médicale.

A leur tour, le médecin et la directrice de l'établissement interviennent, évoquant des bruits (râlements) aussi bien que des gestes typiques de la phase agonique qui réactivent l'angoisse chez la famille et les soignants. Cette intervention avait pour but de consolider les décisions médicales et de diminuer la revendication des soignants. Ces gestes, selon le médecin, ont pu être identifiés comme ne portant préjudice ni souffrance à la patiente mourante, inconsciente à ce stade. Cette intervention était source de nouvelles interrogations.

L'infirmière du réseau a pu donner un éclairage à plusieurs moments sur les soins de confort autour de la phase d'agonie. Une différenciation des gestes de souffrance et de ceux qui ne sont pas liés à la souffrance, mais à l'agonie, a pu être posée. D'ailleurs, cet échange entre les soignantes et cette infirmière a permis de reconnaître leur souffrance dans cet accompagnement. L'infirmière a pu aussi valoriser les actes de soins pour l'accompagnement de la fin de vie de cette patiente, et reconnaître la qualité d'attention et de préoccupation de l'équipe à l'égard de cette prise en charge. Dans cette situation interinstitutionnelle, le débat dans le collectif élargi était la clef pour éviter un clivage plus important entre la direction et les soignantes. Le débat, révélant des valeurs puisées dans des expériences issues de traditions différentes dans chaque catégorie professionnelle, aurait permis une reconnaissance mutuelle de la diversité des traitements de la fin de vie dans l'ensemble de l'équipe. La reconnaissance de la souffrance infligée aux soignantes, face au décalage entre les valeurs de métier des différentes catégories professionnelles était aussi amorcée. J-P. Minary (2006) signale la complexification du travail en équipes pluri professionnelles et pluridisciplinaires et la difficulté de construire des « ressorts éthiques » communs : « Souvent, pourtant, il y a plusieurs registres de régulation de l'action qui coexistent, se soutiennent ou se télescopent,

dans les efforts que font les uns et les autres de leurs systèmes défensifs visant à stabiliser et rendre vivable la situation de travail au quotidien » (p.94).

Aussi, il est devenu clair qu'au-delà des différentes catégories professionnelles (valeurs de métier) il s'agissait des valeurs provenant de la vie privée, et notamment des valeurs qui portaient sur ce qui nous rend humains et civilisés, les valeurs « sans dimension » (Schwartz, 2009), qui faisaient objet du conflit.

Selon D. Lhuilier et M. Litim (2010), le collectif de travail n'est pas dissociable de l'expérience pratique du travail collectif, comme expérience de conflits de buts et de « *civilisation* » du réel. Le collectif médiatise les relations entre le sujet et l'organisation, entre le sujet et le réel et ses épreuves. Le collectif n'est cependant pas réductible à celui qui est engagé dans le travail collectif de coopération situé ici et maintenant entre professionnels au travail. « *Chaque sujet appartient et ce tout au long de sa vie de travail, à plusieurs groupes : il peut puiser dans une pluralité de patrimoines collectifs passés et actuels et contribuer au développement des règles de travail dans les collectifs de travail, qui sont aussi le plus souvent des groupes pluri métiers. Ce qui suppose alors de concevoir et d'organiser le travail collectif à partir de différentes logiques de métier* ».

Dans l'accompagnement de Madame Khalil, décrit auparavant, la définition de ce qui est considéré comme du bon travail selon les différentes catégories professionnelles a entraîné un débat au regard des normes et valeurs face à cette fin de vie. On retient que dire son mal-être, du côté des médecins, mais aussi interroger le changement de valeurs dans la prise en charge, par les AS et quelques infirmières, nous indiquent que ce collectif de travail maintient et entretien sa fonction transitionnelle pour réfléchir et élaborer, malgré la puissance des affects, les valeurs transcendantales, ou « sans dimension » selon Y. Schwartz (2009).

Ph. Malrieu estime en effet, que l'appartenance du sujet à différents groupes, n'ayant pas forcément les mêmes valeurs ni croyances entre eux et ne le sollicitant pas non plus de la même façon, contribue à son développement. L'insertion du sujet dans des groupes d'appartenance se réalise de façon unique, car elle dépend de la hiérarchisation de ses valeurs instituées par identification dès ses premières relations. Ces valeurs peuvent aussi être instituantes de nouvelles valeurs par de nouvelles identifications dans les groupes auxquels le

sujet appartient. Le sujet tel que théorisé par J. Curie (2000), dans la lignée des travaux de Ph. Malrieu, est un sujet dont « les apprentissages s'effectuent sur le fond de désirs de subjectivation. Alors que la subjectivation passe par des remises en cause des règles contradictoires auxquelles l'enfant puis l'adulte sont simultanément ou successivement soumis » (p.158). L'appartenance aux différents groupes est ainsi conflictuelle, pleine de tensions mais aussi de complémentarités.

Nous soulignons que dans les coulisses des règles collectivement construites, il y a toujours des tensions éthiques chez chaque soignant, alimentant les partages, les échanges et le développement du sujet face au réel de l'activité. Cependant, la menace reste toujours présente d'une destruction de l'étayage possible de l'identité et du collectif.

Dans l'organisation du travail en gynécologie, les infirmières sont sollicitées davantage dans leur rôle ménager, d'organisation et de cohérence des tâches entre équipes soignantes et médicales. L'impact de la hiérarchisation morale du travail dans la régulation des activités de chaque catégorie soignante, a aussi un effet sur leur collectif de travail. Les infirmières sont sollicitées vers les tâches d'organisation et techniques, s'éloignant des activités relationnelles.

Ainsi, les infirmières mobilisent leurs savoir-faire auprès des médecins pour garder la cohérence au sein des équipes soignantes de l'unité. L'invisibilité ménagère avec laquelle les infirmières assurent un rôle transitionnel au regard de l'activité médicale, nous conduit à la notion du « care » développée par P. Molinier (2009). C'est dans le silence, dans l'invisibilité que cette ruse féminine trouve toute son efficacité et son application dans le contexte professionnel. La stratégie, leur permettant de cibler la prescription à suivre et de minimiser les contradictions dans leurs activités, passe par le fait d'ignorer les prescriptions d'autres chirurgiens qui n'ont pas opéré la patiente, tout en évitant le conflit. Cette stratégie dénote d'une sensibilité féminine pour ne pas vexer les avis d'autres chirurgiens, tout en développant la cohérence dans leur travail. Les astuces d'aménagements des infirmières quant à leurs activités d'organisation du travail entre équipes soignantes en gynécologie nous permettent de réaliser que malgré le manque de collectif dans cette catégorie, des ruses individuelles et les partages au sein des clans sont toujours existants.

P. Molinier (2001) avait remarqué la violence à laquelle les infirmières sont renvoyées dans leurs corps érotiques pour pouvoir développer la dimension de l'agir compatissant. P. Molinier avait compris que « le travail infirmier est un travail sur et avec le corps. Pour devenir un outil efficace, le corps des infirmières doit d'abord s'effacer. La fatigue, la vulnérabilité, l'irritation, la souffrance doivent disparaître pour que la présence infirmière soit apaisante… » (pp.26-7). Pour cela, « pour bien faire le travail infirmier, c'est-à-dire, pour en retirer du plaisir, il faut pouvoir sentir la souffrance de l'autre, ce qui implique de l'éprouver soi-même dans sa propre chair, de sentir sa propre souffrance. La compassion est la forme de souffrance générée par le travail infirmier » (p.27).

En gynécologie, l'usage du rôle féminin et maternel est doublement sollicité dans le développement des soins. Si les soignants sont, de façon générale, sollicités dans la posture masochiste endogène, base du rôle maternel, en gynécologie, leur savoir-faire pendant et après leurs expériences de grossesses sert d'étayage collectif pour saisir et comprendre leurs patientes endeuillées, les classifier, les hiérarchiser et organiser leur prise en charge. Dans la partie de la division morale du travail, nous avons vu que l'institution hospitalière sollicite différemment les trois catégories soignantes au sein de l'unité de gynécologie.

De cette façon, nous explique l'auteur, « l'infirmière modèle » est un « modèle en creux » (Molinier, 2001 : 26). Les domestications et les rapports de domination entre femmes cherchent à « réprimer leurs mouvements spontanés, … à mettre en latence leurs besoins immédiats, à endurer la passivité » (p.27). Cette domestication est réalisée autant par les anciennes infirmières que par l'encadrement. De cette façon, on pourrait dire que les comportements sont hiérarchiquement sanctionnés mais collectivement entretenus à partir de leur « degré d'appartenance à la sphère de l'agir compatissant » (*idem* : 29).

La pose d'un arrêt maladie par Nathalie, ASH, dû à son coccyx cassé, suscite des commentaires de la part de l'équipe, en particulier de Berthe, infirmière, qui compare le problème de coccyx à la grossesse et à la difficulté de travailler de Sarah, ASH, mais « *qui est toujours là, même quand elle doit rester toute seule en fin d'après-midi* » (Extraits du journal de bord du 23 juillet 2007).

Selon les critères partagés par les soignantes, la souffrance personnelle devrait laisser place aux situations considérées comme plus importantes pour le bien-être de l'ensemble du groupe. Cette perspective d'ajournement, de passivité face à une difficulté, mais aussi d'une certaine invisibilité de la souffrance de chacune serait rendue visible par le jugement entre collègues (Molinier, 2001). Ici, le coccyx cassé est jugé comme étant moins important que la fatigue de la grossesse. Ces jugements participent à l'éthique même du corps soignant, dressant attitudes et postures afin de tenir la « respectabilité » des soignantes, d'autant plus « que la moralité de la femme qui touche le corps des autres et supporte la vue du sang est toujours suspecte » (Molinier, 2001 : 28-9).

P. Molinier (2001, 2006, 2009) avait remarqué que le métier de soignant puise dans les activités du rôle féminin pour trouver son étayage. Le genre a plusieurs facettes dans un continuum entre les pôles de femme et de mère. Selon la tâche et la catégorie professionnelle, le féminin est reconnu comme impliqué dans le développement de l'activité d'accompagnement de la fin de vie ou du deuil face à « donner la mort ».

Les AS sont particulièrement incitées à utiliser leur rôle maternel au bénéfice de la prise en charge relationnelle auprès des patientes. Dans le contexte d'une patiente anémique avec de la fièvre, dont le bébé était retenu en néonatologie, l'AS Gisèle vient transmettre à l'infirmière qu'elle jetait le « *lait de la patiente sans qu'elle ne se rende compte* ». L'infirmière affirme que « *la patiente sait que l'on ne donne pas son lait à son bébé* ». L'AS dit cependant le faire discrètement pour ne pas blesser la patiente (Extraits du journal de bord du 30 juillet 2007). Cette attention invisible des AS semble contenir l'essence même des valeurs portées dans l'activité d'accompagnement et du « care ». Arbitrée dans ce cas individuellement par l'AS, qui continue à prendre soin de la patiente, comme pour éviter une surcharge supplémentaire à sa détresse.

La catégorie professionnelle des AS, notamment, est sollicitée pour une mise en contribution de leur expérience de maternité dans l'accompagnement du deuil des patientes. Leur capacité à développer les dimensions relationnelles dans la prise en charge puiserait à la fois dans leur capacité personnelle de séparation avec leur mère pour adopter le rôle maternel auprès des patientes. Les difficultés des patientes à devenir mère et à accueillir leurs bébés, pourraient être vécues comme des attaques au corps maternel, représenté par les soignantes.

Si le rôle maternel permet aux soignantes d'accueillir la souffrance et de contenir l'angoisse de mort présente dans les accompagnements des patientes en IMG, en EMSP il est d'autant plus important que ce rôle soit apprivoisé afin de soutenir des espaces de symbolisation, de l'ensemble des équipes, face à l'archaïque.

Dans les situations où l'EMSP est venue seconder les équipes dans les services de médecine et de chirurgie, nous avons pu repérer les étayages des collectifs intériorisés chez chaque catégorie professionnelle pour trouver la posture correspondant au masochisme endogène. Cette posture, base du rôle maternel, est fondamentale pour développer les activités comme tiers dans l'accompagnement de fin de vie. La posture tierce serait la règle de métier principale en EMSP, s'étayant sur le dispositif du binôme, où tout travail d'intervention et d'élaboration prend appui.

D'une part, au niveau des services où l'EMSP intervient, les professionnels de cette équipe « viennent seconder » dans l'accompagnement et soutenir les espaces de discussion avec les équipes. Dans cette situation, l'espace transitionnel, garanti par les professionnels en EMSP, favorise le « holding » (Winnicott, 1971/1975) des soignants face à la situation initialement insoutenable. Par cette contenance, les soignants peuvent s'appuyer sur l'EMSP pour trouver une nouvelle posture face à la situation.

D'autre part, les professionnels qui composent l'EMSP doivent maintenir des temps de transmissions dans l'équipe pour élaborer leur propre action et réfléchir aux étayages symboliques mis en place. Pour atteindre leur objectif de soutien, les professionnels au sein de l'EMSP doivent trouver en eux, puisant dans leurs histoires personnelles et professionnelles, la position passive nécessaire pour devenir tiers (Faria et Barros, 2011). C'est dans cet espace que la concertation des règles d'action de l'équipe peut être réalisée, régulant la posture tierce des professionnels dans les interventions ailleurs.

De façon permanente, les règles construites collectivement par le débat de valeurs et des normes se confrontent au réel d'une situation au travail. Dans le cas des professionnels qui sont confrontés à des tâches liées à la mort, ce réel peut être chargé d'affects archaïques, ce

qui peut intensifier les conflits et la régression des formes d'échanges au sein du collectif (Lhuilier, 1999, 2005 ; Kristeva, 1980).

Ainsi, les débats qui permettent de définir ou d'utiliser des règles partagées par un collectif sont toujours fragiles, car ils impliquent des mouvements réflexifs continus, des discussions, pouvant passer par le conflit et même par le clivage et risquant de glisser vers la défense, à tout moment. Cependant, c'est grâce à ces écarts de valeurs portées par l'expérience de chacun qu'il peut y avoir des arbitrages, en soi-même mais aussi avec d'autres, dans la construction créatrice d'un trouvé-créé.

La reconnaissance de soi dans la mise en commun des défenses

Les stratégies défensives collectives et, plus radicalement, les idéologies défensives de métier, transforment les représentations, en clivant les aspects indésirables des activités qui confrontent à la mort, dans une économie de la souffrance au travail des professionnels. Dans les vignettes cliniques présentées, le débat dans le collectif est occulté au profit des débats avec soi-même, davantage individualisés et parfois défensifs. L'usage de soi par les autres semble prévaloir à l'usage de soi par soi-même dans ces contextes. Nous avons constaté des dispositifs défensifs par le jugement, par l'hyperactivité ou par la fuite.

Dans les stratégies collectives de défense, les tâches réalisées sont désaffectées par la représentation. Cette défense qui éloigne l'éprouvé de l'activité a des effets cognitifs sur les dynamiques collectives, en réordonnant la réalité. En s'organisant défensivement, les jugements d'attribution et d'existence viennent démarquer l'activité du réel, construisant une différenciation entre la partie de l'activité qui sera traitée et celle qui restera méconnue. Ainsi, aucune transformation créative n'est possible face à la tâche. L'éprouvé, source de transformation de soi et de son activité, est escamoté au profit d'une défense.

En gynécologie, l'effet de la proximité de la mort d'une patiente de la même tranche d'âge que la soignante oriente la stratégie défensive : il s'agit d'éloigner la résonance identificatrice en « dévalorisant la patiente ». La soignante a également fait appel à d'autres professionnels pour faire écran dans la relation avec cette patiente. Cette infirmière enceinte, qui avait vécu une fausse couche, était responsable d'une jeune patiente atteinte d'un cancer très agressif, la rendant, stérile. Ingrid, l'infirmière concernée, nous dit qu'elle avait « *rêvé de cette patiente et*

du service toute la nuit d'hier ». Elle disait être « *très angoissée* » et avoir « *appelé la psychologue* » pour lui donner « *des directives pour aborder le sujet avec elles (la patiente et sa mère), après le passage du médecin la veille* ». Elle nous dit que « *la jeune fait très « fille de maman » et qu'elle ne posait aucune question, malgré le fait qu'elle pleurait et que sa mère, par contre était dans une excitation de questions* ». Ingrid nous confie qu'elle « *espère que cette patiente va pouvoir rester en SIPO – réanimation postop – au lieu de revenir directement dans sa chambre, afin de la surveiller d'un peu plus près* » et de lui donner, à elle, « *un peu plus de temps* » pour se remettre. (Extraits du journal de bord du 26 octobre 2007).

Dans cet extrait, l'intrusion de la vie professionnelle dans la vie privée, et vice-versa affecte clairement la procédure de la prise en charge et bouscule surtout le sens de cette activité pour l'infirmière concernée. La question de la subjectivation des soignantes se pose à partir de l'objectivation face au réel de l'activité, et des espaces de partage en collectif permettant un dégagement. Dans le cas de la confrontation à la mort, cette infirmière cherche des ressources pour subvertir ses affects, faisant appel à ses rêves, mais ne parvenant pas à se dégager, elle se défend en prenant la fuite de cette patiente.

Dans un autre cas, le récit d'une AS qui faisait fonction d'ASH en maternité révèle deux moments clefs de remise en question identitaire : d'une part son changement de métier d'agent comptable à soignante, qu'elle évoque sans pour autant l'explorer. Ensuite, en raison de « *gros soucis de santé* », la quête d'un poste en maternité avec l'objectif de réaménager son mi-temps thérapeutique. C'est là, en salle de naissance qu'elle sera confrontée à des activités qu'elle ressentira comme ménageant sa santé mentale et son identité.

Il y a eu une longue interruption, où je suis restée quatre ans sans travailler ; et j'ai retravaillé il y a bah, maintenant trois ans et demi….J'ai commencé plusieurs mois en obstétriques, j'aimais bien… par contre j'ai eu une expérience difficile en salle de naissance, c'est lié, surtout à deux aspects : le premier qui me vient à l'esprit, c'est que je ne savais pas du tout, quand il arrivait des situations très graves au cours de l'accouchement, ou quand le bébé arrivait dans un état de santé très, très grave, moi, j'étais littéralement paniquée. De ce fait, je n'étais plus capable de quoi que ce soit, j'étais comme pétrifiée, j'étais soit pétrifiée, soit maladroite ; enfin, j'aurais voulu rentrer dans un petit trou de souris quand ça se

produisait, donc, il y avait cet état de fait ; et puis il y avait aussi, comment dire, quelque fois aussi des nourrissons qui meurent à la naissance, qui sont des morts fœtales, et puis, c'est à nous les aides-soignantes qu'il incombe d'amener à la morgue, et voilà.
Et il s'est trouvé aussi, le hasard a fait que je me suis trouvée à amener, qu'une ou deux fois j'ai dû amener des jumeaux, et moi j'ai des jumeaux, la vie a fait que j'ai du bonheur d'avoir des jumeaux… Bon, bah, il n'y a pas eu des histoires comme ça pour eux, Dieu merci, mais … ça c'était trop dur d'avoir ces petits êtres, en plus les conditions ne sont pas… enfin, le plus souvent, on les glisse dans un gros sac, mais on sait ce qu'il y a dans ce gros sac, quoi. Donc on remet ce gros sac à la morgue et on sait très bien ce qu'on est en train de faire, enfin… Ce qui fait que j'étais… comme j'avais un contact avec la médecine du travail, liée à mes gros soucis de santé, je leur aurais expliqué, j'aurais aussi parlé aux cadres, et puis j'aurais expliqué aux uns et aux autres, que ça m'allait pas, qu'à la rigueur je voulais bien faire des petits remplacements comme ça d'une journée ou deux, comme ça, pour rendre service, mais y travailler sur quatre mois, c'était au-dessus de mes forces, j'avais même peur de … bon, moi j'ai un peu de souci dans la dépression, mais j'avais presque peur de devenir dépressive à force, en insistant. Donc, maintenant je ne travaille plus, c'est quelque chose d'entendu.

Extraits de l'entretien avec Vanessa, AS faisant fonction d'ASH en gynécologie, le 27 mai 2008.

Ce récit situe le télescopage entre la vie privée de cette soignante et son activité professionnelle. L'effort défensif pour ne pas penser à ce qu'elle portait dans le sac, est très vite associé, néanmoins, à ses enfants. La sollicitation défensive de l'organisation du travail par rapport à la tâche du traitement des restes des « fœtus expulsés », et sa neutralisation par la mise en sac et l'envoi à la morgue, seraient possiblement en contradiction avec le système défensif pour maîtriser la souffrance chez cette soignante (Dejours, 1980/2000). Sa crainte de somatiser une fois de plus portait certainement sur une décompensation possible des contradictions défensives sollicitées dans les différentes sphères de vie (Vieira, Barros et Lima, 2007). « L'usage de soi par soi même » (Schwartz, 2009), en faisant valoir son « mi-temps thérapeutique » a pu lui permettre une marge de recul afin de ne plus être sollicitée comme remplaçante en salle de naissances.

Les valeurs convoquées par les différents groupes d'appartenance du sujet seraient coordonnées par celui-ci, afin de construire une cohérence dans son vécu (identité) et du sens dans la réalisation des activités réalisées (continuité entre passé - présent et projets à venir). Cette régulation dépendrait ainsi de l'histoire du sujet, et non pas seulement des différents groupes d'appartenance dans l'ici et maintenant. En effet, la cohérence résulterait de la régulation du sujet traversé par l'activité actuelle, à partir de son histoire, de ses valeurs et de ses projets dans l'avenir. Cette régulation serait donc la preuve d'un sujet acteur de sa vie, et non pas seulement « … passif dans les changements qui affectent sa vie… En tant qu'il se personnalise, c'est-à-dire participe à la restructuration de son modèle de vie en cherchant le sens de son existence, il organise les relations entre ses sous-systèmes de vie, pèse par ses choix sur ce qui les détermine et se comporte ainsi en coauteur des changements sociaux » (Curie, 2000 : 232).

Dans les activités qui concernent les ASH en gynécologie, le cadre prescriptif reste flou, ce qui fragilise le collectif (Minary, 2006). L'empêchement des échanges symboliques, afin d'arbitrer sur les valeurs des expériences vécues au travail, produirait une confusion entre les sphères privée et professionnelle. Ainsi, nous constatons un retournement des affects empêchés contre ces professionnelles elles-mêmes, sous forme de jugements de la sphère privée. Il résulte que la sphère privée se noue dans la sphère professionnelle, ne laissant plus de marge de manœuvre aux ASH. Ainsi, l'empêchement des échanges symboliques produirait une confusion entre la sphère privée et la professionnelle.

Claire - *C'est un peu difficile. Cela a été très, très dur quand j'étais enceinte. Parce que là, dans le service de gynécologie, on n'a pas que du bien. On a aussi des morts fœtales, des IMG, mais pire c'est les IMG, parce que… et le morts fœtales, parce que tu t'imagines, et si c'était moi… donc, tu vis mal ta grossesse, tu ne vis pas très, très bien. L'avantage qu'on a ici c'est qu'on a des sages-femmes à l'étage, qui font des écho du cœur et tout ça pour que toi tu te rassures… j'étais suivie ici par deux gynécologues…*

Chercheuse - *Ici dans le service ?*

Claire - *Oui, par Dr Ioan, moi je l'ai bien aimé, les filles ne l'apprécient pas forcément, mais moi je l'ai apprécié. Quand il m'a suivie, c'était très, très rassurant… Quand j'étais mal, parce je n'étais pas très, très bien, tu sais, je suis rentrée chez moi, tu sais, c'est très physique ici, on a beaucoup de chariots alimentaires à tirer, et un jour, j'ai eu une*

collègue qui m'a… j'étais en vacances, je suis venue de vacances, donc j'étais toute détendue et tout ça, et la collègue passait dans la chambre, elle a poussé les lits, donc moi je rinçais, mais, je rinçais et il fallait remettre les lits en place, j'ai passé une nuit blanche, parce que je croyais que j'irais accoucher tout seule, parce que mon mari n'était pas là, parce qu'il était couché. Donc, j'ai cru que j'irais passer une nuit blanche, et que j'irais accoucher toute seule, donc, il m'a arrêté sur le champ. J'étais le voir le matin, et il m'a arrêtée sur le champ. Voilà, aussi un peu l'avantage d'avoir un médecin là. Et après j'ai fait le restant de la grossesse un petit peu couchée, mais bon, j'ai accouché un mois et demi après, trois semaines après, trois semaines avant !

Extraits de l'entretien avec Claire, ASH en gynécologie, le 7 février 2008.

Cette ASH exprime le chevauchement qu'elle vit par le fait d'être enceinte et celui d'affronter ses semblables, les patientes enceintes. Cependant, cette ASH n'évoque pas la raison qui sous-tend : « *tu vis mal ta grossesse, tu ne vis pas très, très bien* ». Nous faisons l'hypothèse que le mal-être de la soignante s'origine dans son double effort de se différencier, dans son corps et dans son esprit du bébé qu'elle porte et d'être confrontée, en même temps dans le service, aux patientes qui représentent le « fantasme halluciné » de sa différenciation : le meurtre du bébé.

Cette ASH nous permet de découvrir les méthodes utilisées par les soignantes pour se protéger de l'envahissement du « mauvais » en soi. En d'autres termes, cette soignante nous raconte comment elle fait pour contrecarrer le mal, restaurer et rassurer le bon en soi, tout en étant présente face au malheur de l'autre. Les professionnelles de l'équipe se protègent davantage en allant s'assurer techniquement que leur bébé n'est pas atteint par le malheur de l'autre. En s'entourant de plusieurs agents du corps médical : sages-femmes et deux gynécologues, pour contrebalancer le malheur des patientes, restaurant ainsi l'équilibre en soi comme bon objet. Le rôle de l'arrêt-maladie fourni « *sur le champ* » par le gynécologue a pu permettre à cette soignante de se protéger, là où le collectif de travail n'était pas, ou était défaillant. Dans le cas des ASH, comme nous avons pu le discuter auparavant, le collectif n'existe pas et cette catégorie s'organise en clans, ne pouvant servir d'enveloppe psychique contre le vécu des patientes.

Nous sommes en accord avec la réflexion de Charles Gadbois (1979) sur « …la dérégulation du système d'activité des travailleurs : chaque fois que les systèmes de vie sont affectés par des changements sociaux et personnels dans un des domaines de l'existence, l'individu, parce qu'il est sujet, hésite, soupèse, invente, essaie, prend position par rapport aux contradictions vécues du fait de ses sous-systèmes de vie, dont il ne parvient plus à assurer l'inter-signification. Nous disons qu'il se personnalise » (in Clot, 1999/2006, p.51). La vie privée est une ressource importante dans l'adéquation et dans la transformation des gestes des soignantes lorsqu'elle est contrebalancée par d'autres dimensions du métier. « *Se mettre à la place de l'autre* » et penser à ses patientes comme à quelqu'un de sa famille contribuent à réaliser du bon travail au niveau des soignants. En revanche, quand le métier n'a plus que la dimension personnelle comme répondant, les soignantes voient rapidement leurs possibilités d'action se réduire.

Cette ASH nous montre que l'envahissement affectif par l'activité empêche d'élaborer une action autour de l'activité d'accompagnement des IMG. Elle recourt à une stratégie utilisée par les infirmières et les sages-femmes en maternité, au risque de perdre le sens de cette activité. Selon J. Curie (2000) « la crise est une rupture de ce qui fait lien de complémentarité et d'antagonisme entre les différentes activités… La crise est l'impossibilité de l'inter signification, l'épreuve vécue de l'insignifiance des choses, la menace de la division à l'intérieur de soi-même, l'arrêt du processus de personnalisation » (p. 298).

Les « modèles d'action » (Curie, 2000) semblent être perturbés par les télescopages entre les différentes sphères de vie. Il nous semble que c'est ce moment de résurgence de l'archaïque, face à la mort, qui peut être saisi remettant en question le parcours de vie chez soi. C'est à son propre corps défendant que les « modèles d'action » sont cherchés et instaurés.

Les cas dits « incompréhensibles » ou « insaisissables » par l'ensemble des soignantes sont ceux face auxquels le besoin de différenciation n'est plus assuré par la pensée ; les processus primaires évincent toute résonance identificatoire. Dans ces cas, les arbitrages sont suspendus au profit des idéologies défensives, comme dans les cas de traitement des IVG réalisées par les jeunes femmes à répétition. Les soignants n'arbitrent plus sur la question de la qualité de la prise en charge ; il n'y a pas de questionnement quant à la répétition de l'acte de l'IVG. Ces cas, notamment sont éloignés de la pensée des soignantes : les patientes « s'en foutent

royalement ». Dans ces circonstances, quiconque vient proposer une autre lecture est aussi banni du groupe, afin de maintenir l'idéologie collective. L'identification groupale avec l'Idéal, portée par l'idéologie, anéantit les identifications subjectives.

Face aux IVG, la confrontation à la mort éveillerait l'indifférenciation entre soigner, donner la mort et le meurtre. Le désinvestissement est repéré dans quelques discours parmi les AS et les ASH. En ne convoquant plus la dimension Humaine dans leurs activités auprès des patientes en IVG, les soignantes réalisent l'activité visible du soin, aux dépens d'un investissement relationnel avec leurs patientes, du « care » (Molinier, 2009). Elles font alors comme si la tâche pouvait s'accomplir en « absence de care » et se soulagent dans l'illusion de pouvoir se passer des souffrances, de l'attention et de l'élaboration convoquée par leur activité. Ce qui serait invivable, intolérable pour les soignantes renvoie à la compulsion de répétition chez quelques patientes sur le vécu des IVG. L'investissement des soignantes prend ici la tournure de déliement. Il nous semble que le désinvestissement des soignantes face aux patientes en IVG serait une ressource ultime pour se préserver et conserver ses objets d'investissement au travail. Cela participerait à l'aspect structurant du négatif signalé par Hegel (in Lhuilier, 2002). Ainsi, face à la compulsion de la répétition des patientes, les soignantes réaliseraient une compulsion à la répétition spéculaire. C'est-à-dire, rejeter ces patientes de façon répétitive.

Ainsi, la demande d'aide frustrée confronte la soignante à son impuissance, mais cette souffrance est vite transformée en agressivité vis-à-vis de la patiente. La sage-femme en planification dit : « *le plus pénible c'est quand pendant une échographie on s'aperçoit que la patiente a dépassé largement le terme pour faire l'IVG* ». Elle dit avoir eu récemment affaire à « *une patiente qui était en 28^{e} à 29^{e} semaine de grossesse et qu'étant ainsi, elle a eu du mal à dire à cette patiente qu'il fallait qu'elle se résigne au fait de ne pas se faire pratiquer l'IVG, au moins en France* ». Elle était également « *fâchée contre cette patiente dont elle soupçonne qu'elle connaissait son terme mais avait besoin qu'un professionnel « décide à sa place »* ». Elle parle de son mal-être à dire cela à la patiente, puisque la patiente était en détresse, bien qu'elle n'y soit pour rien, « *l'institution ne permettait pas de faire autrement* » (Entretien avec Annick, sage-femme, le 12 novembre 2007).

Ces situations limites, d'incompréhension par la sage-femme de la demande adressée par la patiente, nous montrent la souffrance de la soignante face à son investissement empêché. La sage-femme utilise ses critères personnels pour juger et comparer la posture de la patiente. Cependant, la demande non traitée de la patiente, nous semble doublement adressée. C'est une adresse à la fois à la sage-femme tant que femme/ mère et tant que représentante du corps médical, face à l'ambivalence de sa grossesse. Les possibles destins de cette adresse ne sont pas explorés par la sage-femme. Face à la demande de la patiente, cette sage-femme se retrouve, à son propre corps défendant, éprouver le besoin de réaliser des arbitrages pour sauvegarder son identité. Cela l'empêche d'avoir de la compassion, de s'approcher des patientes qui adressent des demandes « différentes » ou « déplacées ». La défense idéologique face à cette activité rend difficile le recul pour discerner la souffrance de la patiente, lorsque sa souffrance est exprimée de façon massive avec des éléments d'angoisse de mort.

Dans les idéologies défensives, des processus plus régressifs sont sollicités dans la protection de l'ensemble. En transformant les représentations de l'activité en idéologie, la pensée anéantie donne place au mode de fonctionnement d'emprise groupale. Les débats dans ces deux cas de figure restent limités, voire empêchés, au nom d'une idéologie protectrice. Face à la reconnaissance de soi au travail, et sous l'emprise de cette forme de défense, les activités ne sont plus source d'objectivation-subjectivation et ne sont donc pas porteuses du développement de l'usage de soi par soi-même. Dans ces conditions, il y aurait un double verrouillage, empêchant autant la transformation de l'activité, que la transformation du soignant.

En EMSP, le transfert des patients en fin de vie, sujet régulier de discussion au sein de l'équipe et dans les services de médecine et de chirurgie, pourrait également être tenu comme une stratégie défensive, plus ou moins idéologique, selon la façon dont ce transfert est réalisé. Le degré de défense sollicité serait en rapport avec les ressources collectives pour faire face aux affects archaïques dans les accompagnements de fin de vie, maintenant la cohérence identitaire des soignants et des médecins.

Ces transferts réputés comme « euthanasiques » dans les cas témoignés par l'EMSP sont analogues à l'urgence de « tout balancer » dans l'annonce de la maladie. Ils sont vécus par les patients comme brutaux, représentant l'abandon par l'institution médicale, car ils n'offrent

aucune prise à la vie. La capacité des professionnels de maintenir un espace d'illusion au regard de la vie du patient, étayant l'annonce par des projets de vie du patient, dépend notamment des ressources des collectifs de travail. Cependant, l'ambivalence autant de la demande du patient que des limites thérapeutiques doit être analysée, afin d'éviter un passage à l'acte et une rigidité de la posture du collectif de travail.

Selon D. Anzieu (1971 ; in Chasseguet-Smirgel, 1971-2/1999), dans les cas de la foule, ou de groupes qui fonctionnent en suspendant l'épreuve de réalité, ils « fonctionnent naturellement dans l'ordre de l'illusion ». L'identification avec le meneur d'un groupe passe par la substitution de l'Idéal du Moi par celui-ci, qui devient le représentant de l'Idéal du Moi du groupe. L'adhésion à l'Idéal du Moi du meneur dépend des identifications dans le Moi et ainsi, de sa force. Plus le Moi contient des assimilations, plus il sera fort, et moins il aura besoin de déléguer ses attachements et ses choix à l'Idéal du Moi.

Dans ce contexte, l'Idéal collectif prend la place de l'Idéal de Moi de chaque soignant. S'agissant des contextes défensifs ou idéologiques, les marges de manœuvre pour reprendre pieds dans la réalité sont sanctionnées et peuvent rapidement se détourner contre celui qui déroge à l'idéologie défensive.

Dans les premières situations qui portent sur un mode d'arbitrage défensif, nous avons pu constater une certaine distance des soignantes face aux stratégies défensives individuelles, et donc une mobilisation des usages de soi par soi-même. Néanmoins, dans les cas où il y a des idéologies défensives de métier, les usages de soi par soi-même sont complètement verrouillés au profit des usages de soi par l'organisation.

Chercheuse – *Et malgré la question de l'encadrement, tu as pu avoir ta place au sein de l'équipe ? Malgré le peu de temps que tu y as passé avec les autres en doublon ?*

Katia – *Ah oui ! Ici je n'ai pas l'impression que cela fait deux ans, ça fait plus, parce que je me sens vachement bien intégrée… j'ai l'impression que cela fait des années, quoi. Pour être si bien intégrée que ça, tu mets encore du temps, quoi. Deux ans, et tu te dis encore que tu es la dernière arrivée. Là non, là elles ne m'ont jamais dit ça.*

Chercheuse – *et encore tu n'es pas la dernière arrivée… c'est vrai qu'il y a Solange, mais elle…*

Katia – *Il y a Solange, qui est là pour l'instant, il y a Anne, qui va passer la nuit. Je ne suis pas tout à fait la dernière arrivée. Je ne me suis jamais sentie la dernière, de toutes façons, elles ne m'ont jamais fait sentir, là, jamais. Moi, je me rappelle d'une collègue qui, une semaine ou deux après mon arrivée me parle et me fait « es-tu mariée ? » et bon je lui réponds « oui », bah elle me dit, « tu vas te divorcer » (rit). Je la regarde, je lui dis « merci, c'est gentil ». Mais elle me dit, « non, ici tu vas voir, c'est pareil, tout le monde est divorcé » et quand j'ai annoncé que j'irai me divorcer, elle me dit, « mais là je blaguais Katia, il ne fallait pas me suivre ». Je lui ai dit « ne t'inquiète pas, je n'ai pas suivi, malheureusement c'était comme ça, eh ». Et toujours il y a un mot pour rire, quoi. Ici on rigole beaucoup….*

Extraits de l'entretien avec Katia, AS en gynécologie, le 15 février 2008.

Il nous semble pertinent de réfléchir à la formation groupale des AS en gynécologie. Selon cette AS, il y aurait une formation défensive de couplage (Bion, 1961/1965) entre les soignantes, importante pour assurer la prise en charge face aux IMG, mais qui empêcherait à terme la continuité de leur vie de couple. D'ailleurs, dans cette catégorie soignante, parmi les treize soignantes qui la composent, onze sont divorcées. Cette forme d'arbitrage défensif au travail verrouille autant les usages de soi par soi-même dans la vie au travail, qu'elle affecte les valeurs et la vie privée des soignantes.

… Quand tu as des choses qui ne vont pas, qui ne se passent pas bien dans le service, les soucis professionnels, tu les répercutes un peu chez toi, quoi. Il suffit que tu as eu un soir hyper lourd, et que tu t'occupes de ta famille et tout, bah, si tu as ton mari ou ton enfant qui va vouloir un câlin, non, là c'est bon, « j'ai eu une journée épouvantable… », tu vois, c'est bon, « tu me laisses tranquille », « tu ne me fais pas chier », comme on dit. Je pense qu'il y a moins de souci, comment dire, tu fais moins ressentir ta vie privée dans ton travail, par contre dans ton travail, tu fais ressentir ta vie privée. Je dirais, tu es bien dans ton travail, tu es bien dans ta vie privée. Tu n'es pas bien dans ton travail, tu n'es pas bien dans ta vie privée.

Extraits de l'entretien avec Katia, AS en gynécologie, le 15 février 2008.

Ces vignettes illustrent la convocation massive de la vie privée dans les « usages de soi » au travail (Schwartz, 2009). Cependant, les télescopages entre les sphères de vie ne semblent pas favoriser le développement de l'accompagnement des tâches qui confrontent à la mort. Elles semblent davantage porter le signe des exploitations par l'organisation du travail au regard des systèmes de défense des soignants, face à la charge du travail et à l'intensification de l'activité (Dejours, 1980/2000).

Une ASH nous raconte comment la vie professionnelle affectait son vécu personnel lorsque les activités se ressemblaient, se convoquant mutuellement, sans qu'il n'y ait un encadrement ni un collectif pour intervenir en séparant les défenses sollicitées.

Avant j'ai fait trois mois dans une maison de retraite, mais cela ne me plaisait pas du tout, du tout…En effet, c'était comme ici, mais c'était trop de travail à la chaîne. On prend la personne âgée, on dit « bah, celle-là on la prend à la douche, on la douchait, on la mettait dans sa chambre, up, il faut prendre une autre… » et on en lavait six, sept le matin. Et puis, ça dépendait, quand on n'avait pas de douches à faire, c'était des toilettes le matin et je ne supportais plus, je ne supportais plus, et bah… ça atteignait même ma famille, parce que je ne supportais plus, je ne supportais plus personne. Et quand je suis arrivée ici, j'étais soulagée. Il y a aussi beaucoup de travail, mais…Voilà, voilà. Je ne supportais pas le fait de prendre la personne âgée et de la laisser toute seule dans la salle, ou toute seule dans un coin ; ce n'est pas ma conception de la personne âgée.

Extraits de l'entretien avec Claire, ASH en gynécologie, le 7 février 2008.

La reconnaissance de soi et l'arbitrage des actions sont liés, au regard des critères d'identification avec des groupes d'appartenance dans l'histoire du soignant. Cette ASH nous montre comment la perturbation du cadre de travail, en maison de retraite, en ne tenant pas compte des critères du travail soignant, ne permettait pas de développer du bon travail. Le travail à la chaîne, évacuant les dimensions essentielles de l'Humain, l'empêchait de s'approprier le sens du travail. Le déplacement de la façon de traiter les personnes âgées et la réification de l'autre, empêchaient cette ASH de penser ses patientes comme des personnes humaines, de se penser elle-même comme humaine, et de traiter également tout autre personne de façon humaine. Nous faisons l'hypothèse que convoquer des défenses pour

garantir le travail à la chaîne, mobilisait aussi la mise à distance de tout autre rapport affectif dans sa vie.

Ainsi, le collectif de travail, est un espace transitionnel, à la fois protecteur et facilitateur dans la construction du sens au travail (Cru, 1995). Cette transitionnalité assure la dialectique entre les usages de soi par soi-même et par les autres, renouvelant les normes et revalidant les valeurs puisées dans le métier mais aussi dans d'autres sphères de vie. Cet espace d'échange peut également être lieu d'échanges défensifs, renouvelant des normes et des valeurs pour défendre le groupe, préservant la continuité identitaire des soignants. Cette transitionnalité se perd lorsque la défense devient le seul objectif du groupe (cf. les idéologies défensives de métier).

Lorsqu'il y a télescopage entre les valeurs au travail et celles de la vie privée des soignants, il peut y avoir rupture du sens dans les modèles d'action, laissant les soignants sans répondant face à leur activité. A ce moment, les tâches de confrontation à la mort retombent exclusivement sur le sujet qui n'a que ses ressources propres pour y répondre. Finalement, il peut y avoir des ruptures dans les modèles de vie des soignants (Curie, 2000), qui conduiront à l'empêchement du sens de l'activité, mais aussi à toute reconnaissance de soi.

La suite de notre exploration part des situations extrêmes face à des activités liées à la mort. Nous chercherons à comprendre comment, suite à des défaillances de cet espace d'élaboration collectif, le sens est maintenu par des arbitrages de valeurs portés par le sujet (Lhuilier, 2002 ; 2010). En d'autres termes, nous nous interrogerons sur comment les ruptures des modèles de vie peuvent être sources de créativité et de reconnaissance pour le sujet ?

La reconnaissance de soi face à des situations extrêmes

Nous avons pu traiter le rapport entre les systèmes d'arbitrage de valeurs, à partir des règles et des défenses au sein du collectif et la reconnaissance de soi, à partir des contributions subjectives venant d'autres sphères de vie. Ces échanges ont pu, lorsqu'ils ne sont pas enkystés par la contention idéologique, permettre une transformation autant de l'activité réalisée que des soignants eux-mêmes.

Face à la défaillance du collectif de travail, d'autres façons de trouver des ressources symboliques émergent, notamment dans le cadre des « expériences limites » (Zalztman, 1998). Par là, ces ressources font surface en puisant dans le système d'arbitrage, les valeurs portées diachroniquement et synchroniquement chez chaque soignant (Lhuilier, 2002 ; 2010), qui impactent les « modèles d'action » dans la réalisation des activités (Curie, 2000). La rupture des « modèles de vie » du soignant peut solliciter de la créativité du soignant, et non comme nous l'avons vu dans les vignettes auparavant, le déliement identitaire (Curie, 2000).

Les activités auprès de l'être humain puisent dans la dimension Humaine, ce qui sépare le sacré du profane, la vie de la mort, la civilisation de l'animal (Kristeva, 1980 ; Douglas, 1967/2001). P. Molinier (2009) avait mis en exergue la dimension Humaine du « care », dimension fondamentale qui échappe toute prescription du travail lorsqu'il s'agit du travail soignant, de la réalisation de l'activité auprès de l'être humain. J. Kristeva (1980), mais aussi D. Lhuilier et Y. Cochin (1999) signalent ces activités comme construisant la limite, la bordure entre « la forme et l'amorphe, le moi et le non-moi, l'ordre et le chaos, le propre et la souillure…». Dans les tâches de confrontation à la mort analysées dans nos deux « terrains », la dimension Humaine se fait centrale.

Une AS de nuit, a été mutée en gynécologie à sa demande, car elle n'arrivait plus à faire son travail selon ses propres critères dans l'ancien service. Elle nous explique que dans son expérience professionnelle, elle a eu besoin de quitter la gastro-entérologie et la pneumologie pour « *un service moins lourd, avec une quantité moins importante de décès* ». Ainsi, elle nous précise que, « *ce changement est lié à la mort de ma sœur, qui s'est suicidée et à la mort de mon frère un an avant le suicide de ma sœur. Il est décédé d'un accident dont il était sorti en très mauvais état* ». … Elle s'est « *aperçue avec la mort de son frère de l'importance de*

tenir bien propre la personne qui est soignée. Elle se sentait fatiguée à la fin de sa période en gastro ». Elle dit être maintenant « *contente de pouvoir bien faire son boulot*. » (Extraits du journal de bord du 20 juillet 2007).

Dans cette vignette clinique, l'AS évoque les valeurs garantes de l'Humanité, comme n'étant pas respectées par les équipes en gastro-entérologie et en pneumo. Elle semble s'inclure dans le « pacte dénégatif » entre soignants dans ce service. Cependant, le télescopage entre sa vie privée et celle du travail rencontre un moment d'impasse, de prise de conscience de l'idéologie défensive qui protégeait les soignants en gastro-entérologie, mettant en question la continuité de son identité. Pour utiliser les termes de J. Curie (2000), le « modèle de vie » de cette AS s'était personnalisé face aux accompagnements de fin de vie, affectant son « modèle d'action ». A ce moment, l'urgence de ne plus continuer à faire « à la chaîne » les accompagnements de fin de vie, ni les « présentations du corps » l'ont poussée à changer de service pour travailler de façon à être en cohérence avec les valeurs de vie qu'elle portait.

Y. Schwartz (2009) évoque des « normes antécédentes », héritage collectif des accords antérieurs autour de l'activité, qui interpellent le sujet dans son corps(soi) porteur des valeurs « sans dimension ». Pour Y. Schwartz, la sensibilité au monde des valeurs serait de l'ordre « de quelque chose qui est plus du côté de l'imprégnation, par toute une série de signes, que du côté de l'apprentissage » (p.32). Le corps(soi) étant à la fois conscient et inconscient, « en partie verbal et en partie non-verbal » (p.21), arbitre par son expérience vécue des valeurs, renormalisant ainsi les normes pour soi au sein d'un collectif d'appartenance.

Enfin, selon l'auteur, « les valeurs sans dimension sont supposées faire tenir debout les normes » (p.81). C'est-à-dire, dans la réalisation d'une activité il y a le « va-et-vient » entre l'institué collectivement défini pour le bien commun d'une part et la capacité permanente à se « mouvoir à travers les normes antécédentes » dans le double enjeu de la production de connaissance et de la dimension politique de l'auto-gouvernement, d'autre part. Dans cette rationalité, Y. Schwartz rapproche le concept de l'activité du concept de l'expérience (p.36), car il articule la notion de la norme, du général (désadhéré) à celle du vécu, de l'expérience dans l'ici et maintenant (adhéré). C'est par l'adhérence, que l'individu s'implique dans le mouvement interne et historique de son imprégnation des valeurs, actualisé par l'activité située dans l'ici et maintenant. Ainsi, « c'est tout le coût qu'a pour nous la dramatique

d'usage de soi, qui nous contraint à faire du travail, un véritable effort à la fois *d'appropriation* et de *déclinaison* » (p.76).

Ainsi, l'usage de soi par soi-même repose sur les arbitrages des valeurs Humaines de cette AS, qui rompt avec les normes antécédentes de son équipe en gastro-entérologie. Dans ce contexte, c'est par l'effort d'appropriation et de déclinaison vécu dans son corps(soi) qu'elle retrouve du sens, de la reconnaissance de soi, puisée ailleurs dans le maintien des valeurs Humaines, malgré l'idéologie défensive de son équipe.

Nathalie Zaltzman (1998) présente cette déliaison, propre à l'interrogation de la « norme antécédente », qui peut permettre par la suite une reliaison au regard des objets d'investissement, la « renormalisation », comme participant à la pulsion de mort. « L'activité déliant de la pulsion de mort a momentanément desserré ce qui l'incarcérait dans une obligation d'amour » (p.118). Dans ce contexte, ce moment de déliaison, de desserrage, permet de laisser entrevoir que la souffrance, l'idéologie défensive, « c'est de la substitution à l'épreuve de la réalité du risque de ce danger d'une souffrance fictive, sous le signe du principe de plaisir et de la compulsion de répétition. La souffrance fictive remplace la souffrance qui découlerait d'une épreuve de réalité douloureuse et déclarée par les mécanismes de défense insoutenable » (p.96).

Dans la prise en charge de Madame Célestine, nous identifions cette déliaison lorsque le médecin s'est vue face une patiente en fin de vie sans pourvoir pourtant lui porter un acte réparateur. La notion de travail mal réalisé hantait le médecin, qui pendant la discussion dans l'après-coup n'était toujours pas convaincue de sa prise en charge. Dans notre débriefing trois jours plus tard, elle a pu exprimer son désir de garder son rôle de médecin et ne pas prendre une décision uniquement fondée sur le souhait de la patiente. En revanche, et de manière assez ambivalente, ce médecin a su exprimer son impuissance : elle dit avoir pris « *la meilleure décision pour Madame Célestine dans sa connaissance limitée* », et finalement, très émue, qu'elle « *n'était pas Dieu* » (Extraits du journal de bord en EMSP, octobre 2011).

Ce moment de déliaison intense, identifié dans la théorie comme désintrication de la pulsion de mort, qui permet le désinvestissement pour conduire enfin vers un nouvel investissement, renouvelle le sens du travail réalisé. Le médecin vit ce moment comme une interrogation sur

sa pratique. Par la suite, elle réorganise cette expérience d'un sale boulot et le transforme en source de réflexion pour sa pratique.

Freud (1929-30/1971), avait évoqué cette dimension dans plusieurs textes, explicitant la tension entre deux mouvements pulsionnels essentiels chez l'homme : celui de la différenciation, pouvoir se satisfaire de façon conforme à ses exigences propres et celui de l'appartenance, où l'autre est référent dans la construction de soi. C'est dans cette tension entre les deux pôles que la socialisation se construit, base de la civilisation. Les interdits symboliques viennent relayer la Loi, grand garant de la vie et contrat éthique entre les hommes. « La Kulturarbeit transforme les sources pulsionnelles libidinales, narcissiques et sexuelles de la vie psychique en une filiation identifiante » (Zaltzman, 1998 :56).

En gynécologie, les procédures d'IMG et d'IVG confrontent de façon constante les soignantes à la mise à mort ce qui porte atteinte aux collectifs, et délaisse les soignantes à leur propre corps défendant. Cependant, N. Zalztman (1998) interroge « Comment s'accomplit cette sorte de miracle qui permet de continuer à connaître – reconnaître – rester en relation avec une réalité quand elle est totalement négative, qu'elle considère le vivant déjà mort, ou en instance de mort, en tout cas comme objet à détruire sans appel, sans recours, sans autre projet possible ? » (p.20).

Claire - *…C'est vrai qu'on a fait beaucoup d'IVG, maintenant, il y a d'autres méthodes pour faire que les IVG, mais pourquoi pas faire une IVG ?*

…

Voilà, voilà, mais il y a d'autres moyens de contraception avant. Demain, on aura cinq patientes, dans une semaine on a cinq fois cinq, au bout d'une semaine on a vingt-cinq. Vingt-cinq, ça fait quand même une classe de vingt-cinq élèves. Il faut dire que dans une semaine tu remplis une classe, et dans un an, tu remplis une population. Quand tu fais les comptes de l'année, dans un an, tu remplis à peu près une ville.

Chercheuse - *C'est vrai que les statistiques ne baissent pas, c'est à peu près mille cas par an…*

Claire - *Ça a du mal à baisser, mais non !*

… Mais qui t'a dit qu'un jour toi tu ne feras pas un avortement, ou que moi j'en ferai pas ? Voilà, pour avoir un bébé, il faut vraiment le vouloir, parce qu'après c'est beaucoup de

choses… Non, mais, non, mais, c'est pas forcément de la fatigue, mais au niveau de l'argent, ça coûte aussi de l'argent… tout petit, ça coûte de l'argent, beaucoup d'argent, parce qu'en fait il faut acheter beaucoup de choses. Après il y a des couches, il y a des meubles, il y a des couches et tout. Après ça grandit, et il y a moins besoin de choses. Donc, pour s'acheter des habits et tout ça, ça te revient moins cher. Mais quand il devient adolescent, l'école commence à devenir chère, les vêtements, les sorties,…. Voilà… beaucoup de choses à donner, qui te reviennent très, très chères. Il faut calculer, il faut vraiment vouloir, on va dire, il ne faut pas le faire sur un coup de tête. Donc, après, après tu dis, est-ce qu'elle n'a pas raison ? Est-ce qu'elle n'a pas raison de faire un avortement…

…

Extraits de l'entretien avec Claire, ASH en gynécologie, le 7 janvier 2008.

Les critères d'Humanité participent aux valeurs essentielles qui soutiennent le choix de devenir soignant, délimitant le sacré du profane, la vie de la mort, différenciant l'homme de la chose (cadavre, non vivant) pour le rendre civilisé. Si ces critères portent sur les bases de la société, du vivre ensemble, elles feront d'autant plus l'objet de débat à l'hôpital, car dans les soins, la confrontation au corps, ce qui a de plus animal chez l'Homme, est très présente (Molinier, 2001).

Cependant, cette soignante subvertie la notion de l'IVG en préservation, en action préventive, au-delà de la notion de meurtre, à partir de son histoire de vie. Cette subversion, portée individuellement par son expérience comme mère, permet à cette soignante d'accompagner autrement les patientes en IVG.

Moi, quand je travaille mal, j'ai envie de démissionner, ce n'est pas compliqué ! Quand j'ai cette sensation de ne pas avoir fait les choses correctement… je n'ai pas le droit de le faire mal. Je me mets des pressions horribles, mais c'est parce que ce n'est pas des meubles que tu déplaces et que tu prends en charge, quoi, tu vois, ce sont des êtres humaines, quoi. Enfin, c'est trop grave ! Carrément, c'est super grave si tu ne fais pas bien les choses, quoi. Tu ne peux pas te lever le matin, te regarder dans le miroir, en me disant « aujourd'hui, je vais entretenir mon jardin, quoi ». Non, ce n'est pas ça ce que tu fais ! Tu vas prendre soin des

gens qui, je ne sais pas si c'est inexplicable, mais c'est plutôt une évidence que tu ne peux faire ça n'importe comment. Malheureusement, tu ne peux pas être tous les jours à fond, ni tous les jours performante à 200%, c'est pour ça que tout à l'heure, quand tu m'expliquais que les infirmières avaient l'impression d'être incompétentes, j'ai l'impression que c'est un métier, où il faut que tu sois tout le temps dans la perfection, et que personne ne peut être comme ça. C'est ce qui nous met toutes en difficulté, je pense ! C'est certainement là-dessus qu'on devra travailler, dans les années qui viennent, dans notre carrière. Il faudra là-dessus retravailler et se rassurer, c'est vrai que des groupes de parole des soignantes seraient bien, quoi. Mais je crois que c'est des choses qu'on essaye de se mettre en place, mais il y a celles qui ne sont pas ouvertes du tout à cette démarche-là, et pourtant, oh combien, je pense, cela pourrait rassurer les soignantes… En effet, c'est super dur de dire à quelqu'un qu'aujourd'hui je n'ai pas bien travaillé. Tu ne t'assumes pas de dire ça. Et enfin, oh combien pourtant, c'est évident, que tu ne peux pas être à 200% tout le temps, voilà quoi, …

Extraits de l'entretien avec Solange, AS remplaçante, le 25 avril 2008.

Il nous semble que cette soignante essaye de formuler des exigences de travail qui appartiendraient à la dimension de l'Humanité. Cette soignante présente aussi son besoin d'être « rassurée » pour pouvoir aller de l'avant avec ses exigences.

Guy Jobert (1998) localise la compétence comme étant l' « habilité à mettre en dialectique les valeurs de la norme et celles de l'expérience » (p. 43). Si la compétence « renormalise » les normes antécédentes, pour utiliser les expressions d'Y. Schwartz, elle permet aussi de subjectiver le sujet, en le transformant. Cependant, G. Jobert s'attarde sur la question de savoir pourquoi on mobilise des ressources personnelles afin de développer une activité ? Dans une perspective de conceptualisation, l'auteur mobilise la notion de « don-contredon » de Marcel Mauss comme structure référente de l'échange symbolique dans les transactions humaines. Ainsi, résume l'auteur, il s'agit de dette, et le bien qui circule signifie le lien.

G. Jobert explique, à partir de ses recherches dans le nucléaire, que les travailleurs sont confrontés à la responsabilité telle que présentée dans le concept de Lévinas. C'est-à-dire, qu'elle ne repose pas sur une dette à l'égard de la vulnérabilité d'autrui, mais qu'« elle s'enracine dans un endettement originaire lié à la transgression humaine de la loi naturelle

originaire de la composition de la matière, sur laquelle repose la production nucléaire d'électricité. Cet endettement originaire fonde une responsabilité sans limite » (p.237). G. Jobert conclut ainsi que « pour les agents, la quête du sens et de la reconnaissance ne se joue jamais uniquement entre l'employeur et eux. Au-delà du face à face salarial et des relations au sein de la communauté restreinte de travail, elle confronte les agents à une responsabilité à l'égard de la communauté extérieure proche et de l'ensemble de la société » (*ibidem*).

Situant le travail comme forme de transaction et écartant les valeurs marchandes qui sont encadrées dans les aspects formels (le contrat de travail, les primes), etc. G. Jobert revient sur le besoin de « donner » au-delà des aspects formels pour s'impliquer subjectivement. Il ouvre ainsi la réflexion aux échanges opérés au travail par le déplacement des sujets, les considérant comme participants d'une société et non seulement restreints à leurs identités professionnelles. Ces déplacements permettent de convoquer d'autres valeurs et de réfléchir à des valeurs « sans dimension » dans les arbitrages de normes au travail. D'autre part, il permet aussi d'identifier les sphères, autres que le travail, où se joue la reconnaissance.

Dans une autre perspective, l'AS remplaçante, nous permet de connaître les circonstances de sa vie privée qui ont alimenté son choix de devenir soignante. Elle nous raconte l'impact d'une fausse couche dans la rupture et la déliaison de son « modèle de vie » (Curie, 2000) pour rebondir dans un projet professionnel mais aussi personnel, par la suite, en cohérence avec ses valeurs.

Et puis, il s'est avéré que cette grossesse-là, je l'ai menée à terme, mais que mon enfant est décédé et suite au décès de cet enfant, en fait, j'ai carrément tout remis en question, ma carrière, toute ma vie… ça a complètement bouleversé mon mode de fonctionnement… moi et mon mode de fonctionnement, et puis, qu'est-ce que j'avais envie de faire… qui pourrait apporter aux autres, et en même temps me soulager de quelque chose, certainement. Enfin, maintenant je le dis, mais au moment où je l'ai vécu, ce n'était peut-être pas tout à fait ce que je pensais… Mais en gros, je pensais, voilà, comment je pourrai mieux servir l'humanité, qu'avec des chiffres, un téléphone et un ordinateur, c'est vrai que c'était trop administratif tout ce que je faisais.

Extraits de l'entretien avec Solange, AS remplaçante, le 20 avril 2008.

Son expérience d'une fausse couche devient ressource pour son accompagnement des patientes en deuil en gynécologie. Cependant, en nous montrant la transformation du modèle de vie, remis en cause par cette perte, il nous semble que son choix professionnel prend sens par la réparation qu'il porte à des pertes non élaborées par cette soignante. Il reste, néanmoins, une capacité de déplacer l'élaboration de ses pertes pour soutenir un projet professionnel.

D. Lhuilier (2006) maintient que « … le travail comme activité matérielle et symbolique constitutive du lien social, est aussi constitutif de la vie subjective… » (p.51). Elle décline cette perspective en considérant les autres sphères de vie des professionnels, notamment en ce qui concerne les usages qu'ils font de soi par soi et par l'institution dans l'équilibre contribution-rétribution au travail.

D. Lhuilier resitue les valeurs portées chez le sujet, donnant épaisseur au sujet et ampleur synchronique et diachronique aux instances d'arbitrage, en mobilisant le concept de « groupes d'appartenance » (Lhuilier et Litim, 2010) auxquels le sujet s'identifie au long de sa vie. D'autre part, D. Lhuilier réhabilite, par le concept d'activité propre chez F. Tosquelles (1967/2009) comme espace de développement et d'intégration, d'autres sphères de vie à deux niveaux : au niveau de l'individu, où les « savoirs profanes », en-dehors du métier, viennent questionner l'action développée et sont garants de la vitalité des échanges dans le collectif. Au niveau des collectifs, la participation des malades/ clients dans la mobilisation des « savoirs profanes » avec les savoirs dits « scientifiques » – du métier – réalimentant la Kulturarbeit (Tosquelles, 1967/2009 ; Dejours, 2006). L'activité propre, nouée dans des espaces collectifs par l'activité, serait par excellence le garant de la dimension d'humanité dans le développement de l'activité et dans l'institution.

…Personne ne sait ce que j'ai fait dans l'association, mais il y a un boulot à faire dans le boulot là, par rapport à l'accompagnement des mamans, c'est énorme, excuse-moi, c'est de la merde…. Et en même temps j'ai très, très peur parce que l'association de deuil périnatal est quand même connue au CHU et elle n'est pas très bien perçue, donc notre démarche n'a pas été très bien… Eux, ils estiment, que leur psychologue, leur méthode, c'est la bonne et tout, et on a des grandes difficultés à travailler avec eux ! Qu'avec les cliniques privées, les portes sont grandes ouvertes, et même avec une autre institution dans une ville proche, on a

formé un nombre de sages-femmes …. …J'ai envie de travailler là et j'ai peur que les gens vivent ça comme une intrusion, une autre manière d'infiltrer l'association, et ce n'est pas du tout ma démarche, mais j'ai trop peur que ça soit perçu comme ça. Donc, tu vois, si tu savais comment je prends sur moi pour ne pas dire aux patientes qu'il y a une association qui existe et qui peut les accompagner, une fois qu'elles vont être dehors, je ne sais pas comment le faire. Je n'ai pas le droit de dire aux patientes, et c'est super dommage, parce que quand ces mamans vont sortir de là, je n'arrive pas à entendre que ça ne se passe pas avec la psy du service. Mais c'est normal, c'est une seule personne, tu ne peux pas t'entendre avec tout le monde, tu vois, ça passe, ou ça ne passe pas, ce n'est pas de sa faute forcément, mais c'est peut-être un peu de sa faute aussi, qu'on ne connaît pas cette femme-là, mais tu ne peux pas, en tant que psychologue, moi, avant de trouver un bon psy, j'en ai vu plusieurs, avant de trouver le bon, le bon à moi….

Extrait de l'entretien avec Solange, AS remplaçante en gynécologie, le 25 avril 2008.

Son expérience du deuil périnatal la place dans un carrefour riche pour la réflexion des activités réalisées par les collectifs de travail en gynécologie. Si d'une part, le vécu personnel et associatif de cette soignante éclaire les manquements d'accompagnement face au deuil des patientes, elle ne semble pas pouvoir pour autant, mettre en partage ses connaissances auprès de l'équipe. Cette AS remplaçante critique le dispositif d'accompagnement du deuil dans le PME, laissant entendre la difficulté, voir l'impossibilité de garantir un bon travail d'élaboration auprès des patientes, avec une seule psychologue rarement présente à l'étage.

Il nous semble ainsi, que la reconnaissance de soi résulterait de la « renormalisation », englobant les évaluations qui permettent la mobilisation des notions d'usage de soi par soi-même mais aussi l'usage de soi par les autres. L'évaluation déclenchée par l'imprégnation des valeurs « sans dimension » chez le corps(soi) (Mencacci et Schwartz, 2009), permettrait à la fois une renormalisation de l'activité et la reconnaissance de soi. Les valeurs « sans dimension » portées par le corps(soi) seraient alors garantes de cette renormalisation et par conséquent seraient les garants de la reconnaissance de soi.

Le changement de voie professionnelle ne se fait pas sans heurt de la part de cette soignante en confrontation avec les valeurs des collectifs soignants. Les conflits entre les valeurs de

cette AS et les équipes soignantes nous font penser aux stratégies défensives collectives des services face à l'interrogation d'un « œil neuf ». La capacité de se remettre en cause et d'accepter les contributions individuelles atteste de la qualité du collectif de travail. Ayant surtout pu trouver des oppositions, cette soignante réinterroge sa façon de gérer son intégration au travail, ce qui la conduit à recourir à des stratégies protectrices pour préserver ses valeurs dans ce milieu.

Juste un truc, parce que je n'ai pas répondu pour de vrai à ta question « je m'affirme toute seule ». Du coup, ce que je voulais te dire quand je dis que je m'affirme toute seule, juste, par rapport à ma naïveté, quand je suis toute seule, je ne suis plus naïve, je fais les choses comme moi je veux, et comme je peux, avec les moyens du service, mais une fois que la porte est fermée, et puis il faut travailler, je ne vais pas renier, je ne pense pas, je m'affirme, je sens, à l'aise et je prends des responsabilités par rapport à ce que je fais, alors que quand je suis avec elles, je ne prends pas de responsabilités…. Quand je suis avec elles, j'imite, je ne m'affirme pas, mais dès que je suis toute seule, dès que je suis toute seule, je fais comme je pense qu'il faut faire et je ne renie pas, peut-être que je nie parce que je vais prendre les choses qui me plaisent chez certaines, et je vais dire, tiens… ça n'est pas mal ! L'autre jour, j'ai vu qu'elle a fait comme si, comme ça, et je vais reprendre, mais, je m'affirme, c'est moi qui choisis. Et quand elle va passer derrière moi, et qu'elle va dire, « mais cela se fait comme ça », je m'en fiche ! Je sais que j'ai fait avec ma bonne conscience et quand je vais rentrer chez moi, je serai contente de ce que j'ai fait, de la manière dont je l'ai fait, c'est ça quand je dis que je m'affirme toute seule.

Extrait de l'entretien avec Solange, AS remplaçante en gynécologie, le 20 avril 2008

Cette soignante évoque la reconnaissance de soi par les arbitrages de valeurs qu'elle porte en elle-même, définissant l'usage de soi par soi même dans le modèle d'action qui s'oppose aux normes de l'équipe soignante. Son regard critique sur les façons de faire la rend aussi méfiante à l'égard du jugement des autres. Aussi, par expérience, cette soignante a appris à se mettre à l'abri du rejet du collectif, tout en trouvant sa façon de construire son accompagnement des patientes selon ses valeurs. Sa ruse, condensée dans l'expression « je m'affirme toute seule » donne à voir la défaillance du collectif, ce qui lui permet de mettre en

place une renormalisation, « personnalisant son modèle d'action » auprès de l'accompagnement des IMG.

Il est également important de noter qu'en renormalisant, en y participant, le sujet prend place dans le collectif et en devient une part. Dans cette même ligne, le système organisationnel « c'est de l'histoire ! De l'histoire qui se produit sur matrice d'activité » (Venner et Schwartz, 2009 : 54). Envisager l'activité comme renormalisation est « une façon de s'engager… à la conscience d'un monde commun que l'on habite et que l'on a à construire avec les autres » (pp.59-60).

Mais tu vois, dans l'hôpital, combien j'en entends quand j'arrive, « la dame, elle a accouché ? » « non, elle n'a pas accouché, son bébé est mort » « je ne sais pas, mais elle a accouché ou pas ? » « Elle a expulsé ». C'est vulgarisé, complètement, « elle a expulsé », tu te rends compte ? La violence, je ne sais pas, tu ne parles peut-être pas français, peut-être que les mots ne rebondissent pas de la même manière, … mais même d'un bébé vivant, tu expulses, mais déjà pour une maman, elles accouchent d'un bébé mort, déjà on ne respecte pas, on leur dit que leur bébé, elles n'ont pas droit à l'acte de naissance, tu as droit qu'à un acte de décès. Tu vois, moi je peux te montrer mon livret de famille, mon enfant mort est décédé pendant l'accouchement et il n'a pas eu l'occasion d'aspirer sa première bouffée d'oxygène, et de mourir après, c'est dommage pour lui, donc après, il n'est que mort, il n'est jamais vivant, il n'est que mort. Comment tu peux n'être que mort ? Comment c'est possible d'être que mort ? Etre que mort, ce n'est pas exister, enfin… tu ne peux pas être que mort… c'est incohérent, enfin… je suis toujours en colère après cette loi-là qui te dit « si vous accouchez d'un bébé mort, vous n'avez pas droit à l'acte de naissance, il n'y a pas d'acte de vie ». Alors, tant qu'il est dans ton ventre, on prend en charge, on rembourse ses soins, on te fait tout ce qu'il te faut, machin, tout, quand le bébé est vivant, le rythme cardiaque, on te dit, « c'est un garçon », « c'est une fille », tu vois, il y a plein de choses, et le jour où il meurt dans ton ventre il n'est plus rien. Ça ce n'est rien, il est mort, et tu n'as droit qu'à un acte de décès, tu vois. Et ça mes collègues, leur faire entendre ça, ce n'est même pas la peine !

Extrait de l'entretien avec Solange, AS remplaçante en gynécologie, le 25 avril 2008.

Son vécu personnel met cette soignante à l'écart des façons de faire de sa catégorie professionnelle. Sa préoccupation à l'égard des mots employés, les façons de se référer au bébé, à la patiente, portent, par son vécu, toute une autre attention, intérêt aux morts fœtales. Son regard, à l'écart des valeurs partagées et ne pouvant pas s'exprimer, reste un point de rupture de cette soignante avec cette équipe. Cette rupture, cependant semble être soutenue en son for intérieur, par son vécu personnel et par son activité associative.

Les moyens donnés par l'institution pour réaliser les activités ainsi que la contenance proposée par le collectif des soignantes, assurent la préservation de la vie privée, malgré les sollicitations institutionnelles. Bien entendu, la préservation de la vie privée du soignant et de cette dimension comme ressource pour le métier est le résultat des espaces d'élaboration du vécu afin de donner continuité aux activités exercées dans la profession et les activités développées à l'extérieur. Si la vie privée peut être ressource pour la vie professionnelle, elle peut également devenir contrainte. La contrainte peut être en elle-même source des débats innovateurs au sein du collectif. Cependant, la contrainte peut aussi renforcer des défenses individuelles ou forcer le soignant vers une rupture, ne se reconnaissant plus dans les manières collectives de réaliser les activités. La psychodynamique du travail avait identifié ce manque de congruence entre les valeurs individuelles et celles du collectif comme l'autonomie morale subjective (Molinier, 2006).

Conclusion

En amont, nous avons pu analyser la convocation d'autres sphères de vie des soignantes face aux IMG afin de leur permettre de réaliser un travail porteur pour les patientes et pour elles-mêmes. Le collectif de travail semble être l'espace de différenciation de ces deux sphères, garant de la santé des soignantes, ainsi que l'espace pour reconnaître l'interdépendance des valeurs. Les IVG portent les traces du négatif des valeurs évoquées ; à la fois négatif pour les valeurs de métier, et pour la maternité et pour l'Humanité, au regard des soignantes. Le refus d'accompagner ces patientes, de se rendre disponibles auprès de leur souffrance met en exergue la signification des valeurs que cette tâche représente. S'agissant d'une activité qui n'est portée par aucun des collectifs de travail, l'IVG est renvoyée aux expériences personnelles des soignantes pour son accompagnement. Alors, la subversion des affects au bénéfice d'une transformation des « modèles d'action » ou des « modèles de vie » des soignantes, par cette activité, resterait restreinte à la capacité individuelle de chaque soignante.

Ainsi, il nous semble que l'épreuve personnelle et la personnalisation des valeurs chez le professionnel constituent le garant du bon travail. Ces valeurs, construites et puisées au long de leur vie, par les différents groupes d'appartenance (Lhuilier et Litim, 2010) qui traversent les différentes sphères d'activité du soignant, permettent le débat de valeurs et de normes autour de la réalisation des activités. En ce qui concerne les tâches synonymes de confrontation à la mort, l'épreuve personnelle du soignant est d'autant plus importante comme garant dans le développement de l'activité qu'elle l'est dans la continuité identitaire. Le sens du travail portant sur les valeurs de différenciation essentielle de l'être humain, a un impact dans les « modèles de vie » des soignantes.

Les usages de soi par soi-même semblent ainsi résister à la défaillance du collectif de travail. Face aux situations limites, aux cas extrêmes entre vie et mort, c'est le sujet, l'ancrage narcissique qui semble devenir garant ultime des valeurs d'Humanité (Freud, 1929-30/1971). Rejoignant l'autonomie morale subjective, N. Zaltzman (1998) souligne que « l'investissement d'une continuité et d'un devenir de l'espèce, en tant qu'humaine, constitue un ancrage narcissique qui résiste aux diverses formes de négation de la spécificité humaine » (p. 22).

Conclusion

Cette recherche a poursuivi deux visées : comprendre la régulation du sens des activités liées à la mort et articuler la problématique de la reconnaissance de soi au travail, aux tensions entre les usages de soi. La tension entre les usages de soi par soi-même et par les autres, entre institué et instituant, est essentielle pour saisir la subversion des épreuves répétées d'un réel méconnu et indésirable.

Nous proposons ici une synthèse des résultats de la thèse, afin de mettre en valeur les apports de cette recherche. Les thématiques traitées au long de la thèse reprennent et articulent les théories mobilisées au début de l'étude, à partir des deux terrains, construisant de nouvelles compréhensions sur les conditions d'une reconnaissance de soi face aux activités liées à la mort.
Afin de répondre à ces doubles enjeux, de reconnaissance de soi et de sens au travail, par la dialectique des usages de soi, nous avons ordonné nos résultats en quatre thématiques :

« Sale boulot », hiérarchisation morale du travail et affects archaïques

Comme nous l'avons évoqué auparavant, les activités, les professions et les services dans un hôpital sont organisés et hiérarchisés selon la « division morale du travail » (Hughes, 1962/1996). Nous avons identifié, dans le Pavillon Mère Enfant (PME) et en soins palliatifs, les activités liées à la mort, ce que Hughes nomme le « sale boulot », c'est-à-dire, la partie indésirable des tâches. Cependant, des observations fines des activités propres aux services d'IMG, d'IVG et d'accompagnement de fin de vie, nous permettent de redéfinir le « sale boulot ».

Nos résultats signalent que ces trois tâches ne sont pas considérées, dans l'absolu, comme du « sale boulot », mais dépendent de la catégorie professionnelle à laquelle on se réfère et de la culture de groupe, du service qui abrite chaque activité. Ainsi, nous avons remarqué que les IMG qui représentent le « sale boulot » des sages-femmes en salle de naissance, correspondent à l'activité la plus valorisée des soignantes en gynécologie.

De la même façon, le passage entre curatif et palliatif offrirait des représentations différentes à l'hôpital, selon la mission du service, sa conformité à sauver la vie et à dénier tout rapport à la fin, à la mort. Ainsi, un patient en fin de vie peut devenir le « mauvais objet » d'un service,

l'accompagnement de sa fin de vie pouvant être représenté comme du « sale boulot » par les différents services de médecine et de chirurgie, tandis qu'il constituera un objet de travail valorisé dans le service de soins palliatifs.

Cependant le « sale boulot » auquel nous avons été confrontée dans la compréhension de nos terrains dépasse le classement bureaucratique et hiérarchique des activités et prend ses racines dans le négatif psychosocial (Lhuilier, 2002). Ainsi, le « sale boulot » participerait à la dynamique de projection-expulsion, base de la construction de la différenciation entre le sacré et le profane, le pur et l'impur, (Kristeva, 1980 ; Douglas, 1967/2001). Le « sale boulot » serait une forme spécifique de construction, face aux affects archaïques, assignant un « objet dépotoir » comme substitut aux démarcations symboliques entre vie et mort (Lhuilier et Cochin, 1999).

Dans le terrain, les situations considérées comme du « sale boulot » sont celles où domine l'indifférenciation entre vie et mort. Citons par exemple les fins de vie brutales par asphyxie, les moments d'expulsion des fœtus ou la mise à mort des fœtus dans le corps de la mère. La situation par excellence, traitée comme du « sale boulot », car cristallisée dans le temps, est la procédure d'IVG. Cette activité procure aux soignantes une identification massive avec les patientes. Les IVG évoquent l'archaïque par la façon dont l'acte de donner la mort est réalisé. En effet, l'aspiration violente du fœtus hors du corps maternel actualise le fantasme d'ambivalence psychique de la mère au regard de son bébé. La réification des patientes et de leur souffrance signalerait le besoin d'une défense contre toute identification avec ces patientes et donc, la construction d'une différenciation entre soignantes et soignées.

Dans nos résultats, nous avons souligné l'invisibilité, la dégradation mais aussi le flou ou le manque d'encadrement, propres aux activités considérées comme ayant une moindre valeur. Le manque de définition, de prescriptions ont joué d'un double tranchant auprès des soignants qui réalisent l'activité, comme l'avait déjà observé J-P. Minary (2006). Dans ces contextes, la supposée liberté des usages de soi s'est parfois soldée par un déliement et un manque de contenance symbolique pour permettre aux soignants de subvertir leurs activités ; la capacité instituante des soignants étant perdue du fait du manque d'étayage symbolique, défaut de la prescription ou dimension impersonnelle de l'activité (Clot, 2008).

Ainsi, notre hypothèse selon laquelle plus les activités liées à la mort évoqueraient les affects archaïques, plus la structuration des collectifs de travail serait importante pour la subversion des activités, semble ne pas s'infirmer dans notre expérience terrain.

Le « sale boulot » comme stigmate, différenciateur des activités, viendrait se substituer aux manquements de prescriptions de l'institution, et plus radicalement aux débats au sein des collectifs de travail. Par là, il y aurait préservation de l'identité des soignants et aussi des équipes de travail au prix d'une organisation défensive. Le « sale boulot » organiserait à la fois contenu et contenant ; c'est-à-dire, l'objet de rejet organiserait par là même, les alliances groupales pour préserver le sens du travail et l'identité des soignants.

Les configurations collectives par rapport aux usages de soi

Les alliances groupales contre la menace de la mort n'ont pas toujours permis l'usage de soi par soi-même, empêchant les contributions individuelles au collectif de travail, déliant la fonction de celui-ci. Ces façons de fonctionner sont spécifiques à une conjonction de situations : la présence des affects archaïques, l'absence des définitions /prescriptions autour de la tâche déléguée, liée dans ce cas à la mort, et la dissolution des espaces de délibération. L'idéologie défensive de métier (Dejours, 1980/2000) prend le dessus, figeant les échanges, le pouvoir d'instituer du nouveau et expulsant en « sale boulot » les traces des activités qui évoquent l'archaïque. Le traitement accordé aux patientes en IVG témoigne de l'idéologie défensive dans laquelle s'inscrivent les soignantes en maternité.

Parmi nos résultats, nous avons constaté que la répétition de la confrontation aux activités liées à la mort, desquelles ont émergeraient les affects archaïques, produit d'abord une perte de sens de l'activité, pour ensuite transformer les collectifs en formations défensives, en particulier en « clans », voire en faisant émerger un « bouc émissaire ». La désarticulation du sens de l'activité et son corollaire en terme de réaménagement défensif des équipes, non seulement suspendraient les contributions individuelles, mais brouilleraient les contributions des différentes sphères de vie, « personnalisant » les conflits entre soignants (Clot, 1999/2006) et appauvrissant les échanges. Les arbitrages sur l'activité se déplacent sur la façon de se comporter, de s'habiller et sur la vie privée des soignantes. Ces conflits deviennent source ultime de différenciation entre soignants et exercent une fonction de

contention face à l'activité. Paradoxalement, les idéologies défensives de métier ont aussi une fonction protectrice contre la déliaison.

Notre hypothèse dans laquelle le déliement, causé par les affects archaïques à l'instar des activités liées à la mort, toucherait autant le sens de l'activité que l'organisation groupale n'est pas infirmée par les résultats ci-dessus. Par ailleurs, les formes d'organisation groupale seraient de nature plus défensives, comme par exemple, les idéologies défensives de métier, face aux affects archaïques.

Ces manifestations groupales fragilisent l'identité des professionnels en empêchant la mise à contribution de chaque soignant dans la réalisation de son travail. L'activité n'étant plus une confrontation à l'épreuve du réel, l'objectivation de l'épreuve du réel est suspendue ; par conséquent, la subjectivation est également arrêtée.

Ainsi, notre hypothèse qui porte sur le rapport entre le collectif désarticulé face à des activités liées à la mort et une diminution de la capacité instituante du sujet, une réduction de son pouvoir d'agir ainsi qu'une diminution de la reconnaissance de soi, n'est pas infirmée par les compréhensions construites à partir de nos terrains.

Dans les terrains, nous avons identifié l'empêchement des échanges symboliques au-delà des idéologies défensives de métier, dans sa forme la plus concrète, dans le mauvais travail. Malgré la grande valeur accordée à activité, l'objectivation du travail était empêchée, car les espaces de délibération avaient disparu. Nous avons identifié dans ces situations, trois aspects communs aux idéologies défensives de métier : la présence de l'archaïque, la perte de l'encadrement du travail, mais aussi les déliements collectifs. A la différence du « sale boulot », spécifique du traitement des restes dans les idéologies défensives de métier, le mauvais travail porte sur des activités valorisées, ce qui procure en retour de l'empêchement du côté des soignants, déliant leur identité, entravant leur subjectivation.

En ce qui concerne le traitement des activités de la mort, d'autres configurations de groupe sont possibles au-delà de l'idéologie défensive de métier et sa fabrique du « sale boulot ». Nous avons pu aussi repérer les alliances construites face aux activités liées à la mort avec l'engagement psychique et affectif. Ainsi, nous différencions les alliances construites entre

soignants permettant ou non des usages de soi par soi-même face à l'activité (Lhuilier, 2002 ; Kaës, 1989 ; in Lhuilier, 2002).

Dans nos résultats, nous avons pu témoigner d'une gamme de stratégies défensives individuelles et collectives (Dejours, 1980/2000) pour éviter la confrontation à la mort. Ces stratégies permettaient d'ignorer une partie du réel et jouaient sur la représentation de l'activité. Comme dans le cas des idéologies, le mécanisme psychique à la base de cette formation groupale est l'idéalisation (Lhuilier, 2005). Cependant, dans le cas des idéologies, l'Idéal du Moi de chaque soignant se substitue à l'Idéal groupal, tout-puissant et idéalisé (Chasseguet-Smirgel, 1971-2/1999). Les stratégies défensives, en revanche, permettaient un étayage pour chaque soignante face à sa capacité d'instituer sa propre façon de faire dans les activités liées à la mort. Cinq stratégies, en particulier, ont été identifiées dans nos deux terrains : la hiérarchisation des patients, le relais entre équipes et entre soignants, le recours au binôme, « faire parler » les patients et la désorganisation du temps de travail.

Nous avons aussi pu identifier les stratégies de dégagement collectivement construites lors des confrontations aux activités liées à la mort. Nous avons soulevé quatre caractéristiques particulières à ces formations groupales : la construction et le renouvellement des espaces d'échange, la fonction transitionnelle des échanges, la séparation entre commande et demande et la préservation du pouvoir d'agir. Différemment des formations groupales détaillées au-dessus, les stratégies collectives de dégagement se construisent par l'élaboration, la symbolisation du réel de l'activité et prennent leur racine dans le processus de sublimation (Lhuilier, 2005). Elles déplacent ainsi l'objet chez les soignants afin de l'investir autrement, par les ressources transitionnelles portées dans l'individu lui-même et dans son collectif.

Ainsi nous ne pouvons pas infirmer la hypothèse, à savoir que la structuration collective dans la construction des ressources symboliques serait garante de la subversion du « sale boulot » en « bel ouvrage ». Cependant, cette hypothèse sera détaillée plus loin, nous y reviendrons.

A partir des terrains, nous avons remarqué que les mêmes conduites identifiées dans les stratégies collectives de défense pouvaient participer à ce processus de dégagement. Ainsi, la hiérarchisation des patients, le relais entre équipes et entre soignants, le binôme, « faire parler » les patients et la désorganisation du temps de travail, toutes ces activités pourraient

témoigner une subversion des activités liées à la mort vers un bel ouvrage. Cela souligne la plasticité des possibles à partir des usages de soi par soi-même chez chaque soignant, mis à contribution dans le collectif de travail. Deux stratégies de dégagement ont été identifiées par ailleurs : renommer l'activité d'IVG en IMG et découper le temps de travail afin de garantir les soins relationnels.

Finalement, et dans tous ces cas, la référence à d'autres sphères de vie participent à la construction des ressources symboliques. Il nous semble important de remarquer, cependant, que les usages de soi par soi-même, puisant dans d'autres sphères de vie ne sont pas mobilisés de la même manière. Face à une organisation plus défensive, les contributions personnelles deviennent source de jugement « personnalisé » (Clot, 2008) sur le comportement entre pairs et auprès de la hiérarchie. Dans les configurations groupales moins défensives, dans les collectifs de travail, les autres sphères de vie peuvent devenir ressources, base d'échange pour le développement de l'activité. Cela rejoint les types de configurations collectives et le rapport à l'identité des soignants. Deux de nos hypothèses ne sont pas, d'emblée, infirmées : le collectif vivant permet l'utilisation des dimensions de vie comme ressource, et son opposé, la perte des espaces collectifs provoquerait des indifférenciations entre sphères de vie.

Ainsi, nous reviendrons sur la question des échanges symboliques signalés par Baudrillard (1976) et repris au fil des analyses du terrain sur le sens des activités à partir des formations groupales. Il nous semble que les échanges et les organisations groupales ouvrent vers une autre dimension que celle considérée par le contrat de contribution-rétribution au travail. Au-delà de l'analyse des modalités des échanges entre institué et instituant - les usages faits de soi dans ce contexte de travail -, nous nous interrogeons sur ce qui est échangé.

Le don et le contredon dans le travail de soins

Quelques situations de terrain semblent illustrer notre propos sur les échanges symboliques dans le travail humain. Il ne s'agit pas seulement de comprendre qu'il y a à la fois objectivation-subjectivation par l'activité, mais finalement de questionner : Pourquoi on donne ? Au nom de quoi on donne ? Pourquoi on donne dans ce contexte là ? Qu'est-ce qu'on cherche à échanger par cette activité ? Quelle partie de soi est engagée dans cet échange ? (Jobert, 1998).

Deux situations pourraient éclairer notre hypothèse de travail.

En gynécologie, nous avons pu remarquer que les AS, autant dans l'unité de gynécologie que d'obstétrique, n'avaient pas le même statut, ou pour le dire selon Hughes (1962/1996) n'avaient pas le même « mandat » au regard de l'ensemble de l'équipe soignante. Occupant une place moins valorisée, les AS en obstétrique utilisaient des « arrêts maladie ». Les AS en gynécologie, en revanche, plus valorisées dans l'unité ne posaient que des « congés enfants malades ». Il est important de remarquer que les AS dans cette unité étaient toutes des femmes divorcées. A titre de mise en perspective, les infirmières et les sages-femmes, premières lignes de soignantes après les chirurgiens obstétriciens, ne s'arrêtaient jamais, car elles s'organisaient entre elles pour se faire remplacer et travaillaient, pour la plupart, à 80% du temps, mettant en avant leur « maternité ».

Il nous semble qu'il y aurait des indices importants à tirer de ces échanges, qui pourraient être lus comme des demandes des AS en obstétrique pour négocier leur place au regard de l'équipe et de la hiérarchie, lorsque le vécu en équipe devenait insupportable. La signification de ces échanges symboliques, semble porter aussi sur le lien entre leur vie privée et leur vie professionnelle. D'abord, il nous semble que « travailler » n'a pas la même représentation sociale selon les catégories professionnelles (Molinier, 2011). Nous pensons que les AS, toutes catégories confondues, seraient dans une « dette » (Jobert, 1998) vis-à-vis de l'institution, qui s'exprime par leur engagement dans les hôpitaux. Cette « dette » porterait sur leur mobilité sociale. Cette hypothèse, formulée suite à l'étude PRESST-NEXT sur le départ prématuré des soignants de l'hôpital (Estryn-Behar, Le Nézet et Duville, 2004), différenciait les AS des infirmières : les AS restant plus longtemps dans leurs postes. Cette loyauté semble peut-être liée au diplôme, premier marqueur d'inscription sociale d'une différenciation des activités de la sphère privée (Galerand et Kergoat, 2008 ; in Molinier, 2011 : 124). Si jusqu'à présent, les anciennes AS « formées sur le tas », ne revendiquaient rien au regard de l'institution, les nouvelles AS formées et diplômées s'inscrivent dans un métier (Osty, 2003 ; Clot, 2008).

Cependant, l'écart entre le manque de visibilité des tâches ménagères et les attendus d'une reconnaissance sociale au regard d'une vie professionnelle, semble néanmoins pouvoir être la source de cette revendication en obstétrique (Molinier, 2011) : la place des AS dans

l'organisation de l'unité et la possibilité qui en découle de se reconnaître dans leur activité. En obstétrique, cette catégorie s'occupe du « sale boulot », soit uniquement « être » auprès des mères. Ainsi, leur activité propre n'est pas considérée comme valorisante, ni à leurs propres yeux, ni par rapport à l'équipe élargie, car elles sont empêchées de traiter les bébés. L'activité valorisante en obstétrique est traitée par toutes les autres catégories soignantes présentes dans le service. Les AS se vivent comme la « poubelle » du service, les « torchons » qui ne doivent pas se mélanger aux « serviettes », notamment aux sages-femmes, aux puéricultrices et aux AP. Cette revendication semble être exprimée par les « arrêts maladie » utilisés dans cette négociation.

L'équipe des AS en gynécologie, plus ancienne qu'en obstétrique, semble cependant avoir un autre type d'échanges avec l'institution. On pourrait s'attendre à ce que l'équivalence des activités ménagères dans les sphères de vie privée et professionnelle vienne faire écran à la reconnaissance au travail. Ainsi, l'indifférenciation des tâches favoriserait une « servitude volontaire » (Dejours, 1998) aux prises managériales d'une « subjectivisation appellative de l'individu » (Kocyba, 2007). Cependant, ce collectif d'AS semble avoir pu s'organiser à partir des congés « enfant malade », reliant à la fois la vie privée et la vie professionnelle, constitutive de sens mais aussi de reconnaissance de soi au travail. Nous suivons ainsi l'hypothèse de Galerand et Kergoat, (2008 ; in Molinier, 2011 : 125), selon laquelle, « l'indissociabilité des deux sphères (domestique et professionnelle) qui s'impose pour les femmes,… est constitutive *d'un rapport potentiellement subversif à la société salariale*[21]».

Ainsi, les enjeux vis-à-vis de l'institution sont d'une autre nature. Discutant des difficultés personnelles au sein du collectif de travail et de la valorisation des tâches infirmières déléguées, les AS semblent trouver un substitut de la vie familiale dans le travail, notamment dans le collectif élargi. En posant les congés « enfant malade », les soignantes prennent soin de leurs collègues dont la plupart sont inscrites dans des situations de monoparentalité. L'arrêt doit ainsi se justifier aux yeux des collègues. Il doit être conforme à la culture du groupe fondé sur les accompagnements réalisés, mais aussi refléter la vulnérabilité de chacune. Les « congés enfant-malade » deviendraient ainsi plus qu'une façon de se déprendre du travail, ils

[21] Italiques comme dans le texte de l'auteur

faciliteraient la reconnaissance de la dimension du « care », la vulnérabilité reconnue et partagée par ces soignantes (Molinier, 2011).

D'autre part, à travers les congés « enfant malade », les AS valorisent leurs enfants, leur rôle maternel, en lien direct avec leurs activités de base : l'accompagnement du deuil des patientes ayant perdu leurs bébés. Les arrêts inscrivent aussi ces soignantes dans la visibilité et dans la reconnaissance de leur maternité. Ainsi, les AS ont pu nouer de l'« inter-signification des conduites et des expériences » des « différents domaines de vie » pour réguler le sens du travail, mais aussi pour « créer – en lien avec autrui – de nouveaux buts et de nouveaux modes de vie, au plan individuel et collectif » (Almudever, 2011).

Finalement, infirmières et sages-femmes semblent participer encore d'une autre façon dans les échanges symboliques avec l'institution. Si d'une part, il y a loyauté en s'arrangeant toujours pour ne pas mettre la hiérarchie en difficulté, il est probable que ces catégories s'identifient au statut de la hiérarchie. Ainsi, partenaires de la qualité du travail, l'arrêt n'est pas envisagé. Aussi, les 80% du temps de travail viennent confirmer cette place dans la société plus large, tissée par des valeurs du métier, où les enfants, et la famille sont source d'insertion sociale et même d'un statut social. L'organisation dans cette catégorie professionnelle donne à voir une équivalence des valeurs de la bourgeoisie : entre la qualité de femme, assurée par la maternité et une vie professionnelle compatible avec le rôle féminin.

L'autre situation explorée, afin de mettre en exergue les échanges symboliques dont il semble être question au travail, se réfère aux soins palliatifs. Les divers enjeux selon la catégorie professionnelle d'appartenance sont révélateurs des valeurs partagées par les différents collectifs de travail. Autant dans les débats auprès des équipes élargies dans la MAS qu'en service de gastro-entérologie, les arbitrages se complexifiaient selon les professions impliquées dans la décision (Minary, 2006). Il nous semble que la stratification des catégories organise à la fois les valeurs d'arbitrage pour l'activité d'accompagnement de fin de vie, mais également des échanges symboliques attendus par l'institution.

Nous avons constaté que la catégorie des AS récupère notamment les activités considérées comme du « sale boulot » : préparer et réaliser les toilettes des malades, donner à manger, permettre l'élaboration du deuil des patientes, tenir la main du patient mourant, coiffer et tenir

présentable un patient en fin de vie, faire des toilettes mortuaires, etc. Les ASH peuvent aussi être sollicitées dans la délégation des activités encore moins prestigieuses : accompagner les IVG, élaborer le deuil des patientes psychiatriques, etc. En contrepartie, les soignantes attribuent une valeur, un sens à ces activités. Suivant G. Jobert (1998) les échanges symboliques sont de l'ordre de l' « endettement originaire », pour ce qui regarde les IMG, mais aussi dans certains cas d'IVG et de fins de vie, lorsque le soulagement proposé n'a pas pu abréger la souffrance des patients. Dans ces deux cas d'accompagnement de fin de vie, les AS avaient transgressé les directives médicales, imposant des soins (hydratation, alimentation, épilation et massages) considérés comme importants dans le processus d'humanisation jusqu'au bout de la vie.

Dans cette lecture, nous faisons l'hypothèse que la place des AS dans la hiérarchisation morale du travail est un pivot, qu'elle est centrale, pour ces échanges qui subvertissent ce que la société refoule comme du « sale boulot ». Les AS s'engagent comme humains, femmes, mères et aussi soignantes, décloisonnant les sphères de vie privée et professionnelle, instituant un sens à leur travail par l'inter-signification des valeurs entre sphères de vie (Almudéver, 2005 ; Molinier, 2011). En étant loyale à leurs croyances et à leurs collectifs, les échanges dépassent largement le contrat de contribution-rétribution, s'inscrivant dans la lignée de l'Humanité et se transforment par là même.

La reconnaissance de soi face aux défaillances collectives

Jusque-là nous n'avons infirmé aucune des hypothèses soulevées pendant notre étude. Nous avons aussi abordé extensivement les conséquences de la présence ou l'absence des espaces transitionnels promus par les collectifs de travail. Dans cette partie, il est moins question de la subversion de l'activité mais de la transformation de soi par l'activité (Almudever, 2011 ; Beech, 2011 ; Alvesson et Willmott, 2002). La reconnaissance de soi implique que face au vécu de l'activité, par ses engagements spécifiques, l'individu mette à l'épreuve ses valeurs et son identité.

La reconnaissance de soi au travail est d'abord traitée par les modalités d'arbitrage, par les règles ou par les défenses, qui régulent les usages de soi dans la dialectique institué-instituant. Dans les contextes d'arbitrage par des règles, nous observons que l'individu

mobilise des valeurs venant d'autres groupes d'appartenance, profilant une éthique personnelle et instrumentalisant ses valeurs dans le renouvellement des échanges dans le collectif de travail.

Dans les modalités d'arbitrages régies par des défenses, à contrario, nous avons constaté que les usages de soi sont mobilisés pour diminuer la souffrance des soignants, mais ne portent pas sur le développement de l'activité. Dans certains cas de télescopage, il y a « crise » ou « l'impossibilité d'inter-signification » entre sphères de vie, qui résulte de « l'insignifiance des choses » faisant défaut de sens pour le soignant (Almudever, 2011).

Cependant, dans les situations identifiées comme des cas limites, ou des situations extrêmes, nous découvrons qu'à défaut d'un collectif de travail pour élaborer des ressources symboliques contre les fantasmes imaginaires, la subversion apparaît en puisant dans les bases trans-individuelles de chaque soignant. N. Zaltzman (1998) vient à notre aide dans la compréhension de ces processus où, comme nous explique l'auteur, le sujet instituant malgré ses conditions, fait face à l'institué. Pour cela, il est question d'« une source fondamentale d'amour de soi tirant sa force non pas du narcissisme moïque dépositaire d'histoire individuelle des liens objectaux, mais d'une participation narcissique directe à l'investissement d'un but commun insécable » (p.22).

Nous avons soutenu jusqu'ici, qu'à défaut d'un collectif de travail, il y aurait la mise en place d'idéologies défensives de métier, restreignant tout apport des usages de soi par soi-même, escamotant en grande partie la subversion de l'activité. Toutefois, nos résultats signalent que cela ne représente qu'une partie de la réalité. Nos apports du terrain comptent aussi avec la base narcissique du sujet, qui puise dans « l'investissement d'une continuité et d'un devenir de l'espèce en tant qu'humaine » dans la construction de la subversion malgré les défaillances collectives (Zaltzman, 1998 : 22).

Ainsi, au-delà de la rupture face aux enjeux de vie et de mort, nous envisageons le dépassement par l'individu, puisé dans le « Kulturarbeit ». Ce travail porté par l'individu est une « œuvre conjointe du singulier et de l'ensemble » ; la « transformation inévitablement exigée de chaque histoire singulière est aussi tributaire des transformations accomplies par l'histoire de la civilisation humaine dans son ensemble » (Zaltzman, 1998 :33).

Les apports théoriques de cette étude

Cette étude souligne ce que J. Baudrillard (1976) avait annoncé dans son œuvre, soit l'incapacité de notre civilisation actuelle à symboliser la mort dans notre société, et en délaissant les rituels. Aussi, selon J. Baudrillard le besoin d'ériger le superHomme, dans une activité de toute-puissance, signe le déni de sa vulnérabilité et de sa finitude. N. Zaltzman (1998) relaye cette analyse en s'interrogeant sur le déliement de la « vocation motrice d'Eros » vers une civilisation qui bricole du collectif, de la solidarité, de l'humanitaire déniant sa vulnérabilité ontologique.

Face à cette question, les éthiques du « care » (Gaille et Laugier 2011 ; Molinier, 2009 ; 2011), ouvrent une perspective forte et puissante pour rendre visibles les lieux où se passe l'action (Goffman, 1956/1973 ; in Laugier, 2011) et la continuité des tissages humains de la « Kulturarbeit ». En réactualisent la co-construction des formes ordinaires de vie, des activités dites invisibles, notre culture de la puissance semble subvertie par l'activité des « petites mains », notamment les activités des femmes. En opérant un détournement de la figure du sujet autonome, auto-engendré et auto-suffisant, les éthiques du care rendent visible par sa méthode descriptive (Faria et Barros, 2011) le revers du décor. Le langage, toujours vulnérable, selon Wittgenstein (Laugier, 2011), engage et dévoile les échanges rendant accessible la vulnérabilité ontologique (McNamee, 1995). Cela constitue un changement radical dans la perception et dans la valorisation des activités humaines. Par la suite, la méthode se réorganise ; elle se rapproche des méthodes co-constructives (Dubost et Lévy, 2006) de mise en avant de cette éthique par la description de la vie quotidienne, dans laquelle l'implication du chercheur (Amado, 2006) et le dévoilement de son objet d'observation sont intimement intriqués (Faria et Barros, 2011 ; Laugier 2011).

Une deuxième contribution théorique, apportée par le groupe de recherche de Ph. Malrieu, nous permet de revenir sur la notion de « sortir du travail pour comprendre le travail » (Almudever, 2011) afin d'éclairer les échanges symboliques tissés par les soignants. En dépassant l'expérience des échanges basés sur le métier (Clot, 2009) ou la sphère du travail (Dejours, 1980/2000), les expériences du hors travail rendent visible la régulation opérée par le sujet, instituant ses valeurs dans les « modèles d'action ». Cela nous permet d'appréhender les tensions entre institué et instituant dans la construction du sens au travail. Par là-même, en se laissant guider par les sphères de vie mobilisées par les soignants, les valeurs qui portent

sur les transformations des « modèles de vie » peuvent être interrogées (Dupuy et Le Blanc, 2001-2 ; Mègemont et Baubion-Broye, 2001-2 ; Almudever, 2011). Les contributions de G. Jobert (1998), mais aussi celles de D. Lhuilier (2006 ; 2009), P. Molinier (2006 ; 2009a ; 2011) et V. Barros (2011 ; 2012 ; Faria et Barros, 2011) s'inscrivent largement dans cette perspective, au-delà d'un travail circonscrit aux échanges de contribution et de rétribution au sein de l'organisation.

L'individu reste, ainsi, le garant des valeurs qui s'incarneront dans les débats de normes. Cependant, cet individu est contraint, ses idéaux inscrits dans une culture. La puissance de cette double appartenance de l'individu, le double objectif d'autoconservation de soi et de l'espèce semblent être pris en compte dans des situations dites limites.

Face à la rupture des valeurs dans notre culture, et notamment avec la dimension du sacré, N. Zaltzman (1998) soutient que la civilisation se veut opératrice du dégagement de la compulsion de répétition et de meurtre par l'édification de la raison et de la culture. Cela signifie cependant, que chacun est garant de cette émancipation par le travail de « Kultur ». Selon N. Zaltzman (1998), l'individu doit « faire le choix de vivre à la hauteur de sa condition psychique, opter pour les risques inscrits dans le primat de la libido sexuelle sur les intérêts du narcissisme moïque ou chercher à se soustraire aux dépenses coûteuses de la tâche à vivre » (p. 51).

L'expérience des soignants entendue comme capacité de chacun de contribuer au travail de « Kultur » transformant « les sources pulsionnelles, libidinales, narcissiques et sexuelles de la vie psychique en une filiation identifiante » (Zaltzman, 1998 :56) serait la condition pour vivre à la hauteur de sa condition psychique. Autrement dit, malgré la mortalité, la finitude et la vulnérabilité de chaque être, ce n'est qu'en référence à la transmission entre générations et à la notion de continuité de l'Humanité que cette subversion peut s'accomplir.

Bibliographie

Ouvrages imprimés

BALINT, Michel. *Le Médecin, le malade et sa maladie*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1957, 418 p.

BATAILLE, Georges. *La part maudite*. Paris : Editions de Minuit, 1949, 190 p.

BAUDRILLARD, Jean. *L'échange symbolique et la mort*. Paris : Gallimard, 1976, 347 p.

BION, Winfred Rupert. *Recherche sur les petits groups*. Paris : Presses Universitaires de France, 1961/1965, 140 p.

CHASSEGUET-SMIRGEL, Jeanine. *La maladie de l'idéalité : essai psychanalytique sur l'idéal du moi*. Paris : L'Harmattan, 1971-2/1999, 223 p.

CLOT, Yves. *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : Presses Universitaires de France, 2008, 296 p.

CLOT, Yves. *La fonction psychologique du travail*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999/2006, 213 p.

CURIE, Jacques. *Travail, personnalisation et changements sociaux : archives pour les histoires de la psychologie du travail*. Toulouse : Octarès, 2000, 544 p.

DEJOURS, Christophe. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : critique des fondements de l'évaluation*. Paris : INRA, 2003, 82 p.

DEJOURS, Christophe. *Souffrance en France : la banalisation de la justice sociale*. Paris : Editions du Seuil, 1998, 227 p.

DEJOURS, Christophe. *Travail, usure mentale : Nouvelle edition augméntée*. Paris : Editions Bayard, 1980/2000, 281 p.

DOUGLAS, Mary. *De la souillure : ssai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : La découverte, 1967/2001, 182 p.

DUJARIER, Marie-Anne. *L'idéal au travail*. Paris : Presses Universitaires de France, 2006, 292 p.

FREUD, Sigmund. *Malaise dans la civilisation*. Paris : Presses Universitaires de France, 1929-30/1971, 107 p.

FREUD, Sigmund. *Essais de psychanalyse*. Paris : Editions Payot et Rivages, 1919-20/2001, 308 p.

FREUD, Sigmund. *Métapsychologie*. Paris : Folio, 1915/1968, 185 p.

FREUD, Sigmund. *Pour introduire le narcisisme*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1914/2012, 160 p.

FREUD, Sigmund. *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1908/1975, 158 p.

GREEN, André. *Le travail du négatif*. Paris : Editions de Minuit, 1993, 400 p.

GUIENNE, Véronique. *Sauver, laisser mourir, faire mourir*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2010, 134 p.

HUGHES, Everett Cherrington. *Le regard sociologique : essais choisis*. Paris : Editions EHESS, 1962/1996, 344 p.

KRISTEVA, Julia. *Les pouvoirs de l'horreur : essai sur l'abjection*. Paris : Editions du Seuil, 1980, 247 p.

LAPLANCHE, Jean et PONTALIS, Jean-Bernard. *Vocabulàrio da psicanàlise*. Sao Paulo : Martins Fontes, 1982/1992, 552 p.

LHUILIER, Dominique. *Cliniques du travail*. Toulouse : Editions Erès, 2007, 248 p.

LHUILIER, Dominique et COCHIN, Yann. *Des hommes et des déchets*. Paris : Sociologie clinique : Desclée Brouwer, 1999, 185 p.

MOLINIER, Pascale. *Les enjeux psychiques au travail*. Paris : Editions Payot et Rivages, 2006, 336 p.

OSTY, Florence. *Le désir de métier : engagement, identité et reconnaissance au travail*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2003, 248 p.

RICOEUR, Paul. *Le parcours de la reconnaissance : trois études*. Paris: Editions Stock, 2004, 427 p.

STRAUSS, Anselm. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionniste*. Paris : L'Harmattan, 1992, 311 p.

TOSQUELLES, François. *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Toulouse : Editions Erès, 1967/2009, 163 p.

WINNICOTT , Donald Woods. *Jeu et réalité*. Paris : Editions Gallimard, 1971/1975, 277 p.

ZALTZMAN, Nathalie. *De la guérision psychanalytique*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998, 206 p.

Chapitre dans un ouvrage imprimé

AMADO, Gilles. Implication. In : BARUS-MICHEL, J., ENRIQUEZ, E. et LEVY, A., *Vocabulaire de Psychosociologie : positions et références*. Toulouse : Editions Erès, 2006, 590 p.

BARROS, Vanessa de Andrade. Estão todos presos, e agora ? In : MAGALHÃES, C., MATTOS, V. et MAGALHÃES, JLQ., *Descontruindo praticas punitivas*. Belo Horizonte : O lutador, 2012.

DUBOST, Jean et LEVY, André. Recherche-action et intervention. In : BARUS-MICHEL, J., ENRIQUEZ, E. et LEVY, A., *Vocabulaire de Psychosociologie : positions et références*. Toulouse : Editions Erès, 2006, 590 p.

GOLDENBERG, Emmanuel. Du sens d'une mort échangée. In : HIRSCH, E., *Partir: l'accompagnement des mourants*. Paris : Les éditions du Cerf, 1988, 191 p.

LAPASSADE, Georges. L'observation participante. In : BARUS-MICHEL, J., ENRIQUEZ, E. et LEVY, A., *Vocabulaire de Psychosociologie : positions et références*. Toulouse : Editions Erès, 2006, 590 p.

LHUILIER, Dominique. Clinique et politique. In : PERILLEUX, T. et CULTIAUX, J., *Destins politiques de la souffrance*. Toulouse : Erès, 2009, 216 p.

MCNAMEE, Sheila. Reconstructin Identity: the communal construction of crisis. In : MCNAMEE, S. GERGEN, KJ. *Therapy as social construction*. London : SAGE publications, 1995, 218 p.

MENCACCI, Bernardette et SCHWARTZ, Yves. Dialogue 2 - Débats des normes, « monde des valeurs » et engagement transformateur. In : SCHWARTZ, Y. et DURRIVE, L. *L'activité en dialogues : entretiens sur l'activité humaine II*. Toulouse : Editions Octarès, 2009, 267 p.

MICHELOT, Christian. Demande. In : BARUS-MICHEL, J., ENRIQUEZ, E. et LEVY, A., *Vocabulaire de Psychosociologie : positions et références*. Toulouse : Editions Erès, 2006, 590 p.

MOLINIER, Pascale. Vulnérabilité et dépendance. De la maltraitance en régime de gestion hospitalière. In : JOUAN, M. et LAUGIER, S., *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*. Paris : Presses Universitaires de France, 2009, 315 p.

SCHWARTZ, Yves. Manifeste pour un ergo-engagement. In : SCHWARTZ, Y. et DURRIVE, L. *L'activité en dialogues : entretiens sur l'activité humaine II*. Toulouse : Editions Octarès, 2009, 267 p.

VENNER, Nicole et SCHWARTZ, Yves. Dialogue 1 - Trajectoires et usages de soi. In : SCHWARTZ, Y. et DURRIVE, L. *L'activité en dialogues : entretiens sur l'activité humaine II*. Toulouse : Editions Octarès, 2009, 267 p.

Travaux universitaires

CRU, Damien. *Règles de métier, langages de métier : dimension symbolique au travail et démarche participative de prévention. Le cas du bâtiment et des travaux publics*. Mémoire pour l'obtention de diplôme à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes, 1995, 180 p.

JOBERT, Guy. *La compétence à Vivre : Contribution à une anthropologie de la reconnaissance au travail*. Mémoire pour l'Habilitation à Diriger les Recherches, Université François Rabelais de Tours, 1998, 264 p.

LHUILIER, Dominique. *Négatif psychosocial et subjectivation : contribution à la clinique du travail*. Mémoire pour l'Habilitation à Diriger les Recherches, Ecole doctorale Connaissance et Culture – Université Paris X – Nanterre, 2002, 246 p.

GUERRA GOMES PEREIRA, Maria Helena. *O auto-cuidado : A subjetividade de mulheres portadoras do HIV e de mulheres profissionais de apoio*. Mémoire de Master II en Psychologie Clinique, Université de Brasilia, Brasilia, 2003, 212 p.

Articles de périodiques imprimés

ALVESSON, M et WILMOTT, H. Identity regulation as organizational control. *Journal of Management Studies*, 2002, 39(5), 619–644

ATMANI, Isabelle. De la bonne mort au bon mort. *Médecine Palliative*, 2005, 4, 77-79

BARBALHO, Lidiane de Almeida et BARROS, Vanessa de Andrade. O lugar do trabalho na vida do egresso no sistema prisional: Um estudo de caso. *Revista Interinstitucional de psicologia, 2011, v.3*, 198-212

BEECH, Nic. Liminality and the practices of identity reconstruction. *Human Relations*, 2011, 64, 285

BEN SLAMA, Fethi. Le contre-transfert dans la recherche : De la notion au paradigme. *Bulletin de psychologie*, 1986, tome XXXIX n°377, 792-796

CASTRA, Michel. L'émergence d'une nouvelle conception du « bien mourir » : les soins palliatifs comme médicalisation et professionnalisation de la fin de vie. *Revue internationale de soins palliatifs*, 2010, 25(1), 14-17

DEJOURS, Christophe. Introduction au Dossier. *Travailler – Dossier : la reconnaissance*, 2007, n°18, 9-16

DEJOURS, Christophe. Evaluation et institution en psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse*, 2006, v.70(4), 947-959

DEJOURS, Christophe. Introduction. *Revue internationale de psychosociologie : Psychodynamique du travail*, 1996, v.3 (5), 5-15

DUPUY, Raymond et LE BLANC, Alexis. Enjeux axiologiques et activité de personnalisation dans les transitions professionnelles. *Erès Connexions*, 2001-2, 76, 61-79

ENGELMANN, Philippe. Les interruptions médicales de grossesse : évolutions législatives, témoignages et questions. *Laennec*, 2004, tome 50, n°4, 16-26

ESTRYN-BEHAR, Madeleine, LE NEZET, Olivier et DUVILLE, Nathalie. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe : Prévention des départs prématurés de la profession. *Archives des maladies professionnelles, 2004*, 65, 5, 413-437

FARIA, Ana Amélia Cypreste et BARROS, Vanessa de Andrade. Trafico de drogas : uma opção entre escolhas escassas. *Psicologia & Sociedade, 2011, 23(3)*, 536-544

GAILLE, Marie et LAUGIER, Sandra. Introduction. *Raison publique, PUPS*, 2011, n°14, 7-16

HONNETH, Axel. Travail et agir instrumental : a propos des problèmes catégoriels d'une théorie critique de la société. *Travailler – Dossier : La reconnaissance*, 2007, n°18, 17-58

KOCYBA, Hermann. Reconnaissance, subjectivationn singularité. *Travailler – Dossier : La reconnaissance*, 2007, n°18, 103-118

LAGACHE, Daniel. Fascination de la conscience par le moi. *Psychanalyse : Revue de la société psychanalytque française*, 1956, v.3, 33-45

LAUGIER, Sandra. Le care, le souci du détail et la vulnérabilité du réel. *Raison publique, PUPS*, 2011, n°14, 39-58

LEFEVE, Céline. La philosophie du soin. *La matière et l'esprit*, 2006, v.4, 25-34

LHUILIER, Dominique. Le sale boulot. *Travailler*, 2005, 14, 73-98

LHUILIER, Dominique et LITIM, Malika. Crise du collectif et définit d'histoire : apports de travaux sur le groupe et le collectif de travail. *Connexions, Crise du collectif et intervention*, 2010, v.2 (94), 149-173

MINARY, Jean-Pierre. Collectifs et cadres de travail dans les impossibles métiers de la relation à l'autre. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 2006 (1), 87-101

MOLINIER, Pascale. Travail et compassion dans le monde hospitalier. *Institutions, Revue de psyothérapie institutionnelle*, 2001, n°29, 24-39

MOLINIER, Pascale. Les « petits riens » à Landerneau. *Institutions, Revue de psychothérapie institutionnelle,* 2009 n°43, 57-64

MOLINIER, Pascale. Les Ecuries d'Augias : mythe de la performance et de déni de la vulnérabilité. *Raison Publique, PUPS*, 2011, n°14, 121-138

RENAULT, Emmanuel. Reconnaissance et Travail. *Travailler – Dossier : La reconnaissance*, 2007, n°18, 119-135

REVAULT D'ALLONNES, Claude. Ouverture : Repères pour la recherche clinique. *Bulletin de psychologie,* 1986, tome XXXIX n° 377, 809-815

REYNAUD, Jean-Daniel. Les régulations dans l'organisation : régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue Française de Sociologie*, 1988, XXIX, 5-18

SAMALIN-AMBOISE, Claudine. La prise de distance ou l'autre scène d'implication. *Bulletin de psychologie*, 1986, tome XXXIX n°377, 739-742

VIEIRA, Carlos Eduardo Carrusca, BARROS, Vanessa et LIMA, Francisco de Paula Antunes. Uma abordagem da psicologia do trabalho na presença do trabalho. *Psicologia em Revista*, 2007, v.13, 155-167

VOSWINKEL, Stephan. L'admiration sans appréciation : Les paradoxes de la double reconnaissance du travail subjectivé. *Travailler – Dossier : La reconnaissance*, 2007, n°18, 59-88

Communication dans un congrès

ALMUDEVER, Brigitte. Rapports de vie au travail/vie hors travail et santé psychique. Santé et qualité de vie au travail : savoirs et agirs du psychologue du travail. *3eme Journée d'Etde de l'AFPTO*, 24 et 25 juin 2011, Bordeaux

HAMRAOUI, Eric. La vitalité contre la vie. *Conférence dans le cadre du séminaire du CRTD- CNAM, Paris, 20 mai 2011*.

Sites web consultés

AGAPA. [référence du consulté le 20 octobre 2012], http://www.agapa.fr/documentation/reglementation/img-interruption-medicale-de-grossesse-legislation/

AGAPA. [référence du consulté le 20 octobre 2012], http://www.agapa.fr/documentation/reglementation/interruption-volontaire-de-grossesse-ivg-legislation/

L'histoire de l'IVG. [référence du consulté le 20 octobre 2012], http://www.plurielles.fr/sante-forme/fiche-pratique/l-histoire-de-l-ivg-4469860-402.html le 13/07/2009 à 11h22

Information Deuil Perinatal. [référence du consulté le 20 octobre 2012], http://info-img.kazeo.com/information-sur-l-img/information-sur-l-img,r116334.html

FMC. [référence du consulté le 20 octobre 2012], http://www.syngof.fr/~syngof/pages/fmc/interruption.html#top

Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs. [référence du consulté le 20 octobre 2012], http://www.sfap.org/content/histoire-des-soins-palliatifs

Annexes 1 Journal de bord en Maternité

Première observation au CHU en Maternité : le 24 avril 2007

J'arrive vers 10h00 au CHU et contacte mon collègue chercheur pour qu'on se retrouve à l'accueil de la maternité. On se retrouve en bas. On se salue il me présente aux urgences, à côté de l'accueil et on monte à l'Unité des Grossesses Pathologiques et en gynéco. Je fais connaissance de quelques AS et ASHs et d'une cadre : Mme Henri. Mon collègue m'explique l'organisation du service ainsi que les différentes couleurs de blouses. On monte au 2ème étage et il présente la salle de naissance, avec 6 salles pour les accouchements ainsi qu'une réanimation pour les nouveau-nés (avec 4 berceaux équipés) et au milieu de ce dispositif une grande salle avec un plan de travail divisé dans sa longueur : sur un côté, les AS et ASH et de l'autre les SF et médecins.

Ensuite, on dépose nos affaires à l'office et je prends une blouse pour être reconnue dans le service comme faisant partie de l'équipe de recherche. Il me présente à l'équipe comme une collaboratrice psychologue. Il m'explique qu'on ne passera pas les questionnaires à l'hôpital puisque cela prend trop de temps pour les soignantes. On reste un petit moment dans un couloir qui relie la salle de naissance au bloc opératoire et on discute du taux d'absentéisme dans le service, de la différentiation entre les métiers et de leur utilisation de l' « arme » de négociation face au manque de reconnaissance dans le service. A ce moment, le Professeur Ménard, patron du service passe et nous salue, suivi d'une commission composée de 2 médecins internes (une femme et un homme) et 4 sages-femmes, dont une étudiante de 3ème année. Ils restent environ 40 minutes dans l'espace réservé au corps médical (qui donne accès aux salles de naissance). Au centre des SF et internes, il se comporte comme le chef en train de « catéchiser » son corps électoral. Se sachant observé, il se comporte d'autant plus de façon à se faire remarquer. Une des sages-femmes (Melissa) s'approche de moi pour parler à une des cadres SF et lui expliquer qu'elle aura besoin de trois semaines de vacances pour passer ses examens et pour soutenir son DU. La cadre lui propose d'en reparler ultérieurement, tout en sachant que son DU représente une qualification utile pour son métier et le service.

La seule étudiante SF s'approche de moi, se présente et m'explique qu'elle a fait ses autres stages au CHU, donc, qu'elle connaît déjà le fonctionnement du service. Je lui demande ce qui se passe à la seule salle de naissance que je croyais occupée. Elle me signale qu'il y a deux salles occupées aujourd'hui : une femme qui a déjà accouché à l'hôpital et dont on sait que ça se passe « très vite », et qui est à sept centimètres de dilatation ; et une femme qui vient

d’apprendre que son bébé a une malformation au cerveau et pour laquelle une IMG est mise en place au 4ème mois de grossesse. C’est à ce moment que je repère qu'Emilie (SF) s’occupe du cas.

Mon collègue et moi décidons de sortir (vers 12h30) pour nous acheter de quoi manger et nous revenons nous installer dans la salle d’office, puisqu'à la cuisine il n'y avait plus de place. On apprend que la femme vient d’accoucher à 12h30. Deux cadres SFs, en salle de naissance et en UGP viennent nous accompagner et Mme Saudemont nous fait part des tensions avec l’administration, faisant référence en particulier au contrôle et au besoin de justifier les activités (dans le cas présent une demande de papier toilette pour le service) qu’elle réalise depuis plus de 20 ans. Elle est la cadre la plus ancienne du service et ne se sent pas respectée ni considérée et elle répète à plusieurs reprises la « colère noire » que cela provoque en elle.

La cadre de l’UGP la rejoint et parle elle aussi des situations vécues auprès de l’administration qui démultiplie la paperasse et le temps pour s'en occuper. Elle me parle également de « l’accréditation » et du besoin de tout justifier, même auprès de gens qu’elle ne connaît pas. A ce moment, elle est appelée par son bip et en décrochant elle accentue ce qu’elle vient de nous expliquer. Elle nous explique que l’écart entre les buts de l’administration et ceux des soignants représente le facteur qui empêche une inter-jonction entre les champs. A nouveau elle exprime sa méfiance à propos de l'utilisation du budget – que Mme Saudemont, cadre en salle de naissance, justifie par la multiplication des bureaucrates attachés au directeur de l’hôpital – et ironiquement évoque leur « esprit étroit » dans la compréhension de la situation. La cadre de l’UGP dit qu'elle peut comprendre, « même en étant en désaccord avec la méthode du patron », parce que c’est « en forçant la main » qu’il arrive à avoir ce dont il a besoin pour faire tourner le service.

La conversation est interrompue par la conversation parallèle de Mme Saudemont avec un élève SF qui venait d’arriver pour lequel elle voulait avoir son accord pour un contrat intérimaire pendant les vacances d’été. Je reprends le discours de la cadre de l’UGP en disant trouver intéressante l’idée de l’inter jonction entre l’administratif et la soignante pour aider dans la réflexion de comment « reboucler » le contact entre ces deux champs. Cette cadre répond ne pas savoir : elle pense à la situation de la pharmacie, où les choses arrivent à bien se passer puisqu’il y a des objectifs communs. Elle fait appel encore à la commande d’instruments qui peuvent très bien se passer entre eux grâce au contact et disponibilité auprès de la personne responsable, qui les connaît depuis longtemps.

Mme Saudemont, elle aussi évoque des situations qui se sont bien passés, mais elle pense que c'est l'exception plutôt que la règle. Elle nous raconte que c'est lors de l'accouchement de l'épouse d'un responsable de haut niveau hiérarchique de l'hôpital, que le problème de la distribution des sacs poubelles s'est résolu. Elles parlent de l'épuisement des soignantes. Mon collègue chercheur demande si elles croient que l'absentéisme est lié à l'âge du personnel. Je propose que peut-être il soit lié au temps dans le service. Les cadres cependant, ne le lient ni à l'âge, ni au temps passé dans service. Elles ajoutent qu'en regardant l'usure de la jeune cadre – Mme Henri – qui entre dans la salle et s'assied entre les cadres, l'hypothèse que j'ai proposée sur l'ancienneté dans le service peut être éliminée.

Mon collègue et moi nous excusons et partons à l'étage en-dessous nous installer à l'office de l'AMP et la GP. Nous retrouvons deux infirmières qui discutent de la politique. Un médecin, PUPH et deuxième dans la hiérarchie, rentre et prépare sont plat en le réchauffant et en s'asseyant avec elles. Ils discutent de la politique. Deux ASH entrent dans l'office à ce moment et débarrassent les plateaux des patients. Une des infirmières part et mon collègue arrive, se joint à la discussion, et décide de rester pour essayer d'avoir un entretien avec l'infirmière.

Je remonte en salle de naissance (vers 14h10) et je rejoins les cadres, la psychologue (Mme Jacquet) et une SF (X) qui parlait d'une collègue venant d'accoucher après une grossesse difficile et qui, selon les cadres et la psy, était en dépression post-partum. Doucement, la salle se vide et la SF reste discuter un peu plus avec Mme Saudemont sur sa retraite. Il reste à Mme Saudemont trois ans avant de partir en retraite, mais elle continue de râler en disant que ce n'est pas la peine de continuer en n'étant pas respecté par l'administration.

Je passe au bureau avant la salle de naissance où je rencontre deux SF (Emilie et X) qui me parlent un peu plus du cas d'IMG, en m'expliquant que le fœtus est déjà mort mais qu'il faut l'expulser. *Emilie me fait comprendre que le motif de l'IMG est une microcéphalie et que c'est la partie désagréable du service.* Je reprends quelques discussions sur les horaires de travail, dont elles m'expliquent que ça roule sur 12h, mais que pas tous sont à temps complet. X rajoute que les SF tournent dans les différents services chaque 4 mois et que seulement les consultations les SF sont obligées de faire 10h/ nuit et 8h/ jour.

Je me détourne et accompagne Charlène (AS) et Victoria (étudiante infirmière en 2ème année qui fait fonction d'AS) qui vient d'être embauchée par le CHU (2ème jour) et qui est cadrée par Charlène. Une des salles de naissance vient d'être libérée et donc Charlène et Victoria sont convoquées pour la ranger. J'obtiens l'accord de Charlène et de Victoria d'observer leur

activité (nettoyage de la salle de naissance). Le ton de Charlène est distant vis-à-vis de Victoria, mais elle essaye de tout expliquer à Victoria pour qu'elle fasse attention aux actes posés pendant cette période d'encadrement, en particulier ce qui concerne « le cas où il faut qu'une collègue prenne relais de notre activité interrompue ». J'apprends que Charlène est là depuis 10 ans, mais qu'elle exerce ce métier à 30 ans. Au bout d'une demi-heure, Victoria raconte son parcours et nous explique qu'elle a raté son examen pratique. Charlène lui donne de conseils, sur les détails d'une bonne présentation et la création du lien avec le patient. A la fin de leur tâche je les remercie, Charlène aide Emilie à nettoyer et recevoir le corps du fœtus qui vient d'être expulsé et qui va partir à l'autopsie dans une autre salle de naissance. Mélissa, s'occupe du cas avec Emilie. On discute ensuite de son intérêt pour l'accompagnement des grossesses difficiles et l'extraction du liquide amniotique pour en savoir plus sur les malformations (son DU actuel porte sur ce point). J'apprends que c'est sont 2ème DU, le premier étant sur les échographies. Elle me dit que tous dans l'équipe sont sensées savoir accompagner une IMG, mais que personne ne veut de ces cas.
Mon collègue arrive et on part voir les urgences, qui sont pleines de patients. Aussi, nous remontons au 1er et dans l'office nous retrouvons des ASH et des AS en train de discuter de la politique. Elles lui parlent de la difficulté de remplir les questionnaires et principalement de leur souci de comment cela sera quantifié et qualifié en termes de qualité de leur travail.

Observation au CHU le 15 juin 2007 : Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin – Danièle (G1) et Berthe (G2) ; IDE journée : Marine et Elsa; IDE soir : Anaïs (G1) et Marie (G2). Au matin AS : Katia et Fanny; Au soir : Anne et Katia Les ASH du matin : Claire (obst.) et Ophélia et (pull) la journée et de l'après-midi : Vanessa et Nathalie.

Il y a 4 étudiantes IDE, et un SF aujourd'hui. Sur le planning, il y aura 6 étudiantes IDE, 4 SF et 1 AS pendant le mois de juin et 3 IDE et 2 SF en juillet.

L'interne de visite était Nathalie.

Au G1 il y avait 13 patientes et 11 au G2 patientes, dont 3 sorties au G1 et sorties au G2 ; à la fin de l'après midi, patientes ont été sorties.

Je me présente à Fanny (AS) et à Claire (ASH) dans le couloir. Marine me salue et m'explique qu'il y a pas mal d'étudiantes infirmières dans le service en ce moment. Elle apprend à Lucile à poser la perfusion. Dans la salle de médicaments, l'étudiant SF de 1ère année m'explique qu'ils sont plus autonomes, puisque étant considérés de la profession médicale et non paramédicale, « on cadre les étudiantes de 1ère et 2ème année infirmières, elles font plus de soins relationnels, pendant que nous faisons des soins plus techniques ».
Je passe dans le couloir et Ophélia (ASH) face à la demande de renseignements de Katia sur le repas d'une patiente, s'aperçoit qu'elle ne sait plus où elle a mis ses feuilles d'enregistrement des soins de ses patientes (sorties et repas).
Marine me raconte qu'elle ira au petit bloc opératoire (IVG) puisqu'elle est responsable des hystéroscopies de ce matin.
A 10h 30 la visite médicale était terminée au G2, mais venait de commencer au G1. Danièle et Nathalie prennent les dossiers et y vont. Le premier cas concerne une jeune femme qui vient de perdre ses jumeaux à la 25e semaine de grossesse, qui commence à se déprimer et veut sortir de l'hôpital. Danièle prévient l'interne qu'elle est déterminée à partir et que probablement elle n'arrivera pas à l'empêcher. Nathalie décide de faire la visite seule. Danièle retourne au poste pour obtenir des résultats. Pendant ce temps-là, l'étudiant SF prépare une perfusion et Danièle le corrige, en disant que la quantité de pansements ne lui suffira pas et qu'il va falloir en prendre plus.
Dans cette équipe, les AS travaillent toutes seules aussi bien que les ASH, ou en binômes entre catégories. Les infirmières travaillent avec les internes, qui les encadrent plutôt que de participer à un véritable échange. Chaque catégorie est autonome.
En attendant Nathalie, Katia (AS) prévient que la patiente d'une autre chambre veut quitter l'hôpital. Danièle riposte qu'aujourd'hui l'équipe n'est pas nombreuse et que donc, sa sortie sera pour demain.
Nathalie sort de la chambre et annonce que cette patiente va partir « contre l'avis médical », et qu'il faut lui préparer des ordonnances pour qu'elle puisse suivre les traitements chez elle. Danièle dit que « cela la fait rire, c'est une contradiction ».
Elles visitent la deuxième patiente ensemble, et en sortant, elles font des commentaires assez secrets, sans partager avec moi comment cela se passe.

Danièle et l'ASH Claire se disputent, en lui faisant remarquer que sa façon de nettoyer le couloir empêche les professionnels de faire leur boulot mettant ainsi en évidence le besoin de nettoyer la moitié du couloir à chaque fois.

La 4ème patiente aura besoin d'une transfusion, c'est Danièle qui renseigne l'interne, en lui montrant les résultats pertinents des analyses de laboratoire.

La visite est interrompue par l'arrivée de Marcel qui n'arrive pas à joindre le médecin pour pratiquer une intervention. Marcel, anesthésiste, connaît bien le dossier et les examens de la patiente, et en informe Danièle. Une fois qu'il a tout accompli, il lui dit qu'il a dû téléphoner pour se renseigner, photocopier les documents nécessaires afin d'organiser les informations. Danièle riposte en disant que « c'est de ta responsabilité suivre le dossier de ta patiente ».

A la fin de la visite, Danièle dit à l'interne qu'il faut qu'elle se dépêche, puisqu'elle « a des cours à faire, c'est vendredi ». L'interne répond qu'elle aussi a des cours à faire.

Carla (AS) m'invite à fumer avec elle et à ce moment, elle me raconte qu'elles sont constamment à trois au lieu de quatre et que comme elles font, de toute façon tout le travail, elles n'arrivent pas à se faire respecter par la hiérarchie : c'est facile pour la hiérarchie de ne pas voire la pénurie de leur situation. Ce week-end elles n'étaient également que trois, et le travail était très dur, puisque les patientes étaient lourdes, et que physiquement ainsi que moralement c'était difficile. Elle continue en me disant qu'il y avait des ASH et des AS de plus dans les unités en bas et en haut (elles étaient six). Elle me dit aussi que les patientes ont peur de se plaindre, puisqu'elles sont dans des positions de vulnérabilité, mais que cela aggrave la situation, puisqu'elles sont soudées, et que rien ne change dans leur situation. Elle conclut qu'elle se sent « *« la dernière roue du carrosse »*.

Au moment où je me rencontre à Mme Henri, Carla s'écarte. La cadre me raconte qu'en ce moment, c'est particulièrement difficile dans le service et qu'elle espère qu'elle pourra avoir de l'aide du pool hospitalier pendant les mois de vacances. Carla reste à mes côtés et me demande des recettes de gâteau au chocolat. Danièle, assise au bureau nous entreregarde furtivement.

Je m'installe au bureau et discute avec Marine de ce qu'elle est en train de faire : ouvrir des enveloppes envoyées avec les résultats des examens des patients – à mettre sur le dossier déjà classé ou à glisser dans les dossiers du service. Elle me dit qu'elle pourrait retrouver les dossiers dans l'ordinateur, mais qu'elle a du mal avec la recherche par ordinateur. Il va d'abord falloir faire signer les médecins, et elle file tout dans une pochette accrochée au mur.

Katia bascule la chaise dans laquelle j'étais assise pour pouvoir s'asseoir devant l'ordinateur et faire les actualisations sur les repas de ses patientes. Elle fait plutôt un geste brusque que de me demander le siège que j'occupais. Je me lève et une fois qu'elle s'asseye, elle se plaint de mal de dos. Je l'entends.

Marine va voir une patiente avec Alzheimer, et revient en me racontant qu'elles utilisent un masque et un nounours pour lui occuper les mains, de façon à ce qu'elle ne s'arrache pas la perfusion et le curatif dans le ventre.

Marine et Mme Henri lisent ensemble les normes et procédures pour expliquer correctement à une étudiante de 1ère année d'infirmière une des ces activités auprès des patientes.

Mme Saudemont arrive avec les trois certificats de décès des 3 fœtus pour une patiente ainsi que ceux des autres deux patientes. Un débat se met en place en ce qui concerne le fait de donner des noms aux « bébés ». La question est devenue d'autant plus difficile qu' il s'agit de fœtus et non de bébés, que de plus la dame n'était pas mariée et donc, ne pouvait pas avoir de livret de famille, ce qui semble l'empêcher de mettre le nom de son compagnon. Les infirmières ne sont pas sûr, il semble qu'elles ne font pas confiance à l'Assistante Sociale – Pauline – qui est jeune, « ne s'habille pas comme il faut », selon Mme Evêque, et qui « parfois donne des informations pas tout à fait correctes ». Ensuite, la discussion change puisqu'un des fœtus a été expulsé encore vivant, et à ce moment, il devra être pris en charge par les parents et non par l'hôpital. En ce qui concerne les pompes funèbres, la cadre suggère qu'ayant à organiser les funérailles d'un des bébés, la famille prenne en charge les jumeaux, afin d'alléger les procédures pour la patiente, tout en l'aidant à faire son deuil.

Dans la salle de détente, Anne discute avec Katia et Elsa rentre en disant qu'elle préfère le rythme du quart de journée que celui du matin, puisqu'elle peut faire une chose à la fois sans se sentir débordée, sans retarder le travail de celles qui viennent après elle, comme c'est le cas du quart du matin.

Katia (AS) me raconte le travail des IVG, n'est pas intéressant car c'est beaucoup de nettoyage, mais pas trop de contact avec les patientes. Je suis informée que l'infirmière attitrée va partir à la retraite à partir d'octobre, et que déjà pour les AS, il faut qu'elles tournent dans les jours de repos de Laure, qui est celle qui travaille le plus à l'IVG. *Elle me dit que cela ne plait pas à tous, et que les patientes ne sont pas trop dans l'envie de dialoguer. Je lui demande comment elle voit cette situation. Elle me répond que c'est la plupart des cas, où les patientes se refusent un contact, et les cas les plus durs, selon elle, sont celles qui le font à cause d'une demande du mari.*

La transmission est faite à 12h30. Pendant la transmission, les commentaires sont faits par Danièle seulement, qui informe beaucoup sur les états d'esprit des patientes ainsi que le souci avec la patiente Alzheimer où elles sont incapables de savoir ce qu'il en est de sa douleur. Pendant le déjeuner, le sujet porte sur les jobs que chaque infirmière a eu pendant ces études : Marine était animatrice de colonie de vacances, Danièle était ASH et animatrice, Elsa a travaillé dans le ménage et comme facteur ; Marie dit qu'elle n'a été jamais acceptée en tant qu'ASH, puisqu'ils ont jugée qu'elle ne savait pas bien balayer.

En sortant de l'office, je retrouve Nathalie, qui me dit qu'en ce moment les conditions de travail sont difficiles, et que la hiérarchie, bien qu'elle soit bien gentille, n'y est pour rien, parce que rien ne change.

Mme Henri s'installe pour prendre du café.

J'accompagne Marine et Elsa dans l'actualisation de la médication et du matériel de stockage pour l'unité pendant une semaine – parfois cela peut se faire plus d'une fois par semaine. Elles me racontent que c'est pendant le week-end que normalement cela est fait, mais qu'à force d'être calme aujourd'hui elles avancent le travail. Tout le monde a accès à la réserve, même les étudiantes !

Elsa fait des actualisations sur l'ordinateur pendant que Marine nettoie la chambre de préparation des perfusions.

L'interne Anne est informée par le Dr Saumagnat que la médication (amoxiline) pour une des patientes au G1 est incorrecte. Ayant suivi une colostomie, et portant une fistule dans la vertèbre à côté de l'intervention, il va falloir s'informer auprès de l'infectiologie pour savoir quel est le médicament à lui donner. Elle a de la fièvre et devrait partir aujourd'hui. Anne passe 1h au téléphone en train de discuter et avec l'aide de l'ordinateur elle suit les médicaments mis en place pour cette patiente. Marie, infirmière au G1 commence à s'irriter avec Anne, en soufflant et en faisant des commentaires comme quoi elle est encore en ligne et incapable de donner une réponse à la patiente qui est inquiète. Le mari de cette patiente commence à venir chaque 20 minutes au bureau pour avoir une réponse. N'arrivant pas à joindre le médecin responsable, Anne était partie faire signer au patron le changement d'ordonnance et se faire épauler institutionnellement dans sa décision médicale.

Pendant ce temps, Marine et Katia m'interrogent sur quoi porte mes observations. Katia dit que les femmes normalement donnent beaucoup plus que les hommes et que c'est son cas, dès qu'elle arrive à la maison, elle en a marre que lui se sent mal. Marine part. Anaïs nous a approchées deux fois mais n'est jamais entrée dans la discussion.

Marie s'installe avec toute l'équipe soignante devant un des ordinateurs et montre à l'équipe les photos de son mariage. Elle est interrompue par le mari de sa patiente qui attend la position de l'interne pour quitter ou non l'hôpital.
Vers 16h, Anne arrive avec la nouvelle que s'il n'y a pas d'infection elle pourra partir le lendemain, mais que il va falloir doubler la dose d'antibiotiques actuels et faire un nouveau prélèvement bactériologique, pour recommencer un traitement dès mardi, et qu'il va falloir attendre la relecture du scanner pour voir la possibilité d'infection. Cela sera fait dès ce soir. Le mari repasse au bureau pendant qu'Anne est en train de préparer les ordonnances. Immédiatement elle le regarde et sans se déplacer elle lui dit qu'elle arrive tout de suite, et qu'elle arrivera avec les ordonnances. Cela calme le mari. Elle continue à travailler dans son coin.
Mme Henri arrive avec des dossiers du staff du bloc opératoire pour la semaine prochaine. Elle m'annonce que cette semaine devra être plus calme. Elle reprend ainsi les difficultés du week-end dernier, où il y a eu des urgences avec pas mal de décès fœtaux. Cela, me dit-elle, peut être un facteur de déstabilisation de l'équipe. Elle me raconte qu'en février dernier, elle avait organisé, sur demande de l'équipe après une période avec beaucoup de morts fœtales, une réunion auprès de la psychologue du service Mme Bonnefois (qui est vue comme plus accessible que Mme Jacquet, plus réservée).

Observation au CHU du 16 juin 2007: Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin – Marie (G1) et Danièle (G2) ; IDE journée : Berthe et Caroline ; IDE soir : Vanessa (G1) et Sarah (G2). Au matin AS : Anne et Fanny (G1) ; Carla (G2) Au soir : Maude et Claire. Les ASH du matin : Nathalie (G1) et Valérie (G2) Laure (IVG) et un ASH du pool la journée et de l'après-midi : Gisèle et Marie et Claire (obst.).
Le médecin de visite était Bernard et l'interne Valeska.
Au G1 il y avait 12 patientes et 11 au G2 patientes, dont 3 sorties certaines au G1 et 3 sorties incertaines au G1 mais aucune sortie prévue pour le G2 ; à la fin de l'après midi, 5 patientes sont sorties du G1.
J'arrive vers 10h00 au CHU. Marie et Bernard discutent d'une patiente qui s'avère perturbatrice pour eux : elle a beaucoup du mal et Bernard se refuse à augmenter la dose de morphine. Marie se sent consternée puisque cette patiente se plaint vraiment de la douleur, et

demande si une IRM serait possible pour être sûre en ce qui concerne les ligatures des trompes.

Berthe reçoit un coup de fil d'un médecin qui veut connaître une prescription pour une patiente dont l'interne était responsable. L'interne se sent débordée essayant de trouver le dossier de ladite patiente et de s'organiser avec les informations dans la chambre où elle serait prête à entrer. Elle demande à Berthe de la prévenir dès qu'elle le pourra.

Carla (AS) passe dans le couloir et m'invite à fumer avec elle et Anne, j'en profite. En effet, il n'y a qu'elle qui fume. Carla me raconte que les AS sont dans un état pitoyable, et qu'à partir de vendredi, Anne prendra ses vacances et qu'elle prendra quelques jours de repos. En effet, tous les week-ends dernièrement ont été faits à trois, au lieu de quatre AS, et que cela fatigue énormément l'équipe. Plus tard, Nathalie et l'ASH du pool nous rejoignent. Ils discutent de comment le remplaçant travaille, il vient d'intégrer l'équipe et il est apprécié par tous.

La visite au G2 commence avec Danièle, Bernard, Valeska, une étudiante externe de médecine et Mme Henri. D'emblée la première patiente est une toxicomane qui est sur SUBUTEX et qui doit passer une cœlio. Il s'agit d'une patiente difficile, qui vient de mal répondre aux ASH et aux infirmières et donc, les médecins décident de passer directement à une autre patiente pour faire avancer la visite médicale. On s'aperçoit que Bernard est irrité par le rythme de la visite. En particulier, l'interruption est due à l'appel constant de Bernard et de Valeska sur leurs bips pour différents avis des patientes qu'ils ont suivies. Il dit en avoir marre du rythme de la visite en faisant référence au fait que la visite ne soit pas le plus intéressant à faire et que lui, il voulait aller au bloc opérer.

Mme Henri me fait part que la visite semble toujours aller plus lentement dès qu'on a moins de patientes. En effet, l'intérêt de l'équipe médicale s'accroît dès que les patientes ont des pathologies graves, traitables par les technologies médicales, p.ex., endométriose.

Les infirmières responsables des secteurs (G1 ou G2) font des actualisations dans les dossiers pendant que ses collègues de journées mettent en avant les changements décidés lors de la visite médicale. Danièle répète à Berthe 2 fois oralement ce qu'il faut qu'elle mette en place avec les patientes du G2. Je trouve un moment pour poser la question à Marie comment la situation avec la patiente s'était terminée lors de ma dernière venue à l'hôpital. Elle m'a répondu qu'elle ne le savait pas, et que la cadre non plus n'avait pas eu d'échos. Elles font leur pause déjeuner à 12h 30. Pendant la pause, Gisèle rentre et s'aperçoit qu'à nouveau elle était changée sur le planning pour travailler le week-end et que cela ne lui convenait pas du tout, qu'elle n'avait pas été consultée sur ce changement et cela la rendait d'autant plus furieuse;

elle hurlait le manque de respect et le droit à une vie à elle. Donc, elle sort avec le planning pour régler ses comptes auprès de la cadre, Mme Henri, qui est elle-même en pause déjeuner. Elle revient à l'office et est soutenue par Maude, et Danièle. Gisèle remarque que comme ça, Mme Henri ne va pas durer longtemps dans le service. Danièle rebondit en disant que « c'est plus facile qu'on craque et que elle, elle ne craquera pas ».

La transmission est faite sur le G1 et après l'arrivée de Mme Henri, Gisèle et Maude se mettent ensemble pour régler le problème. Elles sortent et le font ailleurs. Claire, ASH se lève et veut commencer à travailler avec sa partenaire de service, Marie qui préfère rester un peu plus longtemps dans l'office. Claire la secoue fortement. Sarah intervient sur l'importance de respecter l'espace de chacun et sa liberté. Un mal-être s'installe dans la salle. La légitimité de la parole de Sarah est mise en question en particulier par Danièle.

Vanessa rentre au moins 4 fois pendant que ses collègues du matin continuent dans l'office, à poser des questions de précision sur les patientes du G1. C'est son première jour en G1 et il devient clair, dans le déroulement de l'après midi qu'il lui manque beaucoup d'informations. Des dossiers manquent, ainsi que des précisions de médicaments qui n'ont pas été mentionnées dans les transmissions et qu'elle ne connaissent pas.

Je passe aux IVGs pour connaître un peu mieux son organisation dans la structure et je suis accueillie par l'infirmière responsable Jeanne et l'AS qui travaille avec elle : Laure. *J'apprends que Jeanne a travaillé depuis le début avec les IVGs et qu'avant elle restait dans le service de l'UGP, et que les sages-femmes la secondaient la nuit. Quand en 1985-1986 Prof Ménard a devenu patron du service, il a fait une restructuration, cloisonnant le couloir et les cantonnant dans un coin de l'étage, et que leurs conditions se sont améliorées très peu depuis. Le service est compris d'un bloc opératoire, une salle de réveil, un lieu de stockage et 5 chambres individuelles. Jeanne me raconte que la façon de faire était différente de celle de maintenant ainsi bien que les gens qu'y fréquentent les IVGs. Par cela, elle a l'impression que l'IVG s'est banalisé, et depuis quelque temps ce ne sont que les très jeunes qui viennent. Elle fait également mention aux femmes d'autrefois, des françaises qui avaient un statut, plutôt libérées, et que maintenant ce sont les toutes jeunes et les femmes africaines qui fréquentent. Elle réclame le manque de reconnaissance par les patientes aussi bien que dans son service.*

En retournant au bureau des infirmières en gynéco, la cadre rangeait des dossiers pendant qu'elle parlait à Berthe de l'allergie aux yeux, et à ce moment, Sarah se mêle de la discussion dans une surexcitation, discutant des cas d'allergie de son mari. Vanessa également se mêle

de la discussion et en haussant le ton de sa voix, pour s'inclure dans la discussion. Anne arrive à ce moment, avec Fatima et Nathalie (des internes) dans la salle et je me présente à elle en lui expliquant que je suis chercheuse et que j'aimerais parfois lui poser des questions. Je lui demande comment s'était terminée la situation de la patiente pour laquelle elle cherchait avec les épidémiologistes de nouveaux antibiotiques. Elle me dit qu'elle a pu gérer, mais que cela était difficile. Je la remercie et m'organise pour partir lorsque Gisèle me présente ses excuses pour n'avoir pas eu le temps de discuter. Je l'assure que je resterai longtemps, et qu'on aura d'autres opportunités pour se connaître.

Observation au CHU le 16 juillet 2007 : Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin – Vanessa (G1) et Elsa (G2) ; IDE journée : Caroline et Sandrine ; IDE soir : Berthe (G1) et Marie (G2). Au matin AS : Carla (G1) ; Gisèle (50%) (G2) Au soir : Odette et Anne ; Katia de journée aux IVG. Les ASH du matin : Madeleine l'après-midi : Marine (UGP) et Ophélia. Claire est de journée (IVG ?).

Au G1 il y avait 7 patientes et au G2 7 patientes, une sortie dans chaque secteur.
Il y a 3 étudiantes IDE : Claire, Olga et ?
La visite médicale a été faite par le Professeur Ménard, Mme Evêque et Nathalie.

J'arrive vers 10h20 au CHU. Elsa m'informe que mon collègue est déjà passé pour me parler. Je lui explique que pendant les vacances, le premier train que je peux prendre arrive à 9h55, donc j'arriverai plus tard. Elle riposte qu'elle ne veut pas que je me justifie, c'est juste pour me tenir au courant. Je la remercie. Quand je commence à mettre la blouse, je vois Mme Evêque, qui s'adresse au personnel en demandant qui je suis. Je me présente à elle et au Prof Ménard, et ils me demandent si je suis psychologue et à quel titre je suis là. J'explique que je fais partie de l'équipe de l'ANR, en ce qui concerne la suite de la présentation de l'étude PRESST NEXT dans l'équipe. Ils m'accueillent et Mme Evêque me fait part, tout de suite d'une grande discussion entre Mme Henri et les infirmières, qui a eu lieu le vendredi 13 juillet. Je demande où est-elle et je suis informée qu'elle est maintenant en vacances pour 3

semaines. Mme Evêque me dit qu'on aura l'occasion de se voir pendant ces 3 semaines parce qu'elle sera suppléante de Mme Henri.

Je m'intègre à l'équipe (Prof Ménard, Mme Evêque, Elsa, Nathalie, 3 externes), qui a déjà commencé la visite en G2, je demande à Elsa si je peux observer sa visite, et elle est d'accord. On est dans la deuxième chambre; la patiente a eu une hystérectomie, et elle informe le médecin de son allergie aux pansements adhésifs. Elle a les yeux gonflés, et donc, un changement est prévu pour qu'elle puisse revenir à normale tout en ayant son ventre bien serré par les pansements. L'équipe discute comment préparer le pansement sans l'adhésif. Le Prof Ménard fait un commentaire qui n'est pas apprécié ni par la cadre, ni par l'interne, qui s'entreregardent. Le médecin est préoccupé, à la sortie de la chambre de lui faire faire un « bord de lit », afin qu'elle commence à bouger pour éviter une phlébite.

La deuxième visite je ne la fais pas, mais en sortant, le Professeur Ménard m'informe que les femmes, quand elles sont trop âgées, ne se rendent plus compte de leurs âges. Il s'agit du problème le plus fréquent aujourd'hui à savoir que les patientes entre 40-50 ans, qui ont des fibromes à répétition, ne veulent pas qu'on enlève leur utérus. En effet, « c'est le meilleur traitement, puisqu'elles saignent beaucoup, ça cause de la douleur… ». Avec ce discours, il rentre à la chambre suivante et demande si la dame veut, elle aussi avoir des enfants. C'est une patiente de 40 ans qui vient d'avoir ces 2 trompes enlevées, puisque très bouchées, à cause d'une infection. Elsa rentre en le secondant et lui présentant le cas, les tensions, températures et derniers soucis à cause de la cigarette, qui a causé une difficulté respiratoire hier soir. L'infection de ses trompes est reprise et est assez discutée : Le Professeur Ménard lui demande si elle n'avait jamais suivi un traitement pour ses trompes, et si elle n'avait pas pu se rendre compte qu'elle ne tombait pas enceinte. Il a pu explorer qu'elle n'avait pas de méthode contraceptive, et il conclut qu'elle avait des rapports sans protection. A la fin le Professeur Ménard lui pose la question « Comment vous ferez maintenant pour avoir des enfants? » La patiente lui répond qu'elle a un chien, et qu'elle ne sait pas, mais qu'elle s'occupera du chien. En sortant de la chambre, le Professeur Ménard a dit que « c'était une réponse, à la fin nous sommes tous des bêtes ! » Le ton de dépréciation de sa réponse montre un jugement de valeur sur la simplicité de la réponse et de la personne.

Dans la troisième chambre, c'est une femme, 22 ans, qui a accouché par césarienne à l'hôpital intercommunal, et qui avait été transférée sous le (faux) prétexte de « rapprochement mère enfant ». En effet elle avait une péritonite et avait eu sa césarienne sous un état pré éclamptique. Le Professeur Ménard dit clairement que l'hôpital n'a pas été correcte avec le

CHU et qu'ils n'ont pas pu lui accorder de soins en avance puisqu'ils n'ont pas eu accès au vrai dossier. Après il reprend les examens transmis, comme quoi elle était prélevée et avait un « champignon » dans son vagin. Le bébé est en réanimation et a de la fièvre, il est sous antibiotiques. Il lui demande qu'elle est sont pays d'origine, elle est originaire du Mali.

J'ai une chute de tension, et je sors de la chambre. Je vais au bureau où Vanessa, affectée au G1, est en train de cadrer une étudiante IDE (Cécile). Elle lui demande ce que veut dire le 1 et le 4 – classification SIIPS. Elle ne lui répond pas, ni fait allusion à la classification ou à la charge de travail.

Je reste dans le couloir pendant que la dernière visite a lieu. Les externes, eux aussi restent dehors : ils discutent sur le relais de vacances de chacun. L'un des deux est insatisfait avec le dernier changement et ne veut pas modifier à nouveau son planning pour les vacances.

Tous vont au bureau : Nathalie révise les dossiers pendant qu'Elsa organise les résultats des examens de coagulation pour faire « monter » une patiente au bloc opératoire. Le comportement d'Elsa est calme et efficace, malgré la pression que le Professeur Ménard lui met, en remarquant qu'il n'attend qu'elle pour aller faire le changement de pansement à la patiente 2. Vanessa, par contre est beaucoup plus inquiète et se mêle des conversations entre Mme Evêque et Elsa, haussant la voix et coupant la parole aux autres. Mme Bonnefois vient dans le service à ce moment et je lui demande un entretien pour discuter de sa participation dans l'équipe de soins. Elle m'accorde tout de suite l'entretien pour lundi, 23 juillet à 14h. Je la remercie et je vois que cet échange ne plait pas à Mme Evêque, qui ne me fait aucune remarque.

Elsa retourne au bureau et m'informe qu'elle a du mal avec le pansement, qu'elle ne sait pas à quel point il faut qu'elle compresse l'abdomen de la patiente. Gisèle lui offre de l'aide, mais Elsa dit qu'il lui faut quelqu'un du corps médical – Nathalie ou le Professeur Ménard – puisqu'ils savent comment il faut le faire.

Nathalie revient d'une chambre en G1 avec une autre interne et elles actualisent les dossiers. Elle taquine Vanessa, qui autrefois était très dure et une relation assez intimidante pour Nathalie.

Plus tard, je m'aperçois que c'est Sandrine et Gisèle qui ont fait le pansement de la patiente 2, au lieu d'Elsa. Je pars manger avec les AS, sous invitation de Carla, qui le matin m'avait raconté que sa fille partait de chez elle pour suivre une formation. Carla, Gisèle et une étudiante infirmière, sommes parties manger ensemble. J'apprends que les AS continuent à tourner à trois et que Carla est fatiguée. Gisèle travaille à 50%, Patricia, Katia, Maude et

Ingrid à 80% et, selon Katia « il y a que 3 braves dans le service : Carla, elle-même et Odette ». Anne est plus vraiment utile, selon ses collègues, et le commentaire est d'autant plus vrai, car même les infirmières remarquent que Carla fait son travail et celui d'Anne quand elles travaillent dans le même quart. Je retourne au bureau et entends Vanessa raconter à Odette le conflit avec Mme Henri, disant qu'elle a dû passer au bureau du Professeur Ménard. Vanessa est en retard dans ses transmissions et elle n'est pas pressée, contrairement à Sandrine et Caroline. En rentrant dans le bureau, Elsa remercie Sandrine pour son aide avec le pansement. Quelques minutes plus tard, elle cadre la transmission réalisée dans le dossier par Sandrine, en lui disant qu'il fallait plus de détails. Sandrine répond qu' « Elsa devrait faire école de cadre », remarque qui fait rire tout le monde. Vanessa continue à se plaindre à Odette, et Elsa lui dit qu'elle a une psychologue à son écoute. Elle riposte que cela n'est pas son truc! Caroline essaye de préparer la réception d'une patiente qui doit venir dans l'après-midi et qui a besoin d'être alimentée par sonde.

Les transmissions ont été faites à 12h30 et Vanessa donne des informations incomplètes à Berthe qui pour révéler son mécontentement.

Mme Evêque interrompt, avec Caroline, les transmissions pour demander s'il y aura besoin d'une AS, ou ASH expérimentée, une fois qu'Anne n'est pas venue et qu'Odette se retrouve toute seule. Elle dit ne pas offrir quelqu'un de la salle de naissance, puisqu'elles sont toutes nouvelles et pas expérimentées… Elle se reproche d'avoir fait le commentaire devant moi, et continue en disant que l'équipe lui dira si elle en a besoin.

Caroline et Vanessa commencent à discuter à la fin du repas sur la dispute avec la cadre de proximité et Berthe regarde, sans rajouter, Sandrine se met en colère, en disant que Mme Henri devrait faire ses commentaires avec toute l'équipe et pas avec un groupe en particulier. Caroline raconte qu'elle était prise par surprise, qu'elle ne s'attendait pas cela, Marie dit qu'elle aussi et que « heureusement elles étaient assises dans le bureau ». D'emblée, le contexte du conflit se fait évident : 2 infirmières avaient dépassé dans leurs comportements les règles de bonne entente avec les patientes, selon Mme Henri. *Mais ce qui a choqué Caroline et Marie était la façon dont elle avait parlé aux personnes présentes : elle disait qu'elle était déçue par l'équipe. A ce moment, Marie m'inclut du regard et me raconte l'épisode, sans que personne ne comprenne sa déception*. Berthe dit qu'elle a défendu l'équipe dans d'autres circonstances et qu'Anaïs ne l'avait si mal reçue que ça. Là, je pose la question avec laquelle le souci avait été soulevé. Et Marie m'explique qu'Anaïs, l'avait crispée avec une patiente et avec Vanessa. Avec Anaïs, cela s'été bien passé, et Mme Henri,

selon Caroline l'avait même défendue, puisque la patiente n'était pas elle-même quelqu'un de raisonnable. Elsa part.
Pour Vanessa, cela s'était mal passé, et elle racontait qu'elle était restée sans réaction. Sandrine et Caroline s'interrogent sur son besoin de prouver quelque chose à l'équipe en se comportant comme ça. Par les commentaires, je comprends qu'il s'agit d'un reproche décalé dans le temps portant sur la façon dont Vanessa s'adresse à ses patientes – du racisme, des commentaires inappropriés. Vanessa ne savait pas au juste de quoi elle était accusée. Mme Evêque et le Professeur Ménard ont été inclus dans la discussion et personne n'a compris de quoi s'agissait-il. Berthe continue en silence et franchement elle lance des regards à Vanessa pour la rapprocher de sa perspective. Le comportement de Berthe atténue la colère et les commentaires des collègues.
J'accompagne Marie dans sa visite à 15h, et je vois comment elle s'approche physiquement et demande des choses aux patientes. Il n'y a pas trop d'échanges seulement par rapport aux soins mis en place dans l'après-midi. Elle me signale qu'il a une patiente qu'elle préférait que je vois plus tard. J'apprends que c'est la patiente avec qui Anaïs a eu un problème, la fille d'un professeur de radio du CHU, qui est au bloc opératoire en ce moment.
16h je remercie de la confiance qu'elles ont pu m'accorder et je pars.

Observation au CHU le 20 juillet 2007 : Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin – Marie (G1) et Berthe (G2) ; IDE journée : Danièle et Elsa; IDE soir : Caroline (G1) et Sandrine (G2). Au matin AS : Katia et Odette; Au soir : Carla et Anne. Les ASH du matin : Nathalie et Ophélia et de l'après-midi : Madeleine et Solange et IVG : Fanny et Claire ; Nuit : IDE –Marianne et AS – Emilie.

Il y a 3 étudiantes IDE : Alice, Camille et Emma; et une étudiante Sage-femme : Aurélie.
L'interne de visite était Nathalie le matin, Anne l'après-midi et Claire la nuit.
Au G1 il y avait 9 patientes avec 1 sortie et 2 entrées et 9 au G2 patientes. Fin de l'après-midi il y avait 10 patientes au G1 et 9 patientes G2 ; et 2 hystéroscopies faites.

J'arrive à 10h30 à l'unité de gynéco, je salue Elsa et l'informe que je ne pourrai pas l'accompagner aujourd'hui puisque j'ai deux rdv – un le matin et un autre l'après midi – mais

de toute façon je la remercie de son invitation à l'accompagner durant sa journée de travail. Elle ne s'inquiète pas et je pars à mon premier rdv avec la conseillère familiale, Mme Turgot En arrivant, elle est occupée je remonte saluer le restant de l'équipe en gynéco.

Je retrouve Nathalie (ASH) qui vient de se faire mal (ce mardi le 17) en tombant sur les pommes et en se coinçant le coccyx. Elle me dit que cela fait du mal quand elle est en train de balayer, ou même quand il faut ramasser des choses par terre. Je lui demande si elle n'a pas pu se faire arrêter. Elle me dit qu'elle a été examinée par un médecin, en faisant une démarche auprès des accidentés du travail mais qu'il ne l'a pas arrêtée. Je lui demande si c'est normal d'être traitée comme ça. Elle me répond qu'il ne lui a pas donné suite. Je la quitte, en lui souhaitant bon courage et je me promène dans le couloir de G1 et G2, où je salue Marie, Berthe ; Fanny et Katia qui sont dans une des chambres. En retournant vers le bureau, Elsa m'informe que la secrétaire du centre de planification vient de m'appeler pour que je passe l'entretien avec la conseillère familiale. En descendant, je retrouve Cécile, la secrétaire, qui m'amène au bureau de Mme Turgot. Elle m'installe face à elle dans son bureau et commence par me demander dans quel cadre je voulais cet entretien. Je lui explique le contexte de la recherche et lui explique que l'écart des IVG par rapport au reste du service avait attiré mon attention. Je lui demande si elle pourrait m'expliquer un peu en quoi consistait son travail et les liens avec les autres professionnels du centre ainsi que les autres unités dans le pavillon maternité (mère enfant). Elle commence à me dire que son travail est d'accueillir les femmes qui souhaitent faire une IVG, et que « c'est vraiment le parcours du combattant » et rajoute qu'elle doit vraiment être convaincue, puisqu'elle devra se battre jusqu'à ce qu'elle arrive là. Elle doit passer d'abord par un médecin en ville pour qu'il lui donne une lettre pour réaliser l'IVG, elle doit avoir déjà une confirmation de sa grossesse par un examen sanguin et être munie d'une échographie attestant que sa grossesse ne dépasse pas les 12 semaines et demie. Elle (conseillère familiale du centre de planification) m'explique que même la loi prévoyant des IVGs jusqu'aux 14 semaines, elles le pratiquent au CHU jusqu'aux 12 semaines et demie, sous discrétion du patron du service. Elle m'explique encore qu'un chef de clinique lui fera aussi régulariser par note officielle, puisque ceux qui ont fait la loi, n'ont pas pris en compte l'avis médical.

Elle me dit aussi que le passage par la conseillère familiale est important « afin de ne pas banaliser » les IVGs, pour entendre comment la femme est arrivée à cette situation et également dispenser des enseignements contraceptifs. Ainsi, me dit elle, leur propos c'est de discuter, si besoin, proposer un deuxième rendez-vous (parfois avec le couple) comme rite de

passage dans la vie de la femme qui le pratique. Pour les jeunes, elle insiste de faire part à un référant dans la famille. Dans le cas où elles dépassent les 14 semaines, elles passent le cas à l'assistante sociale, pour qu'elle puisse organiser des voyages ailleurs – Hollande ou Royaume Uni. Après sa consultation, elle essaye de proposer un délai d'une semaine si la femme est ambivalente sauf si c'est l'échéance pour réaliser la procédure. Elle m'informe que « la loi prévoit un période d'une semaine de réflexion après que la lettre du médecin soit donnée » avant qu'elle soit prise en charge par le service. D'abord le parcours consiste en une consultation avec elle, une avec la sage-femme et une avec le médecin. En lui demandant ce qui lui parait le plus difficile à gérer, elle me dit les mineurs, en particulier le besoin de se faire aimer, de trouver sa place par le biais d'un enfant, le couple qui ne l'assume pas, etc.

Je lui demande si elle repère, comme Jeanne une recrudescence de la clientèle qui fréquente le centre. Elle me répond que non, pas particulièrement et qu'en effet, il y a pas mal de cas de femmes qui tombent enceintes après un premier rapport. Elle me dit qui ce n'est vraiment pas généralisable, que Jeanne et elle ne partagent pas la même vision. Elle m'explique que la suite donnée à une IVG peut être différente et dépend du cas par cas. En évoquant la répétition des cas d'IVG par la même patiente, je lui demande si cela remettait en cause son travail ou celui de l'équipe. Elle me dit qu'au départ oui, qu'elle vivait très mal le fait que sa patiente n'ait pu être prise en charge correctement sur sa contraception, mais avec le temps elle avait appris que même dans les répétitions, il y avait une unicité de l'histoire. Elle pense également que le moment d'une IVG n'est pas le meilleur pour parler de la contraception, même s'il faut le faire. Elle me dit que le service est composé de médecins vacataires des autres services hospitaliers qui ont généralement vécu des situations personnelles autour d'une IVG.

Je la remercie et en sortant, la conseillère reste encore à discuter longtemps avec moi et la secrétaire dans le bureau des consultations. Une des médecins se joint à la conversation. La secrétaire me propose de revenir dans le service pour mieux connaître l'équipe. Elle me propose le mercredi et vendredi dans l'après-midi pour parler avec la sage-femme le 25 et avec le médecin le 27.

J'arrive au bureau à 12h30 et Elsa est sur l'ordinateur où elle passe la commande des médicaments. Elle reçoit un coup de fils concernant une patiente qui a eu sa césarienne à 9h ce matin - en état de pré éclampsie - et à qui le service de gynéco avait prêté un lit. *Cette patiente serait donc mise en gynécologie, car son fils (800g) serait retenu en réanimation, et donc, « il était hors de question de la mettre en obstétrique », selon la sage-femme de salle de naissance. Berthe se révolte et dit que le service de gynéco ne devrait pas accueillir ce genre*

de patiente et qu'on « se tape tout le travail lourd » et rajoute après, « toutes les choses qui ne vont pas bien sont pour nous ». Elsa rejoint Berthe dans la conception d'être vraiment un « service poubelle ».

Pendant le repas, la patiente arrive et est installée au G2 par Berthe. Arrivent également, envoyé des urgences par Nathalie, l'interne, une femme en 9e semaine de grossesse et qui souffre d'une céphalée brutale, avec des vomissements mais pas de la fièvre. L'équipe parle discrètement sur la possibilité d'une méningite (Carla et Madeleine de l'après-midi commentent en fumant et interpellent Caroline s'il va falloir des précautions pour entrer dans la chambre). Pendant les transmissions, Odette ne fait presqu'aucun commentaire et c'est Berthe qui présente le cas de façon condensée et Sandrine lui pose quelques questions. Solange fait référence à sa fatigue due à sa grossesse, mais participe bien aux questions, pendant qu'Anne trop fatiguée ne demande presque rien.

A la fin des transmissions, Danièle qui est de journée part aussitôt et récupère des heures supplémentaires. Les infirmières prennent du café, Berthe et Marie s'en vont, et Elsa et Caroline toute de suite se lèvent, puisque la charge de travail est trop lourde aujourd'hui. La patiente avec la suspicion de méningite doit passer un scanner. Ni Caroline ni Sandrine ne m'invitent à passer dans les chambres avec elles. Je reste donc dans le couloir à observer Caroline, et dès qu'elle entre dans la chambre, je passe observer Solange et Madeleine qui servent des goûters aux patientes. Solange va essayer de faire manger une patiente qui est en fin de vie avec un cancer de sein, et qui est connue de l'équipe. Elle m'informe qu'elle s'est beaucoup détériorée depuis son dernier séjour. Elle est considérée comme « très gentille » par les soignantes. Caroline finit sa visite de 15h00 pour passer voir ses patientes qui retournent du bloc opératoire. Vers 15h30 elles font une mise au point avec Anne et décident d'une révision de quelques ordonnances – prescriptions, mais cela n'est fait qu'avec l'avis des médecins d'épidémiologie, pour confirmer les changements, car le médecin responsable n'est plus là.

La patiente, descendue en début d'après-midi, est de retour et son scanner est normal. L'hypothèse est posée d'une hémorragie, et c'est Claire, l'interne qui restera de garde, qui fait appel à Nathalie pour envisager la possibilité de faire une ponction lombaire à la patiente avec l'interne de neurologie.

Caroline est débordée et me demande si cela ne me fait pas peur – en faisant référence à la quantité de travail et aux interruptions. Elle me demande si je n'ai pas peur de me faire hospitaliser en la voyant travailler. Je lui assure que non.

Sandrine, beaucoup moins encombrée, aide à Caroline en faisant des perfusions, s'occupant des médicaments et des prises de sang. J'apprends par Caroline que les AS savent enlever les perfusions et prélever les patientes, et qu'elle lui a pris pour qu'elles puissent s'en sortir ayant une charge si importante de travail et qu'au même temps cela leur fait plaisir. Elle veut discuter avec moi, mais elle se répète qu'il faut qu'elle reste très concentrée. Elle prépare le médicament avant d'entrer dans chaque chambre – à chaque instant, elle est interrompue par les AS, ou même par Sandrine qui se renseignent sur ses patientes. A un moment donné, Caroline n'arrive plus à faire la règle de trois, pour diluer la dose de médicament pour sa patiente ; elle s'occupe d'autre chose et puis recommence. Elle ne me dit rien, et moi je n'ose pas lui demander son souci pour le calcul.

A 19h30 on fait une pause pour manger. Sandrine et Caroline discutent ensemble de leurs vacances. Les transmissions sont faites après la dernière visite de 20h, et elles se font séparément : dans le bureau entre les IDE et à l'office entre les AS.

A 21h20 la première visite de la nuit commence par le G2. Marianne et Emilie travaillent en binôme. A chaque entrée dans la chambre, Marianne s'adresse à la patiente de façon s'informer des aspects plus techniques (douleur, fièvre, tension) et applique le médicament préparé dans le chariot pendant qu'Emilie essaye d'avoir la perspective du soin dans la dimension de son bien être (frotter, conforter, vérification des pansements, changer des pansements, toilette). La façon dont le soin d'une des patientes a été fait ne correspond pas à celle décrit pendant la transmission de 13h30. La patiente était sous la responsabilité d'Anne qui à ce moment est très fatiguée et qui a pu oublier de spécifier comment il fallait le faire. Tout de suite, Marianne est interrompue par l'interne de neurologie qui lui demande de l'accompagner pendant la ponction lombaire. Elle tarde et Emilie avance dans les chambres en prenant à chaque fois la tension et la température. *Emilie sort de la chambre d'une patiente et m'explique que dans les cas d'IMG, ou de mort fœtale, ou même des cas d'accouchements difficiles, quand le bébé reste en réanimation ou néonatale pédiatrique, les patientes ont « le droit » d'être accompagnées la nuit par leur mari, compagnon. En revanche, elle m'informe qu'elle n'est pas obligée de faire chauffer le repas de l'accompagnant, en l'occurrence sa sœur.*

Marianne est prise pendant un bon moment avec l'affaire de la ponction. Elle sort de la chambre en G1 en disant que de toute façon, l'interne avait raté la ponction, qu'elle ne savait pas la faire, l'AS est convoquée pour l'aider. Pendant ce temps, la sonnette de la chambre où l'AS vient de faire le soin retentit : la patiente est préoccupée avec la perfusion qui est vide.

L'infirmière dit à l'AS de la faire patienter, qu'il y a une pompe et que ce n'est pas urgent. En sortant avec 5 exemplaires de la ponction, elle contacte le laboratoire pour qu'ils puissent récupérer les exemplaires et l'interne décide la transférer aux urgences neurologiques pour l'avoir plus près au cas où elle aurait besoin d'une intervention. La documentation du dossier est photocopiée et en attendant que la patiente soit amenée dans l'autre service, Marianne reprend sa visite médicale.

La sonnette de la chambre continue et Marianne n'est pas pressée pour répondre. Emilie court voir. La visite continue et elle me dit qu'elle a l'impression que cela se passe très lentement. En effet, elle m'explique qu'il y aura une autre visite à 04h00 du matin, mais qu'entre deux, vers 02h, selon la patiente, elle devrait repasser pour mettre en place des médicaments.

Marianne ne s'oppose pas à que je l'observe, sauf quand elle pique la patiente. Elle s'exprime plutôt dans le sens de me faire comprendre que cela ne gêne pas la patiente, une fois que je porte la blouse.

La visite est à nouveau interrompue par un coup de fil : il fallait autoriser la transmission entre service des données sur la patiente afin de pouvoir envoyer des brancardiers venir la chercher.

Emilie me raconte le rythme de son travail étant maintenant 3 X 2, où avant il était 4 X 4. Cette logique, dit-elle « le corps ne tient pas », où avant « on avait une période d'adaptation ». Le 3 X 2 c'est un cycle de travail de nuit qui se base en 2 nuits et 2 repos, 3 nuits et 2 repos et 3 nuits, 3 repos. *Elle me raconte son expérience professionnelle, son souhait de changer de la gastro et de la pneumo pour un service moins lourd, avec une quantité moins importante de décès. Ce changement est lié, dit-elle à la mort de sa sœur, qui s'est suicidée, à la mort de son frère un an auparavant, dans un accident où il a été gardé dans un très mauvaise état. Deux ans après la mort de sa sœur, celle de sa mère. Elle me raconte que sa mère a eu une vie très difficile, qu'elle était très sévère avec ses enfants, mais qu'elle avait été abandonnée par ses parents. Elle, a voulu se dédier à sa mère en fin de vie, pour lui rendre un peu de cette douceur. Elle s'est aperçue avec la mort de son frère de l'importance de tenir bien propre la personne qui est soignée. Elle se sentait fatiguée à la fin de sa période en gastro et contente de pouvoir faire bien son boulot.*

On mange ensemble, Marianne repasse voir quelques patientes et elles font leurs transmissions sur les dossiers.

A 05h00 je dors un peu et me réveille avec l'arrivée de Vanessa à 06h00. Les transmissions sont faites à 06h30, les IDE dans le bureau et l'AS à l'office. Je pars.

Observation au CHU le 23 juillet 2007: Unité de Gynécologie/ IVG

Participantes : IDE matin – Vanessa (G1) et Marie (G2) ; IDE journée : Elsa et Berthe; IDE soir : Danièle (G1) et Ingrid (G2). Au matin AS : Katia et Odette; Au soir : Maude (80%) et Gisèle (50%). Les ASH du matin : Mathilde et ? et de l'après-midi : Marie et Sandrine et IVG : Fanny et ?

L'interne de visite était Nathalie.

Au G1 il y avait 16 patientes et 9 au G2 patientes, dont 2 sorties au G1 et 5 sorties au G2 ; et 2 hystéroscopies faites.

J'arrive et salue Marie et Berthe, qui ne me répondent pas, ainsi bien que Vanessa. Tout de suite, Mme Evêque et le médecin responsable Dr Albert (Prof Ménard est en vacances) s'en vont, la visite médicale est terminée. Je retrouve Claire (interne) et je lui demande à propos de la patiente transférée la nuit de sa garde en neurologie. Elle me répond qu'elle n'a plus eu de nouvelles. Elsa rentre avec le masque du bloc et j'apprends qu'il y a eu à peine deux hystéroscopies aujourd'hui. Elle prend des papiers et repart. Nathalie (interne) présente avec deux externes dans le bureau discute des cas en ma présence et je lui pose quelques questions. Marie est en train de faire des transmissions dans les dossiers de son secteur et je me suis assise à coté de Vanessa, qui est la cible de différentes taquineries par Berthe et Marie. Elle est fatiguée, elle est là depuis le week-end qui à été particulièrement chargé : beaucoup d'entrées dues au manque de lits dans la maternité et l'obstétrique. En effet, à ce propos, *Odette me fait savoir que c'est « d'autant plus fatiguant lorsqu'elles ne vont pas rester là ». Cela représente une surcharge de travail pour l'équipe, en particulier les ASH et les AS pour refaire les chambres*. L'ambiance est assez détendue et j'apprends avec Marie que les infirmières ont toujours un repos sur deux les week-ends, donc, ce week-end elle n'a pas travaillé, et que c'était Berthe et Vanessa qui étaient là.
Elsa revient du bloc, et depuis peu de temps, une patiente se présente au bureau des infirmières, pour se renseigner sur son hystéroscopie. Elsa avait oublié cette patiente, et elle a du être reconduite à un autre jour - le 30 août.
Vanessa continue de se faire taquiner par les collègues, mais elle ne laisse pas de place pour se « faire avoir » par les externes, qu'elle fait sortir de sa place, sa chaise, de façon directe.

Les infirmières dans le bureau ont le temps de formaliser les procédures (faire appel à la psychologue pour deux cas difficiles, l'assistante sociale) mais laissent à l'interne la responsabilité de faire le lien avec le corps médical, pour tout qui concerne des consultations. Les examens, analyses et radiographies peuvent être partagés entre infirmières et internes. Vanessa fait appel à Mme Bonnefois. L'appel à Mme Bonnefois était adressé à Mme Jacquet, qui venait de rentrer de vacances. Mme Jacquet vient dès que possible pour voir la patiente de Vanessa, Mme X qui est en fort stress dû à un cas de santé qui n'est pas clair – c'est la troisième fois qu'elle sera opérée. La psychologue reviendra à partir de 16h pour voir une autre patiente, celle de Marie. Denise, l'anesthésiste accompagne la médication à suivre avec chaque patiente qui sera montée au bloc opératoire dans l'après midi. Il réajuste aussi les dosages des médications (calmants, etc.) pour les patientes qui sont douloureuses.

A 13h, pendant le déjeuner, je pose la question de combien d'infirmières sont à mi-temps : 5. *Berthe dit que c'est un choix de travailler à 80% pour avoir du temps pour élever ses enfants. Katia commente que cela n'est pas toujours possible, mais Berthe insiste que pour elle cela a été un choix.* Ingrid revient de vacances. Marie et Berthe la mettent au courant sur l'épisode de stress vécu avec la cadre de soins. *D'autres commentaires sur la pose d'un arrêt maladie par Nathalie (ASH) dû à son coccyx qui est mal vu par l'équipe, en particulière par Berthe, qui compare la situation de son coccyx avec la grossesse et la difficulté de travailler de Solange, mais qui est toujours là, même quand elle reste toute seule en fin de l'après-midi.*

Pendant les transmissions, Marie et Berthe racontent de façon humoristique à Ingrid le choc d'entendre que l'équipe avait tenu des propos racistes et elles passent toute la transmission à « s'auto corriger » pour éviter tout type de discrimination ou des phrases qui peuvent suggérer une discrimination quelconque. Ingrid mentionne un épisode avec une jeune étudiante infirmière d'origine marocaine, qui avait interpellé la cadre dans son ancien boulot pour utiliser l'expression « syndrome méditerranéen » en faisant allusion aux gens qui crachaient. Gisèle dit que les gens maghrébins sont comme ça. Ingrid dit qu'elle n'a jamais depuis osé utiliser cette expression pour faire allusion aux gens qui crachent. Marie fait toutes les transmissions dans cet esprit, en changeant les « automatismes linguistiques » par des expressions plus correctes politiquement : obèses, retardés, et des gens d'origine africaine.

Berthe raconte sa dispute avec le Professeur Ménard où elle l'a confronté sur sa mise en place de la médication d'une patiente au dernier moment (20H du soir). Elle lui aurait fait la remarque que « le staff est fait pour cela ». Cette prescription impliquait que Berthe arrête ses activités auprès des patientes, avant de passer la relève de la nuit pour s'en occuper. En

essayant de mettre en place sa prescription, Berthe se rend compte qu'elle avait déjà marqué sur le dossier son allergie à ce produit. Elle lui retéléphone pour l'informer de l'impossibilité de mettre en place la prescription, mais elle tombe sur son répondeur automatique. Elle lui laisse un message et le lendemain elle s'excuse auprès de lui, quand il l'appelle pour qu'ils puissent en parler. Il avait aussi pu se justifier par rapport à la prescription au dernier moment. Marie me dit que s'il n'assurait pas le soutien des collègues, cela serait difficile de tenir au boulot.

Je descends voir Mme Bonnefois pour l'entretien avant qu'elle ne part pas en congés, mais elle n'était pas encore disponible. Berthe et Marie prennent du café, pendant que Vanessa et Danièle vont fumer.

En arrivant au bureau de Mme Bonnefois, je lui explique un peu ma condition de recherche en gynéco et mon envie de connaître sa participation auprès du service de gynéco, ainsi que dans l'ensemble du service, et son intervention auprès de l'équipe en février 2007. Elle m'explique qu'elle n'est pas chargée de la gynéco, mais qu'elle est responsable de faire le lien entre les 4 étages, un nouveau poste créé depuis un an et demi. En effet son boulot consiste à accompagner les femmes avec des grossesses difficiles (obstétrique et UGP) suite à l'accouchement et relier la mère en UGP/ obstétrique et le bébé en réanimation ou néonatologie. Elle me dit que Mme Jacquet avait choisi ce qui lui plaît le plus : mort fœtal et les IMG, et donc c'est elle qui suit l'unité gynéco. Mme Bonnefois m'informe aussi du remplacement mis en place lorsque Mme Jacquet est en congés; comment elle récupère ses activités, car sinon elles devraient être 3 psychologues. J'apprends qu'il y a une troisième psy qui serait chargée de la néonatalité et de la suite de couches, mais qui est en arrêt maladie. *Elle m'explique également qu'il y a une difficulté de communication entre les étages, en particulier les 2 premiers (consultation/ centre de planification ; gynécologie, obstétrique et UGP) et les deux derniers étages (salle de naissance, maternité et néonatologie et pédiatrie).* Je lui demande comment se passe son rôle au centre de planification. Elle me répond qu'il y a à peine de contact avec l'autre conseillère familiale (Ingrid), mais qu'il n'y a pas un circuit fermé avec les psychologues. Je la remercie de son accueil et je lui souhaite de bonnes vacances.

Je remonte et je retrouve Marie, Berthe et Vanessa avec Ingrid en train de lui raconter tous les détails de la discussion avec la cadre; Danièle, assise sur le bureau, rajoute à haute voix que quelqu'un l'avait rencontrée en ville accompagnée de son mari qui l'a saluée. Elle a mal pris cela et a dû demander des explications formelles sur le genre de comportement de la

personne. Maude (AS) mariée avec un homme du la Réunion rajoute elle aussi les commentaires sur leur façon d'être.
Dans la salle de détente, je retrouve Fanny (AS) qui est normalement aux IVGs et qui m'explique que le bloc ne sert pas seulement aux IVGs, mais également aux hystéroscopies (lundi et vendredi matin, d'où les IVGs commencent qu'à 12h30) ; et à l'amniocentèse dans la salle de réveil les mardis et jeudis matins, d'où les IVG commencent à 13h. Les mercredis, qui sont les jours les plus souples en activité, les IVGs commencent à 12h15. *Les IVGs sont pratiquées par 2 médecins de ville : un le lundi (Dr Simmonet) et le Dr Rambault tous les autres jours.* Je passe voir Jeanne vers 16h. Elle m'accueille dans son bureau (aux UGP) et me parle des cas difficiles aux IVGs, de mon contact avec Mme Turgot (la conseillère familiale) et je lui demande comment cela se passe entre le centre de planification et le bloc opératoire. Elle me répond qu'il n'y a pas de communication et que la seule chose qui est marquée sur les dossiers est l'ambiguïté des patientes. *Dans ce cas là, elle essaye de donner le plus grand nombre d'opportunités dans la période légale aux patientes, quand elle voit que la patiente est angoissée avec sa décision*. Je l'interroge sur l'interaction avec les psychologues du service, mais elle m'indique qu'il est fait seulement appel quand la patiente va vraiment très mal.

Observation au CHU Maternité le 25 juillet 2007 : Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin – Sandrine (G1) et Elsa (G2) ; IDE journée : Ingrid; IDE soir : Caroline (G1) et Marie (G2). Au matin AS : Carla et Anne. Au soir : Maude (80%) et Katia Les ASH du matin : Ophélia et Solange et de l'après-midi : Caroline et Mathilde et IVG : Fanny et Claire

J'arrive à 12h30 en gynéco et j'informe que j'irai aux IVGs. En arrivant, la porte du bloc est fermée. Je repars au bloc et frappe à la porte : je n'entends rien. Je vais à la cuisine et j'appelle Mathilde pour m'aider. Elle me montre la pédale qui ouvre les portes des blocs opératoires. On y entre et on appelle à Jeanne. Je retrouve Fanny et Claire.
Je me présente et Jeanne me présente au médecin (Dr Rambault) qui préfère ne pas me voir tout de suite. On décide de faire l'entretien avec le médecin au retour des vacances, fin août, dans un café. Je décide de voir Jeanne plus tard.

A la cuisine, je retrouve les ASH Mathilde, Ophélia, Caroline et Carla. Elles se taquinent et me racontent comment autrefois les AS étaient plus nombreuses et donc, l'équipe était plus vivante. Ophélia dit qu'il faut rigoler, sinon c'est trop « malheureux » ce genre de travail. Elles me parlent d'une collègue d'autrefois, Madeleine, une portugaise.

On part à l'office des infirmières avec les AS et ASH pour les transmissions et le café. Dans l'office je retrouve Sandrine, Marie, Elsa qui mangent et Caroline qui arrive, s'installe et m'interroge sur la nuit passée dans le service, vendredi dernier. Je lui demande comment c'était passé son week-end. Elle me raconte qu'elles ont bossé énormément, puisque Marianne avait fait 5 entrées d'urgences, du samedi au dimanche, qui n'étaient pas particulièrement lourdes dans leur prise en charge (des accouchements), mais qu'il y avait donc énormément de paperasse (administrative) à faire en raison de la naissance des bébés.

Elle ajoute que ce n'est pas facile de ne pas commettre des erreurs, et que par ailleurs, elles en ont commis quelques unes. Je lui dis que, vue la charge de travail et les nombreuses interruptions pendant le quart de travail, c'était positif le fait que les erreurs commises ne soient pas graves. Elle me répond que les médecins chefs devraient faire ce que j'étais en train de faire – observer, pour se rendre compte. Je lui demande pourquoi cela ne pouvait pas être dit, et elle répond que cela ne passait pas. Je lui riposte que j'avais trouvé que les médecins n'étaient pas à l'écoute des infirmières, et qu'en effet c'était un « show » du médecin en visite, faisant allusion à la visite du Professeur Ménard. Sandrine nous lance des regards et on coupe la conversation.

Plus tard, les transmissions du G1 sont partagées entre Lucille (étudiante de 3ème année) et Sandrine qui encore l'encadre et lui dit qu'elle doit améliorer ses transmissions. Parmi les cas discutés, il y a pas mal de prise en charge par d'autres unités de l'hôpital (l'UMAS – Unité mobile d'assistance Sociale) pour des cas de femmes battues, qui doivent déposer plaintes contre leurs maris ; des cas de fin de vie, et le cas d'une patiente qui s'était fait opérer deux fois de suite sans en avoir besoin. Il y a eu beaucoup de blagues autour du racisme, en particulier, entre Sandrine et Maude. Deux internes – Claire et Valeska – viennent prendre leur café à l'office parmi les soignantes, mais elles discutent entre elles pendant le déroulement des transmissions en prenant leur café. Les soignantes lancent de temps en temps un regard, déçues peut-être de la fausse excuse pour rester à l'office (ne partagent pas vraiment du temps commun).

A 14h30, je descends au centre de planification familiale, où je retrouve d'abord Caroline, la secrétaire, à qui je demande une prise de rdv avec la SF Flora, la plus ancienne dans le

service. Je retrouve Marie (SF), pour passer l'entretien qui dura 1h30. Elle commence par me raconter sa décision, après 28 ans de travail de quitter la salle de naissance, les accouchements, puisqu'elle avait « l'impression d'avoir fait le tour » et elle avait « envie d'autre chose ». Elle me raconte qu'elle avait donc commencé à chercher ailleurs. Formée par Mme Evêque, en venant discuter avec elle pour le poste à la planif, Mme Evêque le lui avait refusé car elle envisageait que les SFs du service le prendraient. En janvier donc, elle recontacte Marie, puisque personne ne voulait de ce poste là. Elle débute donc en février, mais comme elle n'avait pas le DU en échographie, il a fallu qu'elle se remette aux études. L'accueil était fabuleux et elle s'est retrouvée dans une toute petite équipe, de taille humaine. Elle était également contente et assez impressionnée par le niveau d'accueil des femmes. Tout de suite, elle avait appris à identifier la taille des embryons, correspondant à chaque semaine.

Je lui pose la question de comment les patientes arrivent dans son bureau. Là, elle m'explique qu'il n'y a pas que les IVGs, et qu'elles peuvent venir pour une consultation gynécologique quelconque (pas pathologique ni complexe, sinon il faut prendre rdv en face, en consultation externe). Elle m'apprend aussi que les consultations gynécologues proposées par la planification peuvent être prises en raison d'une plus forte disponibilité (délai plus court d'attente) qu'en ville.

Je l'interroge sur le parcours de ses patientes, et elle me répond qu'elles viennent la voir seulement s'il y a un problème au niveau des échographies. Sinon, c'est une consultation pour en parler, pour discuter comment « cette situation » (grossesse en train de se faire interrompre) est survenue pour la patiente. *Je lui pose la question de quel est l'aspect le plus difficile à faire face dans sa fonction. Elle me dit que c'est l'ambiguïté de la femme ainsi que l'ambiguïté du couple. Elle me raconte que pendant la consultation elle essaye d'apaiser la femme : « je ne suis pas là pour la juger ». Elle me parle également des mineurs, situation difficile, et qu'elle-même peut être concernée, car elle a une fille de 18 ans.*

Elle me dit qu'elle se comporte différemment, quand même, avec des femmes qui viennent faire pour la cinquième fois une IVG et rajoute « c'est un manque de sérieux par rapport à la contraception ». Je lui demande ce qu'elle trouve le plus difficile à gérer et elle me dit, en faisant référence aux situations considérées comme dures pour ses patientes : le désir d'enfant du couple et dès qu'elle tombe enceinte, elle est abandonnée, son retour dès qu'elle a pratiqué l'IVG, ne pas avoir les moyens pour élever ses enfants, et celles pour lesquelles on ne peut rien faire.

Elle me dit aussi qu'elle essaye de travailler avec la possibilité du dernier délai, dans les cas où les femmes sont dans l'ambiguïté, en souffrance. En effet, elles prennent des comprimés 48h avant l'intervention, ce qui fait arrêter le développement de l'embryon. Ainsi, on discute de la procédure de l'IVG en ce qui concerne la planification. Elle me dit qu'elles donnent de la « mifegyne » pour arrêter le développement du fœtus, et lors de l'intervention en Gynéco, le « cytotec » pour dilater le col d'utérus, qui aide l'expulsion. Pour les patientes jusqu'à la 7ème semaine de grossesse, l'IVG est à peine médicamenteuse, tandis que jusqu'à la 12ème semaine, l'aspiration (curetage) est faite en plus du « cytotec ».

Je lui pose la question sur le staff dans l'équipe, et elle me dit qu'il n'y en a pas, que c'est vraiment le cas par cas, et quand l'un des professionnels a besoin, l'équipe est assez accessible et donc, c'est facile de retrouver des moments pour discuter des cas. Elle me signale aussi que le pilier du service c'est Caroline, la secrétaire qui est là depuis 30 ans, et qui par le discours des patientes reconnait tout à fait le genre de situation, et le cas auquel l'équipe aura à faire. Caroline donne également des pistes et me dit qu'elle a apporté énormément à son apprentissage.

En ce qui concerne l'organisation du travail en planification, elle m'explique qu'elles tournent à trois, avec 2 autres sages-femmes, car Mme Evêque n'a pas voulu qu'il y ait plus que 3 SFs en planification. Donc, elles restent, chacune pendant 4 mois. Elle est à 50% du temps, donc elle tourne dans des petites (mercredi) et grandes semaines (lundi, mardi, jeudi et vendredi). Elle m'explique qu'il n'y a pas de consultations les lundi matin ni les mercredi matin. Le mercredi dans l'après midi c'est que pour les consultations d'adolescentes ; les journées du mardi, jeudi et vendredi (mis à part le 1er vendredi du mois) ce ne sont que des consultations. Ces journées sont caractérisées par cinq rendez-vous matin et après-midi + 1 au cas d'urgence. Le service compte avec 6 médecins, donc, 2 qui viennent de finaliser leur DU en gynécologie, et qui auront leur résultat à la fin du mois, 3 généralistes, donc 1 acupunctrice et 1 gynécologue, donc, 5 femmes et 1 homme. Leurs horaires sont de 8h30 à 16h30 avec une pause déjeuner.

Elle s'est aperçue aussi, en tournant en obstétriques et suites de couches, aussi bien qu'en salle de naissance, que les collègues avaient un regard dévalorisant vis-à-vis de son travail en planification « c'est comme si elles se demandaient si la planification serait la place d'une SF ». Elle me dit qu'il lui a fallu du temps pour se rendre compte de son chemin, et qu'elle se trouve plus contente maintenant qu'en salle de naissance : « travailler 12h d'affilée avec des SFs qui viennent d'être diplômées ; ce n'est pas le même esprit ». Elle m'explique le décalage

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

ressenti entre les SFs qui viennent d'obtenir leur diplôme et qui s'intéressent plus à l'ordinateur et à la technique qu'à la patiente. Le contact n'est pas du tout évident, ni avec elle, ni avec les patientes, d'ailleurs. Selon Marie, « elles s'en vont à la fin de leur quart et ne se préoccupent pas de savoir si la patiente est en train d'accoucher ! »
Maintenant au centre de planification, elle a l'impression d'être plus utile aux femmes et de pouvoir faire ce qu'elle aime le plus : avoir du contact, participer à un moment spécial dans leurs vies. Je la remercie, et en partant, je vois Caroline, la secrétaire qui se met à disposition pour que je connaisse les médecins du service, ainsi que le restant du personnel. Je note les dates des rdv et en retrouvant Mme Jacquet, je lui demande également un rdv. Elle me fixe 11h ce vendredi.

Observation au CHU Maternité le 27 juillet 2007 : Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin – Vanessa (G1) et Elsa (G2) ; IDE journée : Danièle et Caroline; IDE soir : Sandrine (G1) et Berthe (G2). Au matin AS : Katia et Odette; Au soir : Carla et Anne. Les ASH du matin ? et de l'après-midi : Ophélia et Caroline. IVG : Jeanne ; Fanny et Nathalie.

Il y a 3 étudiantes IDE : Lucille, Elisabeth et ?; et un étudiant Sage-femme : Annelise.
L'interne de visite était Anne le matin.
Au G1 il y avait 9 patientes et 8 au G2 patientes, dont 2 entrées au G1 et 1 sortie et 1 entrée au G2.

J'arrive à 10h20 à l'unité de gynéco et je salue les ides, je pars en planification pour l'entretien avec le Dr Nasser. Comme tous les autres médecins, elle est vacataire un jour par semaine en planification. Elle me dit qu'elle a fait la demande pour ce poste ainsi que d'autres, en tant que gynécologue, au PME depuis 10 ans, mais qu'il y a eu des barrages de la part de Mme Evêque aussi bien que du Professeur Ménard, puisque son diplôme est italien ; il y a à peine 2 ans qu'elle est vacataire dans le service. Elle se présente comme gynécologue, et dit être la seule dans l'équipe. Elle me dit que pendant longtemps elle s'est sentie isolée, mais que là elle est contente d'être au CHU, puisqu'il y a pas mal d'informations qui circulent. *Elle a un collègue plus proche en consultation, et elle aimerait bien aller en consultation externe, car elle a l'impression que dans le service de consultation, le « tempo du médecin » est plus*

pris en compte que dans le centre de planification, où le « tempo des sages-femmes » est prioritaire dans l'orchestration du service. En revenant sur son diplôme, je lui demande comment elle se sent de ne pas faire valoir son diplôme de gynécologue, car elle m'avait expliqué que personne d'autre dans l'équipe ne l'avait. Elle me répond qu'au fur et à mesure, elle s'était aperçue qu'un généraliste suffisait pour le rôle qu'elle développait dans le service. Elle me parle d'un autre médecin, généraliste et très « zen » modèle apprécié qui, grâce à sa personnalité avait pu maintenir le service ouvert. Je lui pose la question donc sur le staff, et elle me renseigne qu'il n'y a pas de staff, et que de toutes façons, il n'apporterait pas beaucoup car les formations sont complètement différentes entre les médecins, et qu'en plus, leurs horaires ne coïncident pas, chacun venant un jour, ou une demi-journée dans le service. De temps en temps il y a des convocations de l'équipe par le Professeur Ménard, mais cela est loin d'être une réunion d'équipe. On est interrompu par Flora, la SF qui annonce une patiente.

Je la remercie et repars, voir Mme Jacquet. Je lui parle de la recherche et de mon intérêt sur ses activités en ce qui concerne les situations de travail en gynécologie. Elle dit qu'elle travaille depuis de + de 20 ans au PME, et qu'elle a gardé ce que lui plaisait le plus en terme de travail : mort fœtale, IMG.

Elle s'occupe aussi de la formation du corps médical – médecins et SFs, en particulier pour tout ce qui touche à la mort. En revanche, elle n'a pas de rapport avec les IVGs.

Elle m'explique qu'elles sont 3 dans le pavillon, Sonia, qui est isolée en suites de couches, et qui est en arrêt maladie prolongée ; très différente de Mme Bonnefois, très accueillante et intégrée de suite dans les équipes. Elle me dit qu'aujourd'hui les grands challenges du PME sont autour des médecins, eux-mêmes, et concernent en particulier leurs différentes visions, présentes dans les discussions du staff ante natal. Elle pense aussi que les soucis sont nombreux parmi les internes, (car ils bougent chaque 6 mois) et qui disent des choses assez « crues » aux patientes. Les SF aussi, qui sont dans leur toute puissance, et elle me raconte un épisode où les SFs avaient « foutu une photo du bébé décédé dans le plateau » pour montrer aux parents. Elle me raconte la colère que cet épisode a suscitée en elle et qu'elle a du recadrer les SF. Elle m'explique surtout l'importance de « prendre sa place auprès des médecins » pour se faire respecter. Finalement, elle me dit qu'en PMA il y a eu « pas mal de dérapage » dernièrement. Elle est pressée de partir déjeuner. Je la remercie. Je monte en gynécologie.

Je retrouve Danièle et Vanessa de très bonne humeur aujourd'hui, elles partiront ce soir en vacances. A 13h30, Anne appelle le service pour prévenir qu'elle arrive en retard, elle vient

de se réveiller. Danièle prend donc la place d'Anne pendant les transmissions. Je comprends pendant les transmissions qu'il y a pas mal des mamies et papis déposés à l'hôpital pendant l'été, leurs familles ne veulent pas d'eux !

Pendant les transmissions, Elsa demande à Berthe, dont elle faisait la relève, le détail des dosages de potassium et sur une des mèches. Berthe l'explique deux fois. A la fin de la relève, Sandrine et Caroline se mettent à blaguer sur la discrimination dans le service.

Pendant le goûter, avec Carla, Ophélia, (qui partent aujourd'hui également en vacances chacune de trois et deux semaines respectivement) Anne et Lucille, on discute de l'arrêt de Vanessa. Carla ne croit pas qu'elle reviendra à la rentrée.

Plus tard, c'est Berthe qui s'installe à l'office et qui veut me connaître un peu plus. Elle me raconte avoir 12 ans dans le service, et avoir travaillé un an en rhumatologie avant d'y être. Elle me dit vouloir partir en libéral, quitter le CHU. Elle me dit également n'avoir pas apprécié au début les pathologies en gynéco, que les ides qui viennent bosser à ce moment dans le service ne sont pas prêtes pour exercer leur fonction, et qu'elles ont besoin de beaucoup d'encadrement, tandis qu'à son époque, cela n'existait pas : elle était devenue tout de suite autonome, ses repères étaient Sarah et Marianne qui l' ont mise dans le bain tout de suite.

Sandrine prend la parole à ce moment et me dit qu'elle s'enfoncée tout en voulant assurer ses activités. Elle résume qu'elle ne s'en sortait pas. Elle a du s'apercevoir qu'il fallait qu'elle travaille en équipe pour s'en sortir, et de cela, elle rend hommage à Berthe de l'avoir cadrée.

Berthe m'explique aussi qu'il y a deux formations à Rouen pour les ides : celle de la Croix-Rouge et celle du CHU, mais qu'elles préparent à deux filières différentes : la chirurgie (plus technique) assurée par le CHU et la médecine et la psychiatrie (assurées par la croix rouge).

Caroline est dans le service depuis 9 ans, mais elle est diplômée depuis 1993, elle avait bien bougé, en changeant de service tous les 3 ans (oncologie, réanimation, chirurgie, etc.) mais elle a eu le privilège d'arrêter son boulot quand ses deuxième et troisième enfants sont nés.

Observation au CHU Maternité le 30 juillet 2007 : Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin – Berthe (G1) et Marie (G2) ; IDE journée : Sarah ; IDE soir : Sandrine (G1) et Ingrid (G2). Au matin AS : Gisèle et Brigitte (pull hospitalier); Au soir :

Patricia et Maude. Les ASH du matin : Vanessa et Mathilde et de l'après-midi : Claire. IVG : Jeanne ; Katia et Nathalie.

Il y a 3 étudiantes IDE : Lucille, Emma et ?; et un étudiant Sage-femme : Annelise.
L'interne de visite était Anne le matin.
Au G1 il y avait 9 patientes et 8 au G2 patientes, dont 2 entrées au G1 et 1 sortie et 1 entrée au G2 ; et 2 hystéroscopies prévues, aucune faite.

J'arrive à 9h20 à l'unité de gynéco, je salue Berthe et Sarah, Marie et les AS. Je fais la connaissance de Berthe, qui n'a jamais travaillé en gynéco et qui est accompagnée par Vanessa (ASH). J'apprends par Nathalie, de retour de son arrêt de quelques jours pour son coccyx et Mathilde qu'aujourd'hui, les ASH sont moins nombreuses, que Claire sera toute seule l'après-midi. Nathalie et Mathilde vont parler à Mme Evêque du manque de personnels et Nathalie dit, en revenant de son arrêt, qu'elle a dû travailler le samedi soir toute seule. Solange est arrêtée, car elle est fatiguée avec sa grossesse.
Sarah passe et je lui demande s'il y a beaucoup d'hystéroscopies aujourd'hui. Seulement 2 étaient prévues, mais la première n'était pas en condition de la supporter et la deuxième n'est toujours pas arrivée.
Je rentre dans le bureau où Berthe et Marie font chacune leurs transmissions dans les dossiers des patientes. Sarah arrive et demande s'il y aurait des pansements à faire pour qu'elle puisse avancer le travail des collègues allouées aux postes, puisqu'elle n'a rien à faire. Berthe lui demande de refaire le pansement d'une patiente qui est depuis 2 mois en gynécologie, avec un cancer au sein droit en phase terminale et que personne, médecin chirurgien n'a pensé envoyer en maison de convalescence. Le fils de la patiente vient la voir régulièrement et a été mis au courant de son état terminal seulement ces derniers dix jours. L'équipe, pour sa part connaît cette patiente, depuis longtemps. En revanche elle est perçue comme quelqu'un qui s'est détériorée assez rapidement depuis son dernier séjour à l'hôpital et qui s'enfonce depuis. Elle reste en grande partie de son temps endormie, évitant tout contact et dernièrement elle a demandé à ne plus prendre du Skenon, médicament pour la douleur, en fin de vie. C'est une patiente aimée par l'équipe et les AS aussi bien que les ASH font de leur possible pour bien l'alimenter et conforter sa fin de vie.
Sarah demande tout de suite l'aide de Gisèle pour l'accompagner faire le pansement de la patiente. Gisèle, faisant ses activités de routine : donner la douche, récolter des urines, etc. lui

dit : dans un moment. Sarah répond qu'elle le fera seule, mais Gisèle riposte qu'elle ne pourra pas toute seule, que « la mamie est lourde ». Les deux se mettent à faire le pansement.

Un interne Alexandre arrive au bureau et informe que c'est lui qui fera la CV (contre-visite médicale) en gynéco. Berthe s'étonne et juste après, Anne arrive pour la faire. A ce moment, Alexandre commence à discuter avec Anne et Berthe essaye à deux reprises de lui faire commencer la visite. Le Professeur Vasseur, qui vient voir une patiente, commence à faire des prescriptions de soins à Berthe. Mme Evêque appelle pour dire qu'elle est en train de résoudre un gros problème en obstétrique et qu'elle ne pourra pas venir tout de suite faire la visite. A ce moment, Berthe sort de la pièce et met en place ses indications sur le chariot. Je m'approche d'elle et lui demande qui est l'interne. Elle m'explique que le Professeur Vasseur est PUPH, et donc, ne vient pas souvent voir ses patientes, seulement quand quelque chose ne va pas bien, ajoutant que c'est bien dommage, parce que les patientes aiment que leur médecin chirurgien vienne les voir lors de la visite médicale. Sur l'interne, elle dit à peine que c'est un interne bordélique et qu'elle préfère Anne. Elle retourne au bureau et attend toujours que les internes commencent. Alexandre accompagne le Professeur Vasseur dans la chambre de la patiente pendant qu'Anne, Berthe et moi allons commencer la visite. Je n'ai pas pu rentrer dans la chambre de la première patiente, puisque Sarah et Gisèle étaient déjà en train de changer le pansement. Emma, l'étudiante infirmière rentre puisque c'est fondamental pour elle de suivre Berthe qui l'encadre ce matin.

La deuxième visite a lieu dans une chambre individuelle avec une jeune de 25 ans qui vient d'avoir un abcès dans les deux trompes. Anne m'indique que « probablement c'est foutu pour avoir des enfants ». Pendant la visite, Berthe est appelée par le Professeur Vasseur pour l'aider dans la mise en place de soins pour sa patiente. Anne continue la visite médicale toute seule, pendant que Berthe et Emma s'en occupent. En revenant, Berthe est encore interrompue 3 fois par Alexandre pour retrouver des bons de commande de scanner, etc. Elle s'en occupe et à la fin, Anne lui garantit qu'il peut partir, une fois que sa garde a finie.

La visite se déroule plus calmement et puis à la fin, Berthe explique qu'Anne rassure la patiente, tandis que c'est affreux d'avoir un interne si souvent dans le doute, qui ne rassure jamais la patiente.

Je lui demande pourquoi il y a tant de groupes médicaux ce matin, et elle m'explique le besoin pour le Professeur Vasseur de rassurer sa patiente, pour l'interne de garde de vouloir désespérément continuer la visite et pour l'interne de s'en occuper.

A chaque entrée dans la chambre, l'interne s'adresse à la patiente et à l'infirmière, lui indiquant les tâches de soins – médicaments à mettre en place. *Dans une situation, où la femme commençait à pleurer en fin de l'entretien, Berthe a semblé un peu impatiente avec elle. En dehors de la chambre, les commentaires sur le fait qu'elle soit dans la 22ème semaine et qu'elle « ait appris sa grossesse » en étant hospitalisée pour une colique néphrétique, semblent étonner l'équipe.* A chaque visite, Berthe était à l'écoute mais sans accorder trop de temps aux patientes. Elle questionnait sur leur douleur, si elles avaient besoin d'autres choses, elle donnait également des explications mais sans trop rentrer dans le détail (mal à la tête du à une anémie).

Fin de la visite au G1, à 11h Anne avec Marine, Elisabeth et les 2 externes (Nathan et ?) commencent leur visite en G2. Je dois repartir au centre de Planification pour connaître la 2ème Conseillère Familiale : Mme Garnier. En descendant je retrouve Caroline, qui m'informe qu'elle à un agenda compliquée et qu'il faut qu'elle reparte assez rapidement, donc elle ne pourra pas passer l'entretien avec moi. Elle m'invite dans son bureau, m'explique gentiment son imprévu à l'extérieur et tout de suite cherche dans son agenda un créneau pour donner suite à notre contact. Je la remercie et note le rendez-vous : lundi 06 août.

Je remonte et retrouve Anne et Marine en fin de la visite médicale. Je reste un peu au bureau et je décide d'aller à la cuisine accompagner d'un peu plus près les AS et ASH. Je trouve Katia et Vanessa, puis Nathalie et Madeleine qui arrivent de leur entretien avec Mme Evêque pour intervenir auprès de l'équipe et faire connaître la difficulté pour les ASH et les AS de la situation présente. Nathalie évoque sa situation d'être restée tout le week-end seule l'après-midi et que cette situation se répétait aujourd'hui avec Claire, Mme Evêque lui répond qu'elle « n'en a rien à foutre qu'elle ait travaillé le week-end tout seule ». En effet, elle dit qu'elle verra pour les jours qui suivent, mais rien à la fin n'est confirmé. Sarah rentre à la cuisine informer Katia et à Nathalie qu'il va falloir qu'elles attendent la patiente étrangère qui arrivera en car dans une heure et qui était attendue ce matin pour son hystéroscopie. Katia et Nathalie râlent un peu avec l'infirmière, mais à la fin elles se résignent, l'infirmière mentionne qu'il faut s'adapter quand même et que l'on ne peut pas dispatcher une patiente qui fait un tel effort.

En m'asseyant à coté de Katia, je lui demande si cela tombe mal pour elles, et elle m'explique que probablement il va falloir faire patienter la patiente, pendant que les IVG sont en cours (2 aujourd'hui) et que cela implique un nouveau nettoyage du bloc opératoire. En même temps

elle ne blâme pas la patiente, qui, la pauvre a du être mal informée par l'hôpital, et donc n'a pas pu éviter son retard.

Jeanne s'approche de Katia et de Nathalie pour les informer que le médecin est déjà arrivé, donc les IVG commenceront à l'heure : 12h15. Elles partent.

Je retourne au bureau. Sarah et Marie attendent Berthe, qui appelle Gisèle pour connaître le niveau urinaire d'une de ses patientes. Sarah rentre sans le vêtement du bloc (blouse bleue et masque) et commente « moi, je me suis mise en civile ». Berthe l'anesthésiste arrive pour voir les patientes et faire des ordonnances pour les infirmières ; Mme Jacquet arrive, s'installe au bureau et raconte ses vacances ; Mme Evêque observe penchée sur le comptoir du bureau et participe à la discussion. Les infirmières s'excluant de cette dynamique (entre Mme Jacquet et Mme Evêque), Berthe décide faire sa visite de 12h, pour mettre au point tout ce qui concerne les soins pour les patientes avant les transmissions. A 12h40 on part à l'office manger. Maude et Patricia arrivent, ainsi qu'Ingrid. Sandrine arrive en retard et nous informe qu'elle s'est fait du mal en tombant dans les escaliers. Ludmilla arrive également. Pendant le repas, la patiente étrangère arrive et apprend qu'il est interdit de lui faire l'hystéroscopie, puisque le chirurgien en a ainsi décidé. Sarah va vérifier la situation, mais revient disant « tant pis, je n'y suis pour rien ». Gisèle se révolte, en effet elle trouve épouvantable de faire cela à la patiente. Mais cela ne dérange pas pour autant les transmissions. Katia vient à l'office et nous fait part, avec Sarah de l'impossibilité d'intervenir en faveur de la patiente. Sarah dit que déjà le matin, la façon dont « il avait parlé » à la première patiente (en lui disant que la procédure ne ferait rien pour elle si elle avait une propension génétique au cancer) l'avait mise dans un état épouvantable, et que son hystéroscopie avait donc été repoussée. *Plus loin, en parlant d'une patiente anémique qui se refuse une transfusion, Gisèle explique que sans le dire, elle jette son lait, car elle a de la fièvre, parce qu'elle sait, précise Berthe, que son lait ne va pas à son bébé en néonatal. Gisèle insiste pour qu'elle ne lui dise rien.*

Ludmilla note les informations, beaucoup de commentaires sont faits autour des patientes et des cas compliqués, mais Sandrine est euphorique. Sarah ajoute quelques informations complémentaires sur les patientes de Berthe. Une patiente qui ne comprenait pas l'esprit du quart devient la blague du groupe. La pause café n'est pas faite.

Je reviens vers 16h20 et retrouve Ingrid expliquant à l'étudiante infirmière sa méthode de remplissage et de lecture des fiches individuelles (par patiente). Elle lui montre par ordre d'importance les informations à noter, aussi bien que les horaires à tenir. Une patiente vient d'arriver du bloc opératoire et Ingrid lui liste ce qu'il va falloir faire pour vérifier d'abord son

niveau de conscience avant de lui rajouter des médicaments. En faisant des éloges à Ingrid, elle me dit que Sandrine est la plus patiente et la plus didactique parmi elles, et une des plus jeunes diplômées – il y a 5 ans. Elsa est la plus jeune du groupe. Si elle n'est pas débordée, Ingrid dit prendre plaisir à expliquer. Une patiente arrive pour se faire prélever, à 39 semaines. Ingrid râle, car elle trouve qu'il faut être vigilante pour ne pas se taper tout le travail – celui de l'obstétrique aussi. Sandrine va vérifier et négocier la situation, ce n'est pas la première fois que cela arrive. Je pars.

Observation au CHU Maternité le 05 octobre 2007 : Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin – Anaïs (G1) et Marine (G2) ; IDE journée : Caroline et Ingrid; IDE soir : ??? (G2). Au matin AS : Ingrid et Gisèle Au soir : ???. Les ASH du matin : Claire et Vanessa de l'après-midi :?????
IVG : Elsa ; Fanny et Madeleine.

Il y a 3 étudiantes IDE : Marine, Sophie et 1 étudiante Sage femme ?. 6 externes.

Au G1 il y avait ? patientes et ? patientes au G2; 3 hystéroscopies pévues et 5 IVGs prévues.

9h20 : les ides sont réunies en salle de détente et Ingrid raconte qu'elle a été reçue par la médecin, Laure qu'elle n'imaginait pas si calme.
Marine me salue, cela fait longtemps que nous nous sommes pas vues. Elle me demande ce j'ai pu observer la nuit dans le service, je réponds que je n'étais présente qu'en juillet. On discute, elle a passé des vacances en Val du Loire, et elle me demande si je connais.
Je sors dans le couloir, salue Vanessa et Claire à la cuisine et retrouve Caroline au petit bloc, très occupée à saisir où envoyer le bon de commande pour avoir du matériel stérilisé. Mal informée, elle passe dix minutes pour trouver le bon endroit, en appelant partout. Elle m'invite à l'observer, je m'assieds et observe l'accumulation des tâches. Entre les appels, elle m'explique qu'elle sera l'ide référente de l'hôpital de jour, qui ouvrira en avril, au lieu de septembre comme prévu, et qu'elle fera un peu fonction de gestionnaire, étant donc responsable des commandes de matériels, et toute la paperasse qui accompagne le service d'IVG, hystéroscopie, etc.

Ayant terminé la paperasse elle téléphone à l'un des 2 médecins qui responsable des hystéroscopies ce matin. Il est plus de 10h et aucun médecin n'est venu faire les hystéroscopies, ce qui crée des difficultés avec le médecin de ville venu pratiquer les IVGs.
Aidée de Fanny, elle fait la liste de ce qui manque dans le stock et établit d'autres bons de commandes afin de laisser « tout en ordre ». Fanny, Madeleine et Caroline me racontent que les patientes sont réparties selon leur perception du médecin : quand le Dr Lauren est responsable, elles choisiront une patiente plus calme, car il a de l'empathie avec ce genre de patientes. Sinon, les patientes plus stressées sont attribuées aux médecins plus expérimentés et avec un meilleur relationnel.
Pendant qu'on discute, Elsa arrive et nous explique qu'elle a vraiment du mal à trouver la veine de sa patiente, qu'elle a déjà essayé trois fois …. Elle est stressée et selon elle, la patiente a beaucoup de mal, donc elle fait appel à une IBODE, Sonia, qui descend assez vite l'aider à piquer la patiente. Cette patiente pleure assez fortement et on l'entend du bureau. *Caroline me dit qu'elles donnent ensuite le « cytotec »; elles demandent aux accompagnantes de se retirer et de patienter jusqu'en début d'après midi, au moment où la patiente sera de retour du bloc. Pour Caroline, l'accompagnant joue un rôle de facteur d'amplification, donc tout qui peut potentiellement ne pas aller (la douleur, le mal-être) sont amplifiés en présence d'un autre. Parfois, elle me dit avoir du mal à mettre les accompagnants dehors, et elle trouve que c'est un manque de respect puisqu'il s'agit d'une intervention nécessitant que la patiente arrive en bon état au bloc. Elle ne se sent plus respectée dans certaines situations, où avant l'ide avait quand même une autorité.*
Le Dr Lauren arrive pour faire une hystéroscopie, Fanny et Madeleine vont chercher la patiente et entrent avec Caroline dans le bloc. Caroline me demande de rester, elle ne sera pas absente longtemps. Pendant qu'elles sont au bloc, le Dr Saumagnat arrive pour l'hystéroscopie. Il me demande qui suis-je et où est le dossier de sa patiente ; il s'impatiente à coté de moi puisqu'il n'arrive pas à entrer dans la bonne « fenêtre » du programme pour avoir accès aux informations. A ce moment, Caroline ressort du bloc et lui dit qu'il est inutile de chercher, puisqu'il utilise l'ordinateur avec son mot de passe à elle, qui donne moins d'accès aux informations des autres services que le sien. Il veut entrer pour faire immédiatement l'hystéroscopie, puisque après il sera « pris au bloc » avec un cas difficile – Mme Champagne. Caroline lui explique, que l'hystéroscope doit d'abord être désinfecté et que cela nécessite une heure avant qu'il puisse faire son intervention. Il repart. Caroline m'explique que grâce à ma présence il n'a rien dit, mais que d'habitude il aurait blâmé Caroline pour le manque d'accès à

l'ordinateur, qu'il est le 3ème dans la hiérarchie du PME, très mal habitué, et que les chirurgiens des autres services ne sont pas si gâtés. Selon elle, il va recommencer à piquer ses crises de colère parce que le Dr Ioan, un médecin qui vient de faire son post-doc aux Etats Unis, a maintenant plus de titres que lui et est beaucoup plus jeune. Saumagnat n'a plus des possibilités de monter l'échelon en tant que PU, tandis que Ioan oui, et cela causera une forte rivalité pour garder sa place.

Elle me raconte également que le Professeur Ménard s'auto désigne comme « Dieu » et « tout ce que Dieu commande est réalisé ». Elle reçoit une boîte de produits de désinfection et je l'aide à les ranger pendant qu'elle me raconte qu'elle a exercé la fonction remplaçante cadre, avant l'arrivée de Mme Henri. C'est à partir de cette expérience qu'elle a pu se rendre compte qu'être cadre implique d'être entre l'administration (avec tout que cela implique – être responsable des arrêts dans l'équipe, de l'hygiène des patientes, etc.) l'équipe et les médecins, ainsi que les patientes. Elle considère que la fonction principale de cadre est de protéger son équipe. Pendant qu'elle y était et quand elle n'arrivait pas à avoir de moyens pour faire venir des remplaçantes, les AS et ASH lui reprochaient « c'est comme ça que tu nous défends ?! »

Je lui demande si cette expérience était la cause de ce qui l'avait tellement blessée dans la posture de Mme Henri en juillet. Elle ne me comprend pas, donc je reformule, si son expérience précédente en tant que cadre l'avait déçue par rapport à l'agression de Mme Henri lors de son conflit avec l'équipe. Elle me dit que tout à fait- elle comprend bien la position de Mme Henri, mais qu'elle s'était sentie visée par son agressivité, surtout parce qu'elle estimait qu'elle donnait beaucoup plus que sa fonction ne l'exigeait.

Elle me parle aussi du manque de respect des médecins vis-à-vis des infirmières, ainsi que des patientes. Elle me dit qu'avant cela n'était pas comme ça. Je lui demande depuis quand elle ressent cela, elle me répond depuis 10 ans, et je ponctue, quand elle avait repris son boulot. Elle n'avait pas remarqué. Caroline est infirmière depuis 15 ans, mais elle s'était arrêtée pendant le jeune âge de ses 3 enfants, un « luxe » selon elle parce que son mari était dirigeant financier et qu'ils avaient les moyens. Elle me raconte qu'elle avait travaillé très jeune (récemment diplômée) pendant 5 semaines en libérale, mais que cela ne lui plaisait pas… « les horaires sont coupés : de 07h à 11h et de 16h à 21h ; il y a celles à qui cela plait et pour qui ça marche bien, il faut qu'on soit au moins 3 » elle finit ses commentaires avec « j'aime bien faire mon travail ». Ingrid vient lui rendre visite, mais elle se méfie de moi et la conversation est vite coupée.

Caroline continue à me parler de ses trois enfants : l'un fait des études de commerce, la deuxième est à la fac pour devenir assistante sociale et la plus jeune est à l'école pour devenir Ide ». Je lui demande si elle fait ses études au CHU, et Caroline me dit qu'elle avait proposé à sa fille de les faire à la Croix Rouge, une institution plus humaine.
Le Dr Saumagnat revient faire son hystéroscopie à 12h15 et à 12h20 le Dr Rambault arrive, il se met en colère car le bloc n'est pas prêt, il ouvre la porte du bloc et s'adresse au Dr Saumagnat devant sa patiente. Une fois terminée l'hystéroscopie, le Dr Saumagnat l'engueule mentionnant qu'il ne fallait pas le faire devant une patiente. Le Rambault riposte en disant qu'il vient de la ville seulement pour les IVG, et qu'ils pourraient mieux s'organiser pour libérer le bloc pour sa tranche horaire. A la sortie, Caroline considère c'est honteux qu'ils gèrent les choses comme ça.
Caroline me confie que les relations avec les médecins sont difficiles, mais que déjà entre eux c'est encore pire – « c'est très difficile qu'ils soient d'accord ! » elle me raconte que le pire c'est qu'en gynécologie la visite est faite chaque jour avec un médecin différent, qui a toujours un autre avis du comment mener les choses et qui veut reconduire le traitement. A ce moment, elle dit que la meilleure façon pour pouvoir avancer est d'ignorer les avis des médecins, dire « hum, hum, noter… et attendre » Elle reprend davantage les prescriptions du médecin qui a opéré la patiente, puisque « c'est lui qui a vu les conditions » et de l'anesthésiste pour tout ce qui concerne la perfusion, etc. Et quand il y a des conflits, elle fait appel au Prof Ménard, pour qu'il vienne arbitrer et résoudre les problèmes. Quand aux internes, les plus proches, elles les cadrent, pour qu'ils apprennent comment il faut faire. Elle me parle aussi du langage utilisé par les médecins avec les ides, que cela est devenu très irrespectueux, qu'elle ne se laisse pas « taper sur l'ombre » ni tutoyer par le Professeur Ménard. Sandrine, qui s'est permis plusieurs échanges et des comportements hors de son cadre, a finalement été remise en place par la surveillante. Le « langage familier » est tout de suite rappelée à l'ordre, mais c'est à la soignante de se faire respecter. Sandrine, « est embêtée par cette remarque ».

Observation au CHU Maternité le 12 octobre 2007: Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin– Danièle (G1) et Marine (G2) ; IDE journée : Vanessa et Caroline ; IDE soir : Berthe (G1) et Sandrine (G2). Le matin AS : Carla et Katia ; Le soir : Odette et

Anne. Les ASH du matin : Ophélia et Caroline et de l'après-midi : Mathilde et Flora. IVG : Elsa; Maude et Vanessa.

Sarah et Gisèle sont venues faire passer l'évaluation à l'étudiante AS, Carla.

Il y a 3 étudiantes IDE : Marie, Charlène et Sophie dans l'après midi. 1 étudiante SF : 4 externes sont présents.

Au G1 il y avait 13 patientes et 11 au G2 patientes, dont 2 entrées et 3 sorties au G1 et 1 entrée et 1 sortie au G2 ; 4 hystéroscopies prévues et 2 patientes sans rdv sont venues également et 5 IVGs.

9h20, je m'installe dans l'office avec Sarah, Danièle, Marine et Vanessa, qui prennent leur petit déjeuner. Danièle est beaucoup plus expansive qu'avant et me dit qu'à chaque fois que j'arrive, elles sont en train de bouffer ! Je me renseigne sur qui est là et je comprends qu'il s'agit de Sarah et Gisèle venues faire l'évaluation de l'étudiante d'AS, Carla. A la fin du petit-déj elles discutent des vacances de Noël et de fin d'année. Je demande à Sarah qu'elle m'explique comment elle organise le planning, s'il y a des roulements, 3 x 2, comme la nuit pour les AS. Sa réponse est qu'il faut que je demande à Katia pour les AS, mais en ce qui concerne les infirmières, elle pose d'abord les week-ends des 80% (un week-end par mois), les mercredis, les journées, les IVG et les hystéroscopies et enfin, elle remplit en essayant de partager au plus juste les week-ends (un sur deux) ; pendant les grands vacances elles étaient 1 de journée au lieu des deux.
Katia m'explique que pour les AS c'est un peu plus difficile, puisqu'il y a des arrêts, comme celui d'Anne… Je pars saluer les soignantes au petit bloc, et rencontre Elsa qui m'informe qu'il y a 4 hystéroscopies ce matin et 5 IVG prévues. Caroline cherche les chirurgiens responsables; 2 ont en effet été réalisées par Alexandre, interne, puisque Lauren était prise au bloc depuis ce matin. Les choses sont quand même meilleures puisque deux hystéroscopes ont déjà été faites. Caroline m'informe que deux patientes, non prévues, se sont présentées parce qu'elles avaient pris rendez-vous avec leurs médecins chirurgiens, qui les avaient convoquées sans même prévenir la secrétaire responsable pour la programmation du bloc. La remarque de Caroline est que cela est pénible autant pour les patientes que pour elles, qui doivent dire aux patientes que cela ne sera pas possible, et qu'il va falloir reprendre rendez-vous.

Quelques instants plus tard, je retrouve en gynécologie Sarah et Katia qui reprennent la discussion, maintenant avec Carla (AS) sur le contenu de l'évaluation de l'étudiante, en se mettant d'accord pendant le trajet, pour « ne pas gêner la visite médicale ». La toilette de Mme Champagne est retardée, celle-ci sera utilisée pour faire l'évaluation. Carla repart dans le couloir du G2, je la suis et lui demande si je peux l'observer. Elle acquiesce alors que ses activités du matin sont presque finies. De toute façon, elle dit qu'il ne lui reste que la toilette d'une patiente encore à faire. Je lui demande si cela la gênerait, elle insiste que non, et après elle m'explique qu'il y a des jeunes qui sont gênés qu'on observe la toilette des personnes plus âgées. Avant d'entrer dans la chambre, elle donne des instructions à Carla, des ruses, pour passer son examen, elle lui dit de surtout le faire lentement pour gagner du temps pour penser. Elle lui propose également de changer l'alaise et la froisser pour donner l'aspect d'avoir déjà été utilisé.

Dans son chariot, elle organise le matériel pour entrer dans la chambre de la patiente. En entrant, on apprend qu'elle n'avait pas dormi la nuit à cause de la douleur. Elle avait subi une intervention pour son prolapsus de vessie le jour précédant par le Professeur Ménard. Elle avait une mèche, qui serait enlevée ainsi que la sonde urinaire, et elle se plaignait que la mèche la comprimait et lui donnait la sensation d'être « à vif ». Carla prépare les pansements et le matériel stérilisé, elle se rend aux toilettes remplir un bocal d'eau tiède pour lui enlever la mèche, quand le Professeur Ménard vient voir sa patiente, qui se plaint encore à nouveau de sa douleur, il repart et revient avec Marine et Charlène, demander comment ça se fait que Carla n'a pas encore enlevé la mèche. Carla, avec l'aide de Marine, tourne la patiente sur le côté et elle lui retire les patches collés aux fesses. Ainsi, le Professeur Ménard s'assied sur le lit, l'examine et lui dit qu'elle a été chanceuse de ne pas avoir deux mèches. Marine prend la patiente par le bras et la soulève dans le lit, de façon à ce qu'elle trouve ses appuis, Carla lui met le bassin en dessous et commence à la laver, afin d'humidifier la mèche et de pouvoir l'enlever d'une façon moins pénible. Le Professeur Ménard prévient que cela sera froid (en parlant de l'eau versée par Carla) qui le corrige, disant qu'elle avait pris de l'eau tiède. Très doucement elle lui enlève la mèche, pendant que Marine aide à la tenir et lui disant « inspirez fort » et « soufflez madame ». En lui enlevant la mèche, elle dit que « ça pique », Carla continue à la laver, lui enlève de suite la sonde et lui dit que « ça va aller mieux maintenant ». Marine et le Professeur Ménard s'en vont avec Charlène, qui suit Marine. Carla la lave avec de la Bétadine, produit rouge qui accélère la cicatrisation. L'hygiène intime faite, Carla lui met un nouveau slip avec une nouvelle serviette et la recouvre pour commencer à lui faire sa

toilette. Avant de commencer, elle organise un bassin d'eau tiède, demande le savon de la patiente, ses gants, ainsi que sa serviette, une fois que la chambre est double. Elle demande à la patiente comment elle aime qu'on lui lave son visage et elle répond qu'elle ne veut pas de savon, à peine un peu d'eau, et continue à lui dire qu'elle n'aime pas la toilette. Carla lui demande si c'est dû au fait d'être au lit au lieu de pouvoir prendre sa douche, et elle répond qu'elle n'aime pas prendre la douche, et qu'au lit cela lui plait moins encore. Carla lui assure qu'elle ne le prendra pas le bain demain (puisqu'elle ne sera pas là) pendant qu'elle enlève la robe de nuit de la patiente, lui enlevant les fils de la SAP de morphine, et les tubes de perfusion. La patiente dit qu'elle attend son mari qui doit arriver avec de l'argent pour utiliser la télévision, et qu'il lui apportera également des sous pour sa voisine qui n'a pas de visite et qui va rester là plus longtemps sans télé... Carla l'interrompt et lui dit que la patiente de son coté partira avant elle, et pourtant qu'elle fasse gaffe à ne pas se faire arnaquer.

Carla place une serviette pour la protéger des regards (le mien inclus), la lave à son tour et lui sèche de suite les bras, le cou, les seins, le ventre, et après elle la recouvre pour lui laver les jambes, en enlevant avant les bas à varices. Elle la met sur le côté, lui enlève la bouée qu'elle avait utilisée la nuit pour se sentir moins mal, et lui lave le dos. Tout cela se passe avec une discussion entre la gentillesse de la patience et ses origines Picardes – Carla n'aime pas les normandes, elle les trouve mal élevées et reste étonnée par la générosité de la patiente, qu'elle appelait « ma petite mère » pendant tous les soins. La dernière étape de la toilette consistait à enlever l'alaise (drap plus épais en coton utilisé au milieu seulement) du lit et à la changer par une propre. Carla recouvre également la bouée avec un nouveau linge et l'installe en dessous de la patiente. Sur la table à coté, Carla installe sa brosse à dents et un petit plat pour qu'elle puisse se laver les dents. Carla suggère que la patiente garde son sac à main plus près d'elle, et le met dans son meuble au chevet du lit. Quand tout est terminé, la patiente lui dit qu'elle a envie de dormir, qu'elle est fatiguée puisqu'elle n'a pas pu dormir cette nuit là. En sortant, je la remercie de la confiance accordée. Je l'accompagne au vidoir et on s'installe dans les escaliers pour qu'elle puisse fumer. Elle me demande le gâteau au chocolat et je le lui promets pour le week-end. Je lui demande si elle accepte l'entretien sur son parcours et ses conditions de travail, et elle me répond qu'elle ne voudrait pas être enregistrée, que ses bêtises ne doivent pas compter dans mon enregistrement. Je l'assure que la hiérarchie n'aura pas accès à son enregistrement, et que seules ma directrice de thèse et moi y auront accès pour l'analyser. Elle semble encore gênée et je lui dis qu'on peut toujours éteindre l'enregistrement, de façon à ce qu'elle puisse avoir un certain contrôle sur ce qu'elle partage. Elle accepte pour le week-end.

On retourne au bureau des infirmières, et pendant que Carla fait ses transmissions, j'observe Mme Henri organiser les dossiers pour le staff et je lui demande si je pourrais y aller. Elle me donne son accord et me prévient qu'il commencera à 14h45. Je m'approche de Danièle et je lui demande si elle voudrait bien m'accorder un entretien enregistré… elle me regarde, curieuse et me dit que « je ne te dirai rien de plus » je continue, en lui disant que j'avais pu repérer des discours qui m'intéressaient en particulier sur les conditions de travail dans l'équipe et des soulagements qu'elle propose. Elle m'a donné son accord et nous avons fixé de le réaliser le week-end prochain (20 octobre). Je la remercie et déjeune avec les AS à l'office. Carla m'offre un yaourt, en sachant que je n'appartiens pas à l'équipe. Katia est avec nous. La discussion se centre sur l'entretien et les enfants de chacune. Finalement, les infirmières arrivent pour faire les transmissions et prendre leur repas. Sarah reste debout pendant la transmission de ses collègues en affirmant qu'il faut qu'à 14h elle soit partie, elle a un rendez-vous qu'elle ne peut pas manquer. Danièle râle auprès des étudiantes pour qu'elles se redistribuent mieux entre les secteurs G1 et G2, puisqu'il est difficile de faire de bonnes transmissions avec de si nombreuses personnes à l'office. Mme Henri rentre et s'ajoute au groupe du G1, déjà important. Les transmissions ont été faites, et pendant cela, Mme Henri s'installe (son habitude était de venir plus tard, de prendre le café et de leur donner du temps pour mettre à jour leurs perceptions des situations) à la fin des transmissions, Berthe partage des informations pertinentes avec la cadre – notamment ses inquiétudes sur une des patientes, puisqu'elle ira au staff du bloc maintenant – pendant que Danièle regarde ailleurs, comme si elle n'était pas tout à fait d'accord avec la posture adoptée par Berthe sur le partage d'un problème en mettant Mme Henri au courant. Sophie s'assied à coté de moi pour prendre son dessert, les infirmières sont en train de manger.

Vers 14h45 je suis l'étudiante de SF qui se dirige au staff des chirurgiens. En effet, le staff ne commence qu'à 15h30. Il y a de nombreuses arrivées plus tard que cela. Il s'agit des médecins responsables du pavillon, secteur maternité, qui s'organisent dans un dispositif de « classe au collège » Le Professeur Ménard est devant et tous les autres s'asseyent face à lui. Ils suivent le tableau des chirurgies programmées en consultation externe pour la semaine, reprenant et révisant chaque cas à partir d'un résumé clinique que le médecin responsable présente, avec les antécédents, le diagnostic et la méthode d'intervention envisagée. Le Professeur Ménard et le Dr Saumagnat interviennent le plus souvent, avec des remarques et des propositions différentes face au cas, mais c'est le Prof Ménard qui décide de la méthode d'intervention et qui rassure l'apprentissage des chirurgiens assistants ou jeunes chefs. Dans cette dynamique,

les médecins, en particulier le Prof Ménard se permet beaucoup de commentaires sur la vie privée des patientes, des blagues, ainsi bien que des commentaires entre eux chirurgiens sur les pratiques de l'un et de l'autre. En sortant à 17h20 je me dirige à la gynécologie et tout de suite je m'aperçois que Berthe est inquiète, et que Laure (médecin) arrive pour parler avec le mari d'une patiente, au nom du patron, sur la décision de son cas. *C'est là que j'apprends que cette patiente a passé sa semaine au G1 sans un traitement cohérent puisque les chirurgiens donnaient des avis différents sur son cas : avec une grossesse en 23ème semaine, elle avait un état d'hypertension (pré éclampsie) qui ne diminuait pas avec la médication et son bébé était on retard de développement, ce qui « tendait vers un cas de mort fœtale ». Le Professeur Ménard l'avait visitée la veille et s'attendait à un aboutissement de ce genre où la mort fœtale serait le plus facile à gérer pour sa santé et pour celle du bébé. Il trouvait difficile qu'elle arrive à la 26ème semaine de grossesse, période où l'équipe évalue viable la réanimation néonatale. En revanche, dans cette posture d'attente, sans prescription d'une directive précise, la patiente, ainsi que son mari, avaient commencé à ne plus croire à la compétence de l'équipe. Confrontée à la difficulté imposée par le manque d'action sûre, Berthe avait fait appel aux chirurgiens pour dialoguer avec le mari, pour qu'il soit au courant des risques. Pendant que Laure parle avec le mari dans la salle de réunion – en essayant de lui expliquer le manque presque totale de viabilité du bébé– le Dr Saumagnat, passe et prescrit la médication par une perfusion à la patiente, afin de mettre terme à sa grossesse. Berthe la confronte en disant que ce n'est plus possible d'être entre deux feux, que Laure est en train de parler au mari de la patiente. Le Dr Saumagnat dit qu'il restera de garde ce week-end et qu'il ne veut pas que lui tombe dessus une urgence vitale due à la mort fœtale. Il s'en va, disant qu'il fera descendre l'anesthésiste pour prescrire la perfusion. Mme Henri arrive et à côté de Berthe lui dit qu'il y a une patiente face à elles et que ce n'est pas faisable de lui communiquer cela de cette façon maintenant, après une semaine de manque de directive claire. Le Dr Saumagnat part très énervé. Berthe parle à ses collègues : Vanessa et Sandrine, mais c'est avec Odette, l'AS qui reste à son coté et grâce aux croisements de regards, pendant toute la discussion, qu'elle retrouve de la complicité. Le Dr Laure sort de la salle de réunion, le mari de la patiente est franchement ému – il avait pleuré – Laure informe Berthe du contenu de la discussion : qu'ils étaient prêts à essayer de garder l'enfant, et encore là Berthe s'énerve, puisque personne n'avait en fait expliqué clairement à ce couple la décision du corps médical. Laure avait à peine fait mention du manque de viabilité, mais ne lui avait pas donné des précisions sur l'intention d'intervention de l'équipe. Mme Henri à ce moment*

essaye de mettre en avant un déplacement de la patiente en obstétrique, de façon à que le bébé puisse être suivi aussi bien que la mère. L'anesthésiste envoyé par le Dr Saumagnat arrive et rend à Berthe la prescription. Dr Saumagnat passe ensuite lui dire qu'il va à la soutenance de thèse mais qu'à son retour il veut que la prescription de l'anesthésiste soit en place. Berthe parmi ses collègues, commente l'infanticide et le fait qu'elle n'est pas d'accord avec sa démarche. Au lieu de mettre en place la prescription, elle le rajoute au dossier de la patiente et Mme Henri lui « trouve une chambre » à l'UGP. Elles commencent la procédure pour la transférer. Je remercie Berthe pour la confiance qu'elle m'avait accordée et je lui souhaite bonne chance avant de partir, elle me dit qu'elle ne sera pas là le week-end.

Observation au CHU Maternité le 15 octobre 2007 : Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin – Anaïs (G1) et Vanessa (G2) ; IDE journée : Marie, Berthe et Geneviève; IDE soir : Danièle (G1) et Sandrine (G2). Au matin AS : Carla et Anne; Au soir : Ingrid et Patricia. Les ASH du matin : Vanessa, et Laure et de l'après-midi : Ophélia et Marine. IVG : Caroline; Fanny et Nathalie.

Il y a 3 étudiantes IDE : Ambre le matin, Martine et Sophie dans l'après midi. 2 étudiantes SF : ? le matin et ? l'après midi. 4 externes sont présents.

Au G1 il y avait 12 patientes et 12 au G2 patientes, dont 3 sorties au G1 et 1 sortie au G2 ; 3 hystéroscopies prévues, mais 1 réalisée (2 patientes ne sont pas venues) et 5 IVGs prévues mais une seule est venue.

10h, je vais saluer les infirmières, rencontre le Professeur Ménard et Mme Evêque, que je salue aussi. Enfin, dans le couloir GI je salue Carla (AS) accompagnée d'Ambre, étudiante infirmière de 3ème année. Elle me raconte qu'elle aura 6 jours de repos – du 23 au 29 octobre et qu'elle ira visiter sa fille et son fils ailleurs.
J'entends des voix dans l'office et en entrant, je m'aperçois que je suis « tombée » dans la discussion proposée par les infirmières (Berthe, Marie, Anaïs et Vanessa) et leur cadre de soin, Mme Henri, sur le résultat du manque de suivi par un chirurgien désigné dans les cas plus délicats, comme l'IMG du cas de Mme Bonang. Pendant une semaine les infirmières ont

couru à droite et à gauche pour suivre les différentes prescriptions et à la fin, elles ont du « mettre la patiente et son compagnon au courant des soucis de l'équipe trop tard ». Berthe mentionne la position du Dr Saumagnat qui, ne voulant pas se retrouver avec une patiente en urgence vitale due à une morte fœtale pendant sa garde de week-end, avait préconisé la mise en place de prescriptions favorisant ce qu'elle appelait « la pratique de l'infanticide ». Selon Berthe, la situation était d'autant plus gênante que la patiente et son mari ne voulaient pas d'une pratique d'IMG et acceptaient de patienter pour voir si la grossesse pourrait ou non évoluer jusqu'à la 26ème semaine (plus trois semaines) de façon à ce que leur petit ait des chances de survie en réanimation néonatale. Vanessa met en avant le besoin d'assigner un chirurgien pour faire le lien avec le chirurgien en charge dans les cas d'IMG. Le Professeur Ménard reconnaît aux infirmières le droit d'être gênées, mais il croit que nommer un chirurgien responsable pour l'IMG ne va pas soulager la situation, étant donné qu'il sera obligé de se renseigner auprès du médecin qui a suivi jusque là la patiente, et de tenir l'équipe de garde informée. De plus, les conflits continueront puisque pas tout le monde pense pareil, et d'ailleurs, lui-même ne comprend pas pourquoi le Dr Saumagnat a réalisé une césarienne, alors qu'une expulsion par voie basse était complètement envisageable dans ce cas (les patientes se sentent mieux une fois que leurs bébés meurent). Mme Henri ajoute qu'elles comprennent les chirurgiens, mais qu'il faut qu'eux aussi arrivent à voir que c'est aux infirmières de communiquer aux patientes et de faire face au manque de crédibilité créé dans les contradictions générées par chaque chirurgien qui passe. Aucune autre proposition pour améliorer la situation n'est faite et le Professeur Ménard annonce qu'il ne pourra pas réaliser la visite puisqu'il est pris par une conférence sur la douleur chez la femme (j'apprends qui c'est le jour de la douleur féminine). Anaïs et Vanessa retournent au bureau, le Professeur Ménard s'en va et Berthe reprend ses activités pour cadrer Geneviève (infirmière qui vient composer l'équipe depuis la retraite de Jeanne). Je retrouve Vanessa (ASH) et Laure qui me raconte que ça va mieux, qu'elle a eu la trouille d'être diagnostiquée avec un cancer. Elle m'explique que la semaine dernière elle a dû passer des examens pour voir la situation de santé. Un taux élevé de protéines été identifié dans son sang. Caroline passe par le bureau, me salue- elle est responsable pour les IVGs ce matin -et elle nous raconte qu'une des patientes en protocole « cytotec » a failli tomber par terre, puisqu'elle saignait beaucoup. Marie m'informe aussi qu'elle attendait 3 patientes ce matin pour les hystéroscopies, et qu'une seule s'est présentée pour l'instant.

Anaïs est au téléphone, en train de chercher un des chirurgiens dans l'équipe qui pourrait s'occuper de la visite. Personne n'est disponible sauf Laure, mais Marie intervient en disant que Laure est prévue pour les hystéroscopies, donc qu'il ne fallait pas la prendre. Anaïs essaye d'avoir un médecin interne, mais personne n'est disponible. Anaïs propose une pause cigarette, puisque la visite n'est pas prévue pour le moment. Vanessa veut la rejoindre, mais réalise qu'elle n'a pas abordé le sujet de la patiente du Professeur Ménard qui doit sortir aujourd'hui. Elle part fumer en se disant qu'elle reviendra plus posée pour en parler.

Dans le couloir, je retrouve Carla qui m'invite à observer les soins de l'étudiante sous sa direction. J'entre dans la chambre de Mme Bonang, qui vient d'avoir une césarienne due à la mort fœtale de son bébé. C'est la patiente dont on discutait le vendredi, qui avait subi enfin l'intervention du Dr Saumagnat. Ambre procède très soigneusement, elle lui enlève la sonde urinaire, ponctuant chaque soin avec un « voilà » qui exprimait plutôt son mal être et son insécurité face à son soin. La patiente se résigne aux soins, mais au moment d'enlever la sonde, elle se plaint de douleur. A ce moment Carla dit que cela ne fait pas mal. La patiente la regarde et marque son désaccord.

En sortant de la chambre, Carla m'invite à aller à la stérilisation avec Ambre et elle; pendant le trajet elle évalue le trajet choisi pour arriver à l'endroit correct. Au retour, elle corrige mon français et me dit qu'il va falloir que je m'améliore. A ce moment, le Professeur Ménard passe et me demande qu'elle est mon origine, je lui réponds. J'ai l'impression que l'observation que j'ai faite ce matin dans l'équipe de gynécologie l'a gêné. Il part et Carla indique à Ambre que c'est le patron, qu'il faut faire gaffe, puisqu'il sait tout, ce qui est fait ou non par chacune. On dépose le matériel stérilisé au Centre de Planification et de la gynécologie sociale (IVG) et en arrivant à la gynécologie, Carla me taquine en me disant qu'il faudrait que je tape sur le dos du Professeur Ménard en lui disant « ça va, ma poule ? ». A ce moment, il sort d'une chambre et elle rigole, puisqu'elle s'est presque fait surprendre par lui. La visite médicale avec le Dr Thomas est commencée et elle indique à Ambre comment elle fait la transmission dans le couloir, pour gagner du temps (principalement des transmissions ciblées, puisqu'Anaïs, l'infirmière, avait déjà fait les transmissions plus détaillées après la visite médicale).

Je retrouve Anne et lui demande de passer l'entretien. Elle me dit que si je crois qu'elle peut être utile… en effet, elle ne se sent plus en forme et me dit qu'il y aura d'autres collègues qui pourront mieux me renseigner. Je lui dis que je suis intéressée par son parcours professionnel et que cela sera une opportunité de mieux connaître l'évolution des conditions de travail. Elle

répond que ça ne va pas s'améliorer, et qu'en effet elle avait essayé deux fois de passer le concours d'infirmière, mais que elle n'a pas eu de chance (sa Pénélope était petite, elle travaillait dans des services de longue durée et il fallait descendre jusqu'au CHU pour suivre le cours) donc, à la fin elle n'arrivait plus, mais que sa collègue à elle avait réussi, même en ne comprenant rien aux maths, elle l'avait chapeautée et enfin cette collègue avait réussi son concours, pendant qu'elle était resté AS. Je lui explique un peu ce sur quoi porte l'entretien et elle confirme sa disponibilité à participer.

Pauline, l'assistante sociale, vient au bureau pour voir les dossiers des patientes qu'elle suit et auxquels elle doit rendre visite (au moins 4 dans l'organisation) après leur sortie de l'hôpital.

Marie revient, toujours pas de patientes, donc elle demande si Vanessa a besoin qu'elle lui prépare des perfusions. Vanessa lui dit que non, donc Marie est convoquée par Berthe qui lui dit de ranger un bac plein de médicaments dans la pharmacie. Les deux s'y mettent. Je me présente à Geneviève, qui très rapidement me raconte son parcours professionnel, elle arrive du service MICO gérontologie, il s'agit d'un service de soins de suit, dont les patients restent en moyen séjour avant de partir en maison de convalescence.

Je pars manger avec les AS dans l'office et j'apprends que la fille de Carla a une malformation des reins qui la fait souffrir énormément et qui rend Carla malade. Carla continue à corriger mon français. Anne entre et à la fin du repas elle demande à Carla une cigarette. Carla refuse puisqu'elle n'en a que 4, et aura besoin des toutes jusqu'à la fin de la journée.

Le Dr Thomas fait la visite médicale avec Anaïs, Mme Henri les accompagne et pendant une visite, elle me confie que les AS se sont fait engueuler par Mme Evêque pendant le week-end parce qu'elles fument dans les escaliers.

Ingrid (AS) arrive et me salue. Danièle, Sandrine me saluent aussi en arrivant. Patricia, les ASH Ophélia et Marine me disent à peine bonjour. Les infirmières font leurs transmissions du G1 dans l'office. Anaïs fait sa transmission à Danièle et Geneviève reste présente. Berthe et Marie ne participent pas aux transmissions. A la fin de la transmission, Geneviève se présente à Danièle.

La transmission du G2 prend plus longtemps que celle du G1, et Anaïs, qui a faim, pour attendre ses collègues se met de mon coté, et me raconte qu'elle est de fois fatiguée de son boulot, bien qu'elle l'ait choisi. Je lui demande comment elle avait choisi de travailler en tant qu'infirmière en gynécologie. Elle me raconte que c'était un choix de toute petite, quand elle voyait des émissions en Ethiopie où les enfants étaient mal nourris, qu'elle était assez émue et

avait décidé de faire médecine. Elle rajoute qu'elle a « un peu raté là » mais qu'elle a pu au moins suivre le parcours de soins… Je lui demande si c'était une blague… elle sourit et m'assure que non, c'était la force motrice de son choix. Je lui pose la question sur le choix de travailler en gynécologie. Elle avait travaillé 8 ans aux urgences et au bout de quelque temps elle n'en pouvait plus, et voulait un contact plus prolongé en médecine interne. En effet, elle savait aussi qu'elle ne pourrait pas prodiguer des soins de longue durée aux hommes. Elle me dit que c'est un point commun entre elle et ses collègues en gynécologie – l'empathie avec les femmes.

Les collègues arrivent et pendant le repas, j'apprends que Marie travaillera une heure de moins chaque jour, que c'est prévu dans la loi à partir du 3ème mois de grossesse. En effet, elle m'avait confié qu'au départ elle avait peur de faire une fausse couche, tellement cela est commun entre les infirmières. Danièle lui suggère de prendre plus souvent le quart de la journée. Anaïs met Caroline au courant de la discussion avec le Professeur Ménard. Berthe dit que le Professeur Ménard n'a pas été très loyal avec le pauvre Dr Saumagnat, qu'il dit bien aimer. Pendant le café, Danièle sort une boite de madeleines faites maison et nous en offre. Berthe se met à mon coté et on parle de l'entretien. Elle ne semble pas trop partante, mais je la rassure en disant que c'est centré sur leurs conditions de travail liées à leur expérience et à leur parcours professionnel. Marie à coté est plus partante pour participer à l'entretien.

Je reviens vers 15h45 d'un entretien administratif et je bipe Mme Bonnefois, la psychologue pour savoir quand est-ce qu'on allait voir la mère de Judith. Pas de réponse, donc je patiente et accompagne Danièle dans sa visite aux retours de bloc. J'ai pu observer qu'elle a un contact assertif et plutôt autoritaire avec les patientes, que ces questions sont plutôt ciblées (du genre fermées). Sarah et Marie, deux étudiantes infirmières l'accompagnent. Elle observe de façon détaillée la mise en place des médicaments, perfusions des étudiantes. Elle corrige également les prescriptions des patientes, à l'aide d'une interne, Anne. Dans ce cas, pour une patiente que se retrouvait apyrétique (sans fièvre) et qui devait partir dans l'après midi, elle a enlevé la perfusion et lui a donné l'antibiotique à prendre oralement.

Sophie vient me chercher pour faire l'entretien avec la mère de Judith toute seule.

18h - Au bureau, Ingrid (AS) prend un coup de fil de sa collègue Katia qui ne pourra pas venir les 2 prochains jours, son fils a une forte grippe. Elle se dirige vers l'office pour regarder le planning et commencer à voir comment arranger les choses pour sa collègue. *Lorsqu'elle regarde le planning, elle me parle de sa souffrance : malgré qu'elle soit à 80% du temps, elle sent que le travail déborde dans sa vie privée, qu'elle n'arrive plus à gérer ni l'un ni l'autre,*

et que de moins en moins elle arrive à se concentrer au boulot. Elle me dit que les conditions de travail ne sont pas pareilles entre infirmières et AS, et que les infirmières sont plus reconnues par les médecins, les cadres. Les AS ont un autre statut et entre les collègues, qui sont soudées, le taux de divorce est beaucoup plus important qu'entre infirmières : elle signale dans la liste celles qui sont divorcées et ont des soucis avec leurs gosses et leur emploi du temps, contre 3 AS qui sont mariées encore. Par rapport aux infirmières, qui sont tous presque mariées, elle fait le commentaire « où bien elles font semblant, où bien ça va mieux que pour notre catégorie ». Elle me dit n'avoir qu'une infirmière sur qui elle peut compter, et qu'elle apprécie beaucoup, Caroline, qui est aussi divorcée et qui n'a pas besoin de faire semblant. Elle me raconte que c'est un milieu très femme, qu'entre les infirmières il y a des clans et qu'entre les AS, elles sont plus soudées. Elle m'apprend que « les gens » se permettent de reprocher la façon dont toi tu t'habilles « en civil » - en disant que tu n'as plus l'âge pour porter tel ou tel vêtement -, et avec qui tu as des relations (dans son cas, elle avait un petit ami gendarme). Elle me dit que sa vie de femme divorcée, monoparentale est assez difficile et qu'elle a du mal à faire la part des choses quand elle est au boulot… elle dit se sentir mal de ne pouvoir mieux travailler.

Observation au CHU Maternité le 26 octobre 2007 : Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin – Berthe (G1) et Anaïs (G2) ; IDE journée : Danièle et Vanessa; IDE soir : Marine (G1) et Ingrid (G2) et Geneviève, responsable de 10 patientes entre G1 et G2. Au matin AS : Katia et Odette; Au soir : Ingrid et Gisèle. Les ASH du matin : Flora et Mathilde et de l'après-midi : Ophélia et Nathalie. IVG : Elsa; Maude et Vanessa.

Il y a deux étudiantes IDE : Ambre et ?, journée et d'après midi. 1 étudiante SF : Claire, 2 externes ont été présents.

Au G1 il y avait 16 patientes et 11 au G2 patientes, dont 8 sorties au G1 et 1 sortie au G2 ; 3 hystéroscopies prévues et réalisées et 4 IVGs.

J’arrive à 9h20 et j’apprends par Berthe en arrivant que deux cœlios ont été annulées le matin, tous les préparatifs ayant été réalisés pour l’intervention, en raison de deux césariennes imprévues durant la nuit et également d’une saturation du bloc opératoire (la semaine qui précède les vacances, tous les chirurgiens veulent opérer pour partir en vacances). Berthe me dit que c’était la honte et ensuite elle m’invite à prendre le petit déjeuner, donc on va à l’office toutes ensembles.

Pendant qu’on prend le petit déjeuner, Mme Henri entre, s’installe à coté de moi et observe l’équipe. Anaïs racontait le souci avec la patiente de son secteur. Mme Colin, atteinte à 77 ans d’un cancer de l’utérus, étant en « J3 », troisième jour d’hospitalisation, avait perdu tous ses repères ; de plus, avec sa maladie de Parkinson, elle avait même du mal à se déplacer et s’était retrouvée dans une autre chambre, en train de frapper avec sa canne le mari d’une patiente qui venait de subir une IMG, pensant qu’il s’agissait de son mari (délire).

Anaïs se demandait comment cela avait pu arriver, puisqu’elle était lucide les autres jours. Mme Evêque rentre peu de temps après, et nous informe qu’un « rôdeur » s’est promené dans plusieurs étages du pavillon hier après midi, et qu’elle vient d’apprendre qu’il a été relâché puisqu’on n’a rien trouvé sur lui. Il avait été vu dans le service de gynécologie, dans le secteur G2, où se trouvait Mme Colin, et tout de suite, les liens sur « le bouleversement » des choses dans son sac et sa détérioration d’état ont été faits.

Le Dr Thomas, médecin qui vient faire la visite médicale, commence par le secteur G1, dont Berthe est responsable.

En suivant la visite, Berthe semble avoir un rapport très bon avec ces patientes. Elle s’occupe des aspects techniques de la visite, sans ignorer les aspects de soins plus relationnels, demandant toujours à la patiente si cela lui fait mal, ou faisant des observations complémentaires sur la relation de la patiente à sa famille, son état moral, mais tout en étant attentive aux soins prodigués par le médecin.

Dans une des chambres où la patiente ne contrôle pas ses sphincters, les odeurs sont très présentes, l’embarras perçu par les regards des étudiantes n’a guère gêné Berthe, qui s’appuyant sur les soins techniques parle de l’abcès de la patiente, en la regardant ; celle-ci est à son tour examinée par le médecin, le drap du lit servant de rideau aux regards des « autres » étudiantes. Berthe, observe la patiente en essayant de trouver dans son regard un signe de douleur, pendant que le médecin se penche pour vérifier l’abcès. Le respect est présent, cadré par la posture de Berthe, qui transforme une situation d’intrusion totale de l’intimité de la patiente en une situation de dignité et de soulagement.

La chambre suivante était celle d'une patiente qui venait de se faire pratiquer une IMG, puisque son bébé était diagnostiqué avec du nanisme. Cette décision avait suscité dans l'équipe entière des discussions, puisque même les chirurgiens l'avaient discutée pendant les séances cliniques du lundi sur les interventions médicales de grossesse, et que tous n'étaient pas d'accord pour intervenir. Le médecin qui à la fin avait pris le cas en main, le Dr Dupuis, n'est pas apprécié par l'équipe, compétent en ce qui concerne les échographies, mais probablement plus irrévérent face aux croyances partagées par les soignantes de la gynécologie. La patiente était elle aussi motif de conflit pour l'équipe de soignantes, comme m'expliquait la cadre de proximité « ce qu'elle était en train de mettre en place c'est de la sélection » sur l'espèce humaine… « comme ça on ne va plus avoir de nanisme entre nous, qu'est-ce que cela fera dans notre société ? »

Le Dr Saumagnat, Chef de clinique de gynécologie passe et lui dit qu'il faut « vider le service ». Cela est interprété par les infirmières comme étant le dernier jour des interventions possibles avant que les médecins partent en vacances.

Danièle vient chercher Caroline pour lui faire les deux hystéroscopies au petit bloc et donc, la visite au G1 est interrompue.

A l'autre bout du couloir, je me retrouve avec Anaïs, qui contrôle Mme Colin qui insiste à entrer dans la chambre qui ne lui correspond pas pour pouvoir « faire partir le gamin » qui se retrouve sous le lit et qui veut la piquer avec une seringue.

Avec la cadre, Mme Henri, on essaye de la calmer, de la mettre sur un fauteuil, et de la laisser quelques instants respirer. Elle repart avec une grande énergie, mais on arrive à la dissuader en la faisant s'asseoir dans un fauteuil roulant, et en l'amenant directement dans sa chambre. L'épisode se prolonge, et Anaïs, l'infirmière s'accroche à la patiente en attendant que l'anesthésiste passe. La cadre essaye de raisonner la patiente, qui d'ailleurs lui répond en disant qu'elle n'est pas folle et qu'elle se rend compte de ce que les gens sont en train de lui faire croire. Son délire persiste, elle hallucine que le lit est sale et que le gamin est en train de la piquer. La cadre, essayant de la contredire la prend par le bras, au bout d'un moment, comme si par force elle pourrait mieux faire passer son message. Anaïs, voit que rien n'est efficace et commence à s'énerver, elle part, laissant la cadre et moi nous débrouiller avec la patiente. Je reste. Au bout d'un moment, assisse sur le fauteuil, fatiguée par le fait de la voir défaire tout son lit, Mme Henri va chercher de l'aide, pendant que je demeure avec la patiente. Pendant 5 minutes, au moins, personne ne rentre dans la chambre !

Mme Henri revient, Mme Colin et moi dialoguions sur le gamin, la cuisine, le Brésil… puisqu'elle avait repéré un accent différent, et m'avait posé la question tout de suite. On avait même commencé à parler de son cancer et du fait qu'il soit dans l'utérus, la détresse qui cela représentait pour elle. Mme Henri se joint à nous et commence à communiquer avec plus de confiance. Anaïs ne revient jamais dans l'habitation pendant qu'on reste avec la patiente. En discutant, l'anesthésiste arrive et lui propose une dose « d'aldol », que la patiente refuse de prendre. En discutant, elle nous dit qu'il lui faut un cachet rose, sans lequel elle ne dort pas la nuit. Mme Henri amène le dit cachet, xanax, elle le prend et se détend. A 12h15 Odette passe avec son repas, et la fait manger. J'en profite pour voire ce qui se passe à l'office, je retrouve les infirmières qui disent qu'aujourd'hui c'était catastrophique, que la patiente était en colère avec raison puisqu'elle s'est fait raser, qu'elle avait pris des sédatifs pour faire son intervention, mais comme il s'agissait de Denise et Berthe, les anesthésistes avaient dû probablement limiter l'excès de bloc, et comme une des patientes était au Dr Taieb, elle avait aussi dû se résigner. Les infirmières entre elles sont persuadées que si le médecin chirurgien était Bernard ou Ménard (deux médecins chefs, tandis que le Dr Taieb est chirurgien assistante), les anesthésistes auraient reconsidéré leur décision.

Berthe m'apprend qu'une patiente, se plaignait de douleur toute la matinée mais qui, pendant la visite médicale, elle avait rassuré le médecin – Dr Thomas – d'aller bien ! Berthe était en colère, puisqu'elle perdait la crédibilité vis-à-vis du médecin. Les collègues lui font la remarque qu'elle s'est « foutue de ta gueule toute la matinée ». J'apprends que cette patiente est une infirmière, ce qui rajoute une tonalité de dévalorisation vis-à-vis des plaintes et comportements de la patiente.

Une autre patiente s'est fait remarquer par Berthe puisqu'elle lui avait demandé de la morphine, en disant qu'elle participe depuis longtemps de « l'hôpital sans douleur » et qu'elle exigeait la médication. Le Dr Thomas lui avait dit, dans la visite médicale que pour l'intervention qu'elle avait eue, il n'y avait pas de protocole de morphine prévu. Ainsi, automatiquement, cette patiente, remise à sa place, n'a rien demandé d'autre, et a accepté le « perfalgan » que Berthe voulait installer initialement.

Je rentre à l'office et participe au repas et à la transmission des AS. A coté, Ambre se repose contre la fenêtre, elle a une migraine. Elle part au lieu de rester jusqu'à la fin de son quart. Ingrid arrive la dernière et se tape donc le secteur avec le plus de sorties (le G1). Gisèle de toute façon travaille « en binôme » avec Ingrid ; elles partent tout de suite, puisqu'elles avaient 9 lits à refaire.

Pendant la transmission des Ide, Berthe présente les situations à Marine. En sachant que c'est Marine qui viendra, les AS et Ides font un commentaire comme s'il s'agissait de quelqu'un de moins bien dans l'équipe. Marine est tenue pour la plus lente parmi ses collègues. Malgré cela, elle tient globalement le rythme de l'équipe. (A vérifier comment elle développe son quart de travail – j'ai une hypothèse qu'elle est beaucoup plus dans l'entente des patientes et dans le relationnel que ce ses collègues voudraient qu'elle soit).

En discutant sur une césarienne qui doit descendre du bloc, Berthe dit qu'elle ne lui accordera pas une chambre toute seule. Je lui demande pourquoi et elle m'explique que les cas plus lourds sont prioritaires : les laparotomies, les IMGs, etc.- J'ai l'impression que c'est également une question territoriale, vis-à-vis des autres services qui devraient, dans ce cas garder la patiente en maternité.

La jeune de 32 ans, patiente qui vient d'être opérée par Bernard, devra subir une 2ème intervention après que Bernard leur ait communiqué (à elle et à sa mère) la gravité de sa situation – cancer ovarien très agressif– pour lequel il enlèvera l'ensemble de ses organes reproductifs et qui représente un risque vital. Ingrid dit qu'elle avait rêvé de cette patiente et du service toute la nuit d'hier. Elle disait être très angoissée et avoir appelé Mme Bonnefois, la psychologue pour lui donner des directives sur comment aborder le sujet avec elle, après le passage du médecin hier. Elle me dit que la jeune fait très « fille de maman » et que ne posait aucune question, malgré qu'elle pleurait et que sa mère, par contre était dans une excitation des questions, sur lesquelles elle a pu s'attarder un peu plus longtemps. Ingrid me confie qu'elle espère que cette patiente va pouvoir rester en SIPO – réanimation postop – au lieu de revenir directement dans sa chambre, afin d'être surveillée d'un peu plus de près et de lui donner, à elle, un peu plus de temps pour se rétablir (Ingrid est enceinte et a eu une fausse couche, donc elle se dit très touchée par ce genre de situation).

Je commence à faire la visite dans l'après-midi avec Ingrid. Gisèle et Ingrid courant pour refaire les chambres et pouvoir recevoir de nouvelles arrivées.

Observation au CHU Maternité le 31 octobre 2007 : Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin – Berthe (G1) et Geneviève (G2) ; IDE journée : Elsa; IDE soir : Sandrine (G1) et Marie (G2). Au matin AS : Gisèle et Odette; Au soir : Patricia et Carla. Les

ASH du matin : Nathalie et Flora et de l'après-midi : Ophélia et Mathilde. IVG : Caroline; Maude et Laure.

Il y a trois étudiantes IDE : Ambre et ?, journée et d'après midi.

Au G1 il y avait 13 patientes et 9 patientes au G2, dont 4 sorties au G1 et 2 sorties au G2 ; et 5 IVGs.

J'arrive à 10h20 en gynécologie et je retrouve Odette et Gisèle dans le couloir, je les salue, et vais déposer mes affaires. Je monte en néonatologie « rose » (pour les bébés prématurés) tenter de régler un horaire avec la mère de July et Angéla, l'infirmière, me dit qu'elle a été effrayée d'apprendre que Judith partira plutôt que prévue, puisqu'elle prend du poids rapidement. Carmen semble venir moins souvent et avoir du mal à assumer certains soins, malgré qu'elle ait donné le premier bain de Judith la semaine dernière. Elle est anxieuse quand elle lui donne le biberon, cela est notamment le cas dès qu'Arthur est présent. Je me mets donc à disposition pour la voir dans la journée, et j'informe que je partirai vers 16h.
En descendant, je vois Caroline, avec qui j'avais convenu d'un entretien. Particulièrement chargée ayant pris deux étudiantes infirmières en charge le matin, donc elle n'était pas disponible pour l'entretien. Je l'accompagne un peu et elle me demande si on ne peut passer cet entretien en dehors de l'établissement. Je lui explique de quoi il s'agit, et elle me demande s'il ne serait pas mieux de le passer à deux… elle me propose Sandrine. Je la ressens moins à l'aise, et ne résiste pas à ses démarches, pour savoir ce qui la gène. On discute sur les IVGs, et je lui demande si elle s'est aperçue d'un changement vis-à-vis d'elle auprès de l'équipe depuis qu'elle a assumé les IVGs. Elle me répond qu'elle a toujours eu une place différente dans l'équipe… On continue à discuter sur le service, elle organise les paperasses et elle me dit qu'elle avait choisi les IVGs pour avoir un peu de distance par rapport à l'équipe de gynécologie. Je lui demande si elle trouve qu'Elsa avait ressenti une différence par rapport à l'équipe en gynécologie en restant plus présente aux IVGs… elle me dit que oui, mais résume son discours –j'ai l'impression qu'elle ne se sent pas à l'aise – on passe au bureau des IVGs, dans le service de l'UGP. Je lui dis que depuis notre dernière conversation le 05 octobre, plusieurs personnes m'ont approchée. Elle s'étonne et je l'assure n'avoir rien dit à personne,

mais que le gens se sentent plus en confiance dès qu'ils se confient… je mentionne Ingrid l'AS et Ingrid l'infirmière qui nous ont vues parler ce matin là.

On reparle des IVGs et on discute, jusqu'à l'arrivée de la secrétaire du Centre de Planification, Caroline qui va devoir signaler les échographies aux médecins venant de l'extérieur. Je lui pose la question de la différence entre le RU et le cytotec. Elle me dit que le cytotec est pour un terme moins important (jusqu'à la 7ème semaine), il provoque la contraction de l'utérus. C'est très pénible d'observer l'aspiration des fœtus à partir de la 7ème, puisqu'ils sont déjà formés. Les médecins et les anesthésistes sont vraiment d'une indifférence totale, ils font leur boulot. Je demande si c'est le cas du Dr Rambault, qui a lui même été militant dans ce domaine. Elle me dit que c'est devenu un boulot. Elle complète donc qu' « au bloc, il n'y a aucun empathie pour la patiente ». Elle me raconte que le médecin et l'anesthésiste discutent des travaux de la maison, des vacances… je demande s'ils parlent de leurs femmes, elle me répond que non « pas des sujets qui fâchent » - On rit.

Je dois laisser Caroline, l'anesthésiste est arrivé et veut qu'elle s'occupe des cas. Elle repasse également voir ses patientes. A la cuisine, je retrouve Laure, Maude, Flora et Nathalie qui organisent le repas pour les patientes, et mangent (Maude et Laure, qui vont travailler aux IVGs) ; Une fois les plateaux distribués à chaque patiente, Maude voit passer une des patientes qui va subir une IVG, elle lui demande si elle cherche quelque chose. La patiente lui répond mal en disant qu'elle descend rapidement pour passer un coup de fil. *Maude s'installe pour manger et se plaint car ces derniers temps, les soignantes ne bénéficient plus de reconnaissance en tant que professionnelles du soin. Elle m'explique que la façon de répondre maintenant est presque « de quoi tu te mêles » et ensuite une tendance à « vous êtes là pour ça, je fume, je fais ce qu'il me plaît, vous êtes payée pour ça ». Maude croit que la situation a empiré aussi depuis la charte du patient, elle me dit que « les patientes ne sont pas bêtes ». Elle me raconte son franc sentiment d'un manque de respect qui a empiré par la dégradation des conditions de vie des patientes qui sont le plus souvent maintenant des « cas sociaux » avec des multiples problèmes (SDF, etc.) et qui « en veulent aux soignantes d'appartenir à une classe – les fonctionnaires – plus stable. Maude m'explique que le fait d'avoir certains droits les écarte de cette population qui les blâme pour la situation qu'elles ont acquise.* Nathalie dit qu'avec les patientes ça va encore, mais que le pire est entre les infirmières qui les empêchent de réaliser leurs activités, donnant la préférence aux activités de soins, de l'équipe médicale, et ne laissant jamais suffisamment de temps pour la réalisation de leurs activités. Elle ajoute qu'après il faut qu'elle court pour tout faire ! Elle propose que les

ASH commencent leurs activités à 05h pour arriver à faire ce qu'elles ont à faire sans être interrompues ou carrément empêchées de travailler. Maude, la seule AS présente lui dit qu'elle doit faire seulement ce qui relève de ses capacités et pas se prendre la tête si tout n'est pas fait… aux infirmières de décider ce qu'elles veulent comme priorité. Maude rajoute que le nettoyage est l'une des fonctions principales qui devrait donc passer avant toutes les autres. Laure et Maude sont appelées par Caroline pour la seconder dans les IVGs, elles n'avaient pas terminé leur repas, mais se lèvent et font le commentaire que c'est comme à la maison, elles n'ont jamais le temps de manger, « c'est toujours la course ». *J'accompagne Nathalie et Flora dans la distribution des repas et en arrivant au G1, je retrouve Gisèle dans le bureau des ides, en train de discuter avec Berthe de la patiente à qui deux médecins internes avaient décidé de donner un cytotec, parce que son bébé n'avait pas d'activité cardiaque ; ils ont découvert le lendemain qu'il y avait activité cardiaque, mais le manque d'activité cardiaque détectable était normal dans le petit terme de grossesse. La patiente était entre la 5ème et la 8ème semaine de grossesse, et était venue aux urgences parce qu'elle avait des pertes de sang. Gisèle m'explique ce cas et m'informe de la colère et de la prise de conscience de la patiente. C'est une patiente de Berthe, qui sortira en début d'après midi et que Berthe devra affronter pour lui rendre les papiers de sortie, lui expliquer qu'il faudra faire dans une semaine une nouvelle échographie, et qu'elle avait entendu l'activité cardiaque, au moment de l'échographie, de son bébé après la prise du cytotec.*

Berthe va faire sa visite médicale avant la transmission, et je l'accompagne. En entant dans la chambre de la patiente qui a eu sa grossesse interrompue, Berthe essaye de lui expliquer le besoin d'une échographie à posteriori, pour voir comment va la grossesse, et elle évite que cette patiente, visiblement en colère, lui pose des questions. Elle lui demande si elle a eu des pertes et la patiente lui répond que oui, des « gros cailloux », mais ne lui pose pas non plus des questions (comme si elle la défiait et lui apprenait qu'elle est consciente de ce que cela signifie). En sortant, Berthe me fait remarquer que la patiente est bien au courant, et à son avis elle ne va pas attendre une semaine pour faire une échographie, elle le fera le plus tôt possible. De la même façon, Berthe, me confie que « je ne crois pas qu'on va la revoir, cette patiente, elle est dans son droit de déposer plainte ». Berthe me confie aussi qu'elle a eu du mal à lui parler de l'échographie, que c'était perceptible par sa voix défaillante, et que comme professionnelle de l'hôpital elle ne pouvait pas être dans l'ouverture avec cette patiente, qu'elle ne pouvait pas, par éthique professionnelle confirmer à cette patiente sa perception des faits et de l'échec médical. Elle me dit que cela n'est pas bon du tout pour

l'équipe, puisque les internes, qui l'ont mal diagnostiquée ont pris le manque d'activité cardiaque pour une mort fœtale, alors que la patiente était en début de grossesse. Ils devraient quand même savoir que cela est imperceptible au début de la grossesse ; cependant, son reproche s'adresse à ses collègues : c'est quand même une infirmière qui avait mis en œuvre la prescription médicale sans réfléchir. Je n'ai pas voulu interroger qui a été responsable d'une telle action.

En arrivant dans la salle de réunion, où le chariot est déposé, on voit Nathalie passer en pleurant – Berthe et moi nous étonnons de cela et je suis Nathalie qui se dirige vers les escaliers pour fumer. Pendant les premières minutes elle pleure fortement et ne nous adresse pas la parole, ni à Odette ni à moi. C'est après quelques questions qu'Odette arrive à la faire parler. Elle nous explique que Priscilla, la secrétaire du Professeur Ménard avait indiqué à Mme Henri que sa salle n'avait pas été nettoyée ce matin, sachant que Nathalie lui avait expliqué le motif – les clés n'étaient nulle part – et Mme Henri, à cette occasion avait reproché à Nathalie de ne pas l'avoir faite. Nathalie été révoltée contre le comportement de Priscilla, d'autant plus que cela n'était pas de sa responsabilité, mais de celle de la nouvelle ASH, Flora, là depuis 3 semaines, mais encore cocounée par les plus anciennes. Nathalie comptait que c'était déjà la 3ème engueulade de Mme Henri à son égard, et tous les cas étaient considérés comme injustes ses collègues et elle-même. Pendant qu'on discutait, Mathilde et Ophélia descendent soutenir Nathalie et Odette ponctue chaque phrase de Nathalie en disant que Mme Henri était vraiment « mauvaise », une « salope »… Nathalie termine sa cigarette et dit que comme ça « elle ne va pas durer longtemps », insinuant qu'elle va prendre un arrêt.

En remontant, je retrouve Berthe en réunion avec les infirmières, donc Geneviève, Marie, Elsa et Sandrine lui parlant du cas de l'IMG faussée, elle demande que personne n'en parle à Ingrid, infirmière enceinte de 3 mois qui a eu des fausses couches, et qui reste encore très angoissée face aux femmes qui subissent des morts fœtales ou des IMGs.

On part faire la transmission, Berthe au G1 fait le relais à Sandrine. Discutant des cas, et les présentant soigneusement Berthe précise à travers son discours les patientes qui sont perçues comme de « bonnes » patientes. Elle parle d'une patiente qui part une deuxième fois au bloc opératoire, initialement à cause d'une vulvectomie, qui s'était aggravée par une fistule et un abcès, et qui va être opérée pour une colostomie. *Son cas est présenté en détail, disant qu'il s'agissait d'une situation « affreuse » … « grande béance » et qu'elle était devenue incontinente… dans un état de santé physique très dégradé, cette patiente ne se plaignait jamais de rien et ponctuait les questions des ides avec « tout va bien ». Berthe nous apprend*

qu'« elle est très gentille cette femme » et qu'il faut la surveiller pour la douleur, puisqu'elle ne se plaint pas. Sandrine partage son avis que « c'est toujours celles qui n'ont rien, qui se plaignent le plus ». Berthe présente à nouveau un autre cas difficile, encore une patiente âgée, qui a un fils qui vient la voir, et une fille handicapée qui est à sa charge à la maison. Elle ajoute que c'est une patiente « super gentille, elle ne se plaint de rien, elle est vraiment charmante ». Les collègues rient de la façon de parler de Berthe et elle riposte qu'elle a tout organisé pour rentrer chez elle, au lieu d'aller en maison de convalescence. En revanche, la patiente dans la chambre qui suit est difficile, elle a une thyroïdite, est enceinte, et est classée comme « une mauvaise patiente », Sandrine ponctue qu'elle « est chiante ». Berthe ne se laisse pas prendre dans ces commentaires et ajoute que le médecin responsable de ce cas a dit que cette patiente avait un historique psychiatrique lourd, lié principalement à des vomissements.

Entre les blagues, Berthe saute une des patientes et c'est Ophélia, l'ASH qui le fait remarquer. Le dernier cas concerne une patiente dont Berthe et Sandrine sont persuadées qu'elle n'a jamais eu de mèche, puisqu'elles ont été informées par le bloc, mais que Patricia et l'étudiante sont sûres d'avoir vue pendant le week-end, quand cette patiente est revenue du bloc.

Pendant le repas, Berthe demande à Nathalie ce qui lui est arrivé, et en entendant son histoire, les commentaires tournent sur Priscilla, qui est méchante avec les membres de la gynécologie depuis qu'elle a été hospitalisée pour une mammectomie du sein, dû à un cancer… mais les commentaires sur la méchanceté de la cadre de soins ressortent également.

Dans l'après midi, j'accompagne Marie pendant la visite avant l'arrivée des patientes du bloc opératoire, et elle me permet de l'accompagner même dans les chambres « plus sensibles », une mort fœtale, une jeune de 32 ans à qui tout le système reproductif a dû être enlevé suite à un cancer fulgurant et qui doit se soumettre à une chimiothérapie. Malgré les commentaires que cette patiente suscitait comme « fille de maman », elle est assez lucide pendant la visite et parle du projet de reprendre son boulot et de se trouver un compagnon qui l'accepte malgré son incapacité à pouvoir lui donner des enfants. *Je fais un fort malaise, pendant que la patiente est en train de décrire la façon dont elle saignait avant l'intervention, ce qui m'a énormément choquée et j'étais obligée de sortir avant de tomber dans les pommes*. Ayant repris mon souffle, j'attends Marie à l'extérieur de la chambre et Caroline qui me retrouve dehors m'interpelle sur ce qui se passe et m'explique que c'est normal, que cela prend le dessus au moment ou l'on est dans le feu de l'action, mais quand nous sommes passives, c'est très dur à endurer. Marie sort de la chambre et je lui explique mon besoin de partir, elle me

répète ce que Caroline m'avait dit. On continue la visite, et c'est le tour d'une patiente qui vient de subir la mort fœtale de son bébé. Elle est bien entourée et n'exprime pas de suite son besoin, sauf au moment où Marie s'aperçoit que la médication en perfusion ne passe pas et donc, qu'il va falloir tout enlever pour remettre dans l'autre bras. En essayant d'enlever les bandes adhésives qui tiennent la perfusion, cette patiente crie qu'elle « a déjà trop souffert, et tout ça pour rien… ». Marie ignore ses commentaires, et continue à lui enlever la perfusion, la laissant après, pour qu'elle prenne son goûter, avant de lui piquer l'autre bras.
Je remercie Marie pour sa confiance et je passe en néonatologie pédiatrique, où j'apprends que la mère de Judith n'est toujours pas venue, avant que je rentre à Paris.

Observation au CHU Maternité le 12 novembre 2007 : Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin– Sandrine (G1) et Marine (G2) ; IDE journée : Marie et Geneviève; IDE soir : Berthe (G1) et Danièle (G2). Au matin AS : Katia et Patricia; Au soir : Odette et Maude. Les ASH du matin : Flora et Ophélia et de l'après-midi : Mathilde et Claire. IVG : Sarah; Fanny et Laure.

Il y a 2 étudiantes IDE : matin et l'après midi. De nouveaux internes qui sont arrivées et des externes.

Au G1 il y avait ? patientes et ? patientes au G2, 3 hystéroscopies prévues, dont une réalisée (1 n'est pas venue et 1 avait ses règles a donc été annulée) et 5 IVGs.

J'arrive à 9h40, et je vois que le Professeur Ménard fait la visite. Marie au bureau me dit que c'était calme dernièrement, mais que pendant le week-end elles ont eu du monde. Le Professeur Ménard passe en face du bureau et me salue à distance, j'accompagne la visite médicale, mais tout de suite Katia se met à discuter dans le couloir avec Ophélia sur un souci qu'elle vient d'avoir avec Flora. Ophélia me raconte qu'elle lui avait montré comment il fallait faire pour que le nettoyage se fasse plus rapidement et bien, en séparant les serpillières sales dans des sceaux différents… mais voyant que sa collègue le fait très lentement, au bout de quelques minutes, elle retourne pour lui dire de se dépêcher. A ce moment là, Flora lui dit

que la façon dont Ophélia lui propose de faire n'est pas la bonne. Ophélia se sent visiblement non respectée et dit avoir appris des anciennes, être là depuis 2 ans, et que ce n'est pas une nouvelle qui va lui apprendre. En revanche, elle dit être encore en train d'apprendre de ses collègues, mais que si elle, Flora, sait tout déjà, il faut qu'elle assure son coté toute seule ! Katia dit avoir vu la dispute mais de n'avoir pas voulu s'en mêler.

A ce moment, Sandrine arrive avec des fiches remplies par une patiente arrivée pour une hystéroscopie. Elle nous montre une quantité folle d'erreurs commises par la patiente en remplissant son dossier : « a – midal » au lieu d'amygdale … Fanny retrouve Sandrine et ensemble elles regardent chaque erreur de la patiente avant de s'adresser au médecin responsable. Il semble y avoir une confusion au sujet de quelle intervention elle doit subir ce matin : hystéroscopie, ligatures des trompes ou pose d'un « stérilet ».

Je suis donc Sandrine et Fanny qui amènent la patiente et son compagnon dans la chambre pendant qu'elles vont se renseigner auprès du Dr Saumagnat sur la procédure qui sera mise en place. Aujourd'hui ce ne serait qu'une hystéroscopie. Sarah arrive et Sandrine lui montre la fiche remplie par la patiente, Sarah dit que cela représente la façon dont elle doit comprendre les choses et donc qu'il va falloir lui expliquer plus calmement. Sandrine et Fanny vont dans la chambre parler et expliquer qu'aujourd'hui les ligatures des trompes ne seront pas faites, malgré qu'elle et son mari aient signé l'accord pour l'intervention des ligatures.

Je suis Sarah et je lui demande comment cela se passe avec les patientes en IVG. Elle me dit très bien, elle a pu prendre de temps de discuter avec chacune : une vient de Roumanie, qui vit dans une caravane, elle dit vivre mieux ici que là-bas ; une autre vient de Madagascar, où les difficultés dues à la pauvreté sont très marquées. Elle me dit qu'il y en a une troisième, jeune de 18 ans accompagnée de sa mère. La relation entre les deux est tendue. Sarah était soulagée que cette maman parte. Quelque chose ne va pas là – la fille a 18 ans, elle est partie de l'école sans passer son bac, et ne travaille pas non plus ! Les autres deux patientes doivent être, dit-elle, des cas anodins, puisqu'elle ne se souvient plus. Je la suis jusqu'au bureau en UGP, et lui demande, à ce moment, si je pourrai avoir un entretien enregistré avec elle. Elle ne s'oppose pas mais veut savoir de quoi s'agit-il. Je l'informe que c'est autour des conditions de travail des soignantes et que cela sera pour ma thèse. Je lui dis que je serai particulièrement intéressée par son parcours professionnel, puisque chaque parcours est différent et complémentaire dans l'équipe. Elle est d'accord, après je lui dis que je serai intéressée par ses activités, en particulier celles qui lui procurent la plus grande satisfaction et également la plus forte détresse, et insatisfaction. Elle commence à me dire que son projet de vie est centré dans

le bien être de sa famille. Les IVGs sont un soulagement, « pas seulement dû au calme, on est moins interrompue », mais parce qu'elle est éloignée de l'équipe en gynécologie et donc, de ses conflits. Elle me dit que cela s'est beaucoup amélioré depuis l'année dernière, mais que c'est le résultat d'un effort commun stratégique de quelques unes pour stopper la situation dégradante, car les ides étaient « les unes dans les pattes des autres ». Elle me dit qu'elles ont réussi à récupérer Berthe de leur coté, et que cela a fait un effet « boule de neige », et donc l'équipe essaye d'être plus tolérante globalement. Elle me parle de deux infirmières qui vont particulièrement mal, mais qui ne veulent pas réduire leur charge horaire à 80% pour pouvoir se dédier plus à leur vie en famille, enfants, ou un projet de leur choix. Selon Sarah, le fait de ne pas avoir décidé un projet de vie, fait qu'elles courent tout le temps, et ont la tête très occupée, très inquiète. Elle a essayé d'en parler avec une, mais elle n'est pas encore disponible pour entendre. Elles disent ne pas pouvoir financièrement, mais Sarah se demande si « on peut faire des économies » dans la vie privée. Une d'entre elles a eu une alerte pour sa santé, mais cela n'a rien changé. Elle complète que dans leurs familles ou couple ça ne doit pas aller. Elle me dit que son choix a été, tout le temps, une remise en cause et que le week-end dernier lors d'une réunion de famille, elle a entendu « une réflexion » avec des reproches ; qu'elle materne trop ses enfants… mais elle dit qu'elle en est là maintenant et qu'elle essaye de s'ajuster. Mais qu'elle sait que pour le bon roulement des choses, il lui faut « encore habiller les petits le matin avant d'aller à l'école, sinon on serait encore là à 8h du matin », elle m'apprend que ce sont des jumeaux de 6 ans. Je la remercie de sa confiance et on se dit que dès qu'elle sera disponible, on fera l'entretien.

Je monte en suites de couches au 2ème étage et je me présente à deux Aides Puéricultrices pour qu'elles m'aident à trouver Flora, sage femme qui est à mi-temps en le centre de planification et à mi-temps en obstétrique suites de couches. On ne la retrouve pas, mais on discute sur la recherche, le service, et je pars au Centre, puisque Caroline, la secrétaire m'avait pris un rendez-vous avec l'autre sage femme pour 11h30. En descendant j'ai dû attendre une vingtaine des minutes avant d'avoir l'entretien qui n'était pas marqué. Annick me fait passer dans son bureau, la salle d'échographie.

Je me présente et lui demande si on peut parler des interfaces entre son travail et la gynécologie, de son parcours professionnel, de comment elle est arrivée au centre de planification en étant sage-femme. Diplômée en 1983, elle a travaillé de suite au CHU en salle de naissance mais elle a du laisser son travail pour suivre son mari ; elle se dit, en souriant, être une femme « très soumise », et donc, elle est partie à Strasbourg, et après

quelques années, ils sont revenus, avec deux enfants en 1991. Là bas elle avait fait un DU en échographie, donc cela lui a permis de travailler aujourd'hui aux IVG. Elle a repris au CHU l'accouchement en salle de naissances et les suites de couches. Elle me dit qu'au bout d'un temps elle ne voulait plus être en salle de naissances, elle dit avoir l'impression d'avoir fait le tour dans la profession ; elle est passée de nuit en suites de couches, jusqu'au moment où elle a décidé qu'elle ne pouvait plus rester de nuits. Aujourd'hui elle occupe un poste de SF à 30% en suites de couches, qu'elle partage avec 2 autres collègues, dont, Flora et Marie, qui font comme elle centre de planification et suites de couches / obstétrique. Elle me dit faire seulement quelques fois la nuit pour dépanner ses collègues, mais sinon elle est de journée. Je lui demande ce qui l'intéresse dans le poste au centre de planification, et elle me dit que c'était de la « nouveauté », les « aspects psychologiques » des patientes auxquels elle n'était pas habituée, et que cela la passionne de pouvoir « aider les femmes en détresse ». Elle me dit qu'il « en a qui s'en foutent royalement et qui utilisent les IVGs comme contraception » mais qu'il y a une grande partie qui sont en détresse. En parlant des activités, je lui pose la question sur sa routine et elle m'explique qu'elle essaye de prendre les patientes très tôt le matin, de façon à être disponible dès que le médecin arrive, pour faire la consultation médicale avec elle et les résultats de l'échographie. Après l'échographie il y en a encore l'entretien avec la conseillère familiale, pour celles qui veulent, et si la patiente décide de garder son bébé elle est donc adressée aux consultations externes. Toutefois, si la patiente décide de faire l'IVG, dans la consultation avec le médecin, le RU (mifegyne), lui est donné pour qu'elle le prenne 2 jours avant l'IVG –qui pourra être faite médicalement (cytotec) ou par aspiration (curetage) – et donc elles arrangent la date de l'intervention. Je lui demande quelle est sa représentation du service là haut –les IVGs – et elle me demande d'être plus claire, je lui pose donc la question : quelle est sa vision du service, et qu'est-ce qu'elle s'imagine des infirmières qui font ce boulot ? Elle me répond, « professionnelles, comme nous… » et « qu'elles font leur travail ». Avec cette question, je crois l'avoir mise mal à l'aise. J'essaie de rattraper en demandant si elle a des contacts avec les ides des IVGs, elle dit qu'elle connaissait Jeanne, mais que maintenant elles sont plusieurs, donc ce n'est pas facile. Je lui demande si le Centre de Planification était un endroit bien vu par l'ensemble du PME à son avis, et elle me répond immédiatement que non. *Elle m'apprend également que socialement, elle ne parle pas de son lieu de travail à ceux et celles qu'elle ne connait pas. Quand la personne idéalise trop sa profession de sage femme, elle n'en dit rien. Elle me dit que quand il faut qu'elle trouve un médecin chef pour faire une IVG dans un terme plus grand*

(l'intervention est faite dans le grand bloc) elle doit se balader dans le service au 2ème (obstétrique, et salle de naissances) avec le dossier de la patiente. L'autre jour elle a été traitée par un des chefs de « Miss IVG » ; cela ne lui plaît pas. Je passe à une autre dimension et lui demande quels sont les aspects les plus agréables de ses activités et quelles sont les plus pénibles. Pour les agréables elle me dit que c'est de la reconnaissance qu'elle tire du service rendu à une femme en détresse. En revanche, elle me dit que le plus pénible est quand elle passe une échographie et s'aperçoit que la patiente a largement dépassé le terme pour faire l'IVG. Elle me dit qu'elle vient d'avoir une patiente qui était en 28e à 29e semaine de grossesse et qu'étant ainsi, elle a eu du mal à dire à cette patiente qu'il fallait qu'elle se résigne au fait de se faire pratiquer l'IVG, au moins en France. Elle était également fâchée face à cette patiente qu'elle soupçonne de connaître son terme mais d'avoir besoin qu'un professionnel « décide à sa place ». Elle me parle de son mal-être à dire cela à la patiente, puisqu'elle était en détresse, mais qu'elle n'y était pour rien, l'institution ne permettant pas autre chose. Ce qui lui déplaît également c'est le fait d'avoir à annoncer les décisions prises par les médecins, qui sont au contact direct et qui comptent sur elle pour se débrouiller avec les patientes. Elle me donne l'exemple d'une patiente marocaine, venue en France pour avorter : le résultat d'un viol par un de ses oncles. Elle était déjà dans un terme avancé, donc presque dans la 14ème semaine et à ce terme la SF est obligée de solliciter l'arbitrage du patron pour pratiquer ou non l'IVG. Le patron était défavorable, disant qu'il ne la croyait pas, parce que les taux de grossesses dus à des viols seraient en baisse. C'était donc à elle d'informer cette patiente en détresse de cette décision. Mais elle me dit qu'il peut y avoir des choses très dures en salle de naissances. *Par exemple, une fois il y a longtemps, elle était de nuit, toute seule et une patiente avait fait une fausse couche. Elle venait des urgences et le terme était de 26 semaines. A cette époque là, elle m'explique qu'on ne réanimait pas les bébés si petits. La patiente expulse le bébé, et elle, Annick, le met dans un plateau - dans sa tête, il n'arriverait pas à vivre -, mais elle observe qu'il bouge. Elle la laisse de côté pour délivrer la mère, qui pourrait avoir une hémorragie. Et la mère lui demande si le bébé est vivant. Elle répond que non, et continue à délivrer. A un moment donné, elle va préparer le bébé, il bouge encore. Elle essaye de rattraper le bébé. Elle dit ne pas connaître la suite du bébé, mais que cette maman lui en a voulu, et qu'elle peut le comprendre*. Elle me dit qu'après cette expérience, elle a pris du temps pour se remettre. On discute un peu sur le temps pour mûrir dans la profession ; je la remercie de la confiance accordée et la laisse continuer, il y en a encore des consultations auprès du médecin auxquelles elle doit participer.

En sortant, Mme Bertrand (conseillère familiale) m'interpelle pour venir manger avec elle le lundi 26 novembre, après un entretien dans le service. J'accepte. Fanny me croise dans le couloir et m'informe que la patiente de l'hystéroscopie devait avoir la pose d'un stérilet aujourd'hui, mais qu'elle était complètement paumée, elle avait même raté sa consultation à 10h30 avec l'anesthésiste.

Je remonte en gynécologie et m'installe dans l'office avec les Ides qui vont préparer leurs plats pour manger, avant la transmission. Il est 12h45. Je salue Odette, AS de l'après midi qui est déjà arrivée et j'entends la transmission faite entre Sandrine et Marie pour ses patientes en G1, puisque Sandrine devra monter au bloc pour faire le pansement avec le Professeur Ménard d'une de ses patientes, et ne sera donc pas disponible pour la transmission en équipe. Marie qui était de journée s'était occupée de plusieurs patientes dans le secteur de G1. Pendant qu'elles mangent, une AS vient de l'UGP et veut prendre, pour une de ses patientes un plat au frigo. Les collègues s'y opposent, mais elle le fait quand même. Entre les AS – Patricia, Odette et Katia, Patricia est la plus bavarde, et raconte plusieurs histoires de ses enfants. Sandrine parle de la façon d'écrire de la patiente en hystéroscopie. Maude arrive et me salue. J'apprends par les AS qu'une patiente, qui va sortir aujourd'hui a été infernale avec elles, elle croyait avoir une embolie pulmonaire. Les commentaires étaient « qu'est-ce qu'elle était chiante ! » A la fin, elle n'a rien eu, mais selon Maude, elle n'allait pas bien dans sa tête, elle avait un grand sac de médicaments dans lequel elle « piochait » et prenait tout un état de médicaments pour l'allergie, pour la tête… c'était affreux, selon les collègues et Maude. Sandrine est très excitée et parle avec Marie de la patiente d'hystéroscopie vraiment paumée et de ce qu'il faut faire. Odette raconte un cas où la patiente n'a pas pu avoir la ligature des trompes puisqu'elle n'avait pas eu l'accord de son mari ! Maude intervient et dit qu'il va falloir que ça évolue – les ides la regardent comme si elles n'étaient pas trop partantes – et Maude continue de dire que « les femmes ne sont pas leurs choses ! » Mme Henri entre à ce moment et Sandrine lui dit qu'elle ne veut plus monter au bloc pour le pansement de Mme X, que ce n'est pas son rôle, mais plutôt celui de la panseuse du bloc. Mme Henri lui dit qu'elle croyait que Sandrine était d'accord pour le faire, que cela concernait, de plus, une de ses patientes et que cela pourrait être intéressant à développer par rapport à un nouveau soin. Sandrine dit qu'elle le ferait volontiers si cela entraînait une reconnaissance salariale également. Mme Henri n'apprécie pas trop le commentaire, mais Sandrine part.

Nusrat, une élève AS black intègre l'équipe et les collègues la nomment « Nokia », elle, de bon gré l'accepte. Danièle arrive à l'office et fait comme si elle voulait rigoler, pour marquer

la différence entre cette élève et les autres. Danièle salue toute l'équipe sauf moi. Patricia la présente comme Nokia, et Danièle aussi. Patricia dit qu'elle pourra appeler Danièle : Dani. A ce moment, Danièle tourne le dos à tous (comme si elle regardait le planning) et dit que « ça non, en tant qu'élève, elle n'a pas ce droit là ». Ensuite Berthe arrive et salue toute l'équipe, moi inclus. Elles discutent du cirque, entrées offertes au personnel du CHU. Patricia offre ses entrées à Maude, qui ne les a pas prises et qui a des petits qui profitent mieux du cirque.
Marie et Berthe font la relève. Il y a 3 sorties, 2 entrées pour des interventions le lendemain. Berthe commente que Sandrine « a eu tort de monter au bloc », « elle n'aurait jamais du le faire », selon Berthe puisque cela met toute l'équipe dans l'obligation d'assumer cette fonction de plus si la situation se répète. Elle apprend pendant la transmission qu'elle aura 3 patientes difficiles à gérer, en raison de leur caractère – une qui crie tout le temps – elle fait le commentaire « c'est que du bonheur ! ». Sandrine revient et raconte comment cela s'est bien passé pour la patiente, comment elle s'améliore. Berthe lui demande si elle avait dit au Professeur Ménard qu'elle ne viendrait plus au bloc, elle répond qu'ils sont entrain de voir si son prochain pansement peut se faire en bas « en gynécologie ». Berthe n'est pas satisfaite de sa réponse mais ne dit rien. Je pars avec Sandrine après le café pour l'interviewer en dehors du service avec Caroline et Elsa.

Observation au CHU Maternité le 07 décembre 2007: Unité de Gynécologie

Participantes : IDE matin– Vanessa (G1) et Berthe (G2) ; IDE journée : Danièle et Geneviève; IDE soir : Ingrid (G1) et Anaïs (G2). Au matin AS : Anne et Odette; Au soir : Maude et Katia Les ASH du matin : Laure et Ophélia ; de l'après-midi : Mathilde et ?. IVG : Caroline; Fanny et Vanessa.

Au G1 il y avait 14 patientes et ? patientes au G2, dont 3 sorties prévues en G1 et 2 en G2 ; 3 hystéroscopies prévues et réalisées, et 6 IVGs.

J'arrive en gynécologie et je revois Anne qui vient de reprendre le boulot après un arrêt de presqu'un mois. Elle dit que c'est son premier jour et donc qu'elle avance lentement. Je lui réponds que c'est son « J1 » et elle me dit que oui, qu'il faut surtout aller en douceur. Je salue Berthe et Vanessa, la visite de G1 vient de terminer et celle de G2 va commencer. Je retrouve Ophélia en train de nettoyer une chambre et Odette qui s'approche pour l'aider. À ce moment,

je salue Odette et l'on commence à discuter de leur travail. *Odette me dit que c'est calme en ce qui concerne la quantité de patientes, mais qu'il y a toujours beaucoup de lourdeur des patientes. Elles étaient en train de nettoyer la chambre d'une patiente hospitalisée pour son cancer du sein, et les deux chambres voisines étaient aussi occupées par des patientes atteinte de cancer, dont on « congelait l'ovaire » pour enlever le cancer et faire de la chimio. On parle de la pénurie de personnel, mais Odette précise justement que ce qu'elle ressent maintenant c'est la lourdeur morale, qui parfois peut s'ajouter à la lourdeur physique du service. Autrefois, les interventions étaient « toutes des laparotomies », les soins étaient lourds, et maintenant ce sont en grande partie des cœlios, ce qui contribue à diminuer la charge physique de la prise en charge. Elle ajoute que techniquement c'est plus évident maintenant qu'autrefois, mais que malgré cela, moralement c'est difficile : elle dit revenir de 10 jours de « pause » et que « ça y est, c'est parti » ….*

Je l'interroge sur le service avant, en particulier lors de la présence du docteur Leprêtre, et elle me répond qu'avant le service était beaucoup plus grand, que G1 et G2 étaient complètement autonomes et que les AS, malgré qu'elles étaient plus nombreuses, cela revenait au même puisqu'il y avait un nombre plus important de patientes. Les cas étant plus lourds, non seulement à cause de l'aspect technique moins avancé, mais plutôt des soins chimio thérapeutiques prodigués dans le service suite à l'intervention, elles s'entre aidaient. Elles avaient des contacts prolongés avec les patientes (10 jours pendant leurs cures) mais surtout elles en accompagnaient plusieurs en fin de vie. Maintenant, elles ont moins de contact puisque la prise en charge des patientes est ponctuelle, et qu'elles les renvoient ailleurs pour la prise en charge de chimio. Je la remercie de sa confiance et je reste dans le service. Je retrouve Anne qui me dit que son souci majeur est d'arriver à la fin de sa journée, qu'elle angoisse là-dessus. Une patiente réclame que son lit n'a pas été fait, pendant qu'on discute. Vanessa vient la voir et appelle Anne pour venir le faire, en lui parlant correctement. *Anne s'excuse et va faire le lit, je l'accompagne ; elle souffle beaucoup. En sortant, je le remarque et elle me dit qu'elle vient de changer la médication pour l'asthme auprès de son pneumologue et que cela est lié à sa fatigue. Elle a fait une grosse déprime dernièrement et cela a été toujours sa façon d'être, elle a toujours posé des arrêts puisqu'elle avait besoin de se ressaisir, depuis toujours cela était sa stratégie. Elle me dit qu'adolescente, c'était le mal aux jambes qui lui facilitait de ne pas aller aux cours. Elle arrive à me dire que son mal-être était lié à ses douleurs et que, quand elle ne se sentait pas bien, c'était sa façon de prendre « de la distance ». Ensuite, elle me raconte toute une description de son parcours*

avec des « prises de distance », elle avait même doublé son CP toute petite, avec l'asthme. Elle lie cela au fait de ne pas être à l'aise, et le relie à une autre histoire de son adolescence, où elle était obligée par sa mère de socialiser avec les voisines dans la rue où elle habitait – c'était un cauchemar pour elle à 13 ans, elle se sentait très bien « chez elle ». Elle rajoute que sa « pauvre petite mère » n'avait pas d'instruction pour se rendre compte de son mal-être et qu'elle croyait que sa douleur était physique au lieu de psychologique. Elle, en revanche n'osait pas parler ; elle relie cela au fait que l'éducation d'autrefois comportait une politesse, un respect pour les anciens - c'était difficile pour elle aussi de pouvoir s'imposer. Elle me dit encore qu'elle tient l'asthme de sa grand-mère et qu'elle se rend compte que sa petite fille est très pareille, mais que sa mère (donc, sa fille à elle) est plus compréhensive et essaye de la stimuler au lieu de l'obliger à faire des choses. Sa petite fille est introvertie comme elle, me dit-elle, mais elle a plus de stratégies qu'elle n'avait à son âge. Odette nous rejoint, et Anne mentionne le fait que j'étais impressionnée par son soufflement. Odette n'est pas trop attentive. La tension est évidente entre ces deux collègues. Anne est tenue pour une AS qui devrait partir à la retraite le plus tôt possible, puisqu'elle porte préjudice à l'équipe, quand elle s'arrête, elle n'est pas remplacée dans le service. J'observe que tout de suite Odette s'en va, et qu'Anne essaye de s'occuper. Le bureau des infirmières est rempli d'externes, donc c'est impossible de faire la transmission à ce moment. Berthe et Geneviève dans la salle des médicaments discutent des patientes qui pleurnichent pendant la contre-visite des infirmières, mais qui essayent de se comporter de façon brave face aux médecins, disqualifiant ainsi les commentaires des infirmières. Berthe m'apprend que c'est encore plus difficile lorsque les patientes ne disent rien et se plaignent tout cours au médecin.

Je vais saluer Caroline au bloc, elle est prise par les IVGs, ils sont 6 aujourd'hui, dont 5 IVGs et 1 RU. J'apprends pendant que Caroline est au bloc, qu'Edwige, IADE, infirmière anesthésiste, allouée au pavillon, qui transite entre le bloc de pédiatrie et celui de maternité, est l'infirmière en salle de réveil. Elle se présente, s'intéresse à la recherche, et commence à parler de l'image du petit bloc des IVGs parmi ses collègues. Les IADE, m'explique-t-elle, ont un statut différent, puisqu'elles sont cadrées par les anesthésistes, et par un cadre de proximité – IADE - et non par les patrons du pavillon. Elle disait qu'à la fin, les IADE sont plus déliées et isolées par leur manque de place dans les équipes du pavillon. Elles tournent chaque deux mois, et sont une petite vingtaine dans le pavillon. On doit interrompre notre discussion puisqu'une patiente qui venait pour une IVG doit retourner au bloc. En effet, elle est mise en salle de réveil et Edwige doit s'en occuper puisqu'elle doit retourner au bloc :

dans l'après coup -par échographie- le chirurgien apprend qu'il n'a pas enlevé l'embryon. Je repars, préviens Caroline que je reviendrai, elle me demande de l'accompagner pendant qu'elle mange, on se met d'accord.

Je repars en gynécologie et vais manger avec Odette et Anne. On discute de leur travail et de mes allers-retours au CHU. Les deux veulent participer et en savoir plus sur moi, elles me posent des questions assez personnelles. Je vais rejoindre Caroline et on part à la cuisine des ASHs, elle me raconte son anniversaire, comment les collègues l'avaient oublié, et qu'elle a pu se sentir bien entre d'anciennes amies le week-end, quand elle a fait un repas pour le fêter ! Elle me dit qu'Odette est très timide, mais qu'elle aurait beaucoup contribué, puisqu'elle est là depuis 20 ans. On est arrêtée, puisqu'il faut qu'elle reprenne ses activités. Mathilde discute un peu avec moi du service, mais c'est Edwige qui patiente pour me parler à nouveau, toujours de façon comme si de rien n'était, elle continue à vouloir me raconter comment les choses se passent dans le service. *Elle me dit que les nouvelles IADE ne veulent surtout pas des IVGs, elles sont très ciblées pendant leur formation pour aller au bloc – maternité ou pédiatrie, peu importe -, et que la salle de réveil est déjà représentée comme un travail de deuxième zone ; pourtant, elle ajoute, « c'est autant important savoir endormir que de savoir réveiller ». Elle est au pavillon depuis 4 ans et me dit que ça va mieux. Au bout de la conversation je lui demande si je pourrai la suivre un jour sur le grand bloc et l'accompagner en salle de réveil. Elle m'explique que ce n'est pas évident d'entrer au bloc, mais que pour la salle de réveil elle serait partante et disponible, que comme ça je pourrai connaître d'autres IADE et avoir une idée plus sensible de leurs représentations du travail au pavillon.*

Je vais en gynécologie et me retrouve dans l'office avec Maude et Katia. Elles discutent de leurs enfants, du sport, etc. Je propose à Maude, avec qui j'avais déjà abordé le sujet le lundi 03 décembre, de passer l'entretien. Elle semble vouloir, mais être prise par la surprise de la proposition et gênée de ne pas avoir du temps pour bien le faire. Moi, je reste souple et pars voir Ingrid, infirmière dans G1, qui parle des difficultés auprès des chirurgiens au moment de faire la dernière visite ou de régler les papiers et les ordonnances de la patiente. Elle est confrontée à une patiente qui veut partir, mais à qui manquent les papiers de sortie et qui probablement devra attendre jusqu'à la fin de l'après midi, fin du staff du bloc opératoire, pour avoir accès à un médecin qui lui prescrive ce qu'il lui faut. Ingrid part au bureau pour répondre au téléphone et doit rester longtemps (plus de 3 minutes) pour rassurer la patiente. Au bout de cinq minutes, elle commence à s'énerver avec la patiente qui ne la lâche plus ! *En parlant des situations difficiles avec les patientes, Ingrid me dit qu'au début de sa grossesse,*

elle avait très mal au cœur et qu'elle ne supportait pas les patientes qui venaient comme des « vomisseuses » et qui ne « bougeaient pas le cul » tandis qu'elle se levait tôt le matin pour venir travailler. Ces patientes la mettaient dans une forte colère, selon elle. Maude m'intercepte pour demander de passer l'entretien. On commence à l'office et de suite on doit partir à la salle de médicaments pour le finir, puisque les collègues veulent manger. À la fin de l'entretien, Ingrid vient nous interrompre pour demander que Maude aille voir une patiente. À ce moment, la cadre de soins arrive et je glisse l'enregistreur rapidement de sorte que Maude n'ait pas de problèmes avec la cadre. On repart à l'office, maintenant pour discuter avec des collègues. Maude va voir la patiente, Katia parle du travail en libéral, qui a des horaires coupés et, qu'il est devenu impossible dans son cas de travailler en libéral avec son petit à prendre en charge. Elle me raconte que les patientes dans leurs maisons sont plus raisonnables, sont aussi plus à l'aise, et plus dans la reconnaissance. Les AS qui viennent sont là pour les dépanner, tandis qu'à l'hôpital les patientes sont dans une attente de service à la clientèle. Maude me raconte qu'autrefois les services avaient des chambres, et même des soignantes à part pour « le privé », et « qu'il fallait étendre le tapis rouge à ces patientes ». Je les remercie de leur confiance et demande à Katia quand est-ce qu'elle m'accordera son entretien… elle se sent plutôt contente que je lui propose et on décidera dès qu'elle pourra. Enfin, en partant, Mme Henri me parle de ses soucis avec la cadre sup et les contraintes et méfiance de cette cadre même lors d'un jour de repos. Elle partage que son mari ne comprenne pas tout et qu'elle essaye de ne pas trop lui parler pour préserver sa vie personnelle, mais que Mme Evêque est très intrusive et difficile à contrecarrer. Elle me raconte l'épisode d'un « bon de noël » où elle n'arrivait pas à rencontrer Mme Evêque, et elle l'avait donc appelée lors d'un jour de repos et avait entretenu des propos méfiants et agressifs au téléphone. Au deuxième appel, cette fois d'une collègue à elle, Mme Williams, sur le même sujet, dit avoir explosée indûment. Elle trouve que la stratégie pour pouvoir rester dans le service, c'est de menacer, à son tour, la cadre sup de ne plus pouvoir tenir. Elle affirme que la cadre est réputée dans l'école de cadre comme très difficile, ainsi que le patron, avec son langage très ordurier… mais qu'ils ne trouveront pas facilement quelqu'un pour la remplacer au cas où elle ne tiendrait plus.

Observation au CHU le 17 au 18 mai 2008 : Unité de Gynécologie et urgences

Participantes : IDE nuit: Monique; Matin : Sandrine et Madeleine. AS nuit: Béatrice; Matin : Ingrid et Maude.
AS aux urgences : Paule.
Il y a 6 patientes en G1, et 3 patientes en G2.

J'arrive à 21h05 et je me présente à Monique (ide) et à Béatrice (AS). La transmission avait été déjà faite et elles organisaient, leurs chariots pour faire la visite. Monique vient me voir et me demande sur quoi porte la recherche que je réalise. Après lui avoir expliqué le rôle du commanditaire, Post Next et ma thèse, Béatrice s'approche pour avoir elle aussi accès à la discussion. Elles m'ont donné des uniformes d'infirmières et on a commencé, aussitôt la visite aux patientes.
Monique reprenait avec moi chaque patiente, en m'expliquant avec beaucoup d'intérêt l'aspect médical et psychique tandis que Béatrice me parlait plutôt de l'intervention réalisée et du type de médicament utilisé. Ce soir, elles ont à peine 9 patientes à gérer. A chaque fois qu'elles entraient dans les chambres, elles ne l'allumaient pas, mais utilisaient plutôt l'illumination du couloir.
Patiente 1 à eu une grosse intervention abdominale (HEC) et est en J3, elle a un cancer, et devra subir de la chimio. Elle n'est pas tout à fait au courant de son diagnostic puisqu'elle est « schizophrène », me dit Monique en sortant de la chambre et cela l'empêcherait d'assimiler l'information d'un seul coup. En entrant dans la chambre, la patiente cherche le contact, elle parle de son mal au ventre, mais ni Monique, ni Béatrice ne s'attardent dans la discussion. Monique reprend sur les questions médicales, demandant si elle avait pris ses cachets, et en vérifiant sa perfusion. Béatrice lui propose une friction au dos et une tisane de tilleul. La patiente refuse la tisane mais accepte la friction « oui, si cela lui fera plaisir ! », réponse qui vite part en dérision pour « recadrer » la patiente sur son besoin à elle. Béatrice lui fait, quand même la friction, et la patiente à froid avec le gel utilisé, disant que Béatrice se venge d'elle. Pour la douleur, Monique lui demande si elle préfère un comprimé « voie orale ou effervescente », la patiente confuse, interroge si l'effervescente ne serait pas par voie orale. A la fin elle se décide pour l'effervescente. Monique cherche le médicament dans son chariot pendant qu'on l'attend dans la chambre. Au moment où le médicament est servi, la patiente dit qu'elle avait demandé un comprimé, car elle supporte très mal les effervescences dans son estomac. Monique et Béatrice étaient, comme moi, restées confuses mais sans plus, elles ont changé le comprimé. Monique et Béatrice ont juste le temps de sortir de la chambre avant

d'avancer des commentaires sur la patiente, en l'excusant à cause de sa maladie « la schizophrénie », elles se mettent d'accord qu'elle est « un peu spéciale ».

Patiente 2 est à un an de la retraite et vient d'apprendre la semaine dernière qu'elle a un cancer et qu'elle est devenue paraplégique, à cause d'une métastase déjà présente dans son épine dorsale. En entrant dans la chambre, la patiente a l'air triste et en introspection. Elle ne veut pas trop discuter, et c'est sûrement désagréable pour elle de se vivre dépendante, alors qu'elle est extrêmement lucide : elle ne contrôle plus ni sa miction (elle a une sonde, d'ailleurs) ni sa défécation et elle utilise une couche. L'infirmière et l'AS la remettent en bonne position pour éviter la formation d'escarres, lui font un massage de la fesse qui commençait à rougir par manque de changement de position. Elles discutent de son départ en neurologie, ce que ne lui plaît pas. Devant son visage de souffrance, je souffre et ressens une chute de tension. J'approche une chaise pour me tenir. En sortant de la chambre, Monique m'apprend qu'elle est en gynécologie parce qu'ils croyaient que la tumeur primitive se situait dans son appareil reproductif, et après l'intervention, ils ont constaté qu'ils n'ont toujours pas trouvé la tumeur primitive. Elle repart en neuro puisque son épine est très atteinte, et doit y suivre des examens. Elle parle longuement des effets d'avoir appris le cancer il y a 10 jours, après le déclenchement de sa paralysie.

Patiente 3 : une césarienne qui va bien mais dont le bébé est en néonat puisqu'il est né avec un petit poids (1kg800) à 37 semaines (donc considéré à terme) mais avec un retard de croissance. Elle est fatiguée d'être en gynécologie et a eu du mal à aller visiter son fils – selon les infirmières. Son contact avec l'enfant va mieux.

Patiente 4 est une patiente transférée de la clinique Madeleine, césarisée (40 semaines) pour son premier fils qui ne va pas bien ; il a eu de l'anoxie pendant la césarienne et a également fait des convulsions. Elle était au fond de son lit, et réclamait un antalgique, mais ne voulait ni tisane, ni rien. Elle est allée voir son fils en réa à pieds, au lieu d'y aller en fauteuil roulant. En sortant de la chambre, Monique me dit que son mari lui « met la pression » comme si elle avait le pouvoir de régler la situation de leur bébé, et qu'il l'accuse puisqu'il a 3 enfants, normaux, qui vont bien, et avec lesquels ils n'ont jamais eu des soucis. Son état après la césarienne n'aide pas non plus son moral.

Patiente 5 a subi l'enlèvement de son utérus à la suite d'un fibrome. Avant d'entrer dans la chambre, on discute sur le fait de se faire enlever l'utérus, ce qui est banal pour Monique – c'est mieux, de toutes façons elle a 39 ans et 3 enfants. C'est la première patiente à

commenter le fait qu'on soit trois aujourd'hui. Elle dit avoir un peu du mal, « ça tire dans le vagin » mais ne veut pas d'antalgique.

Patiente 6 est une patiente africaine, enceinte de son deuxième enfant à qui un cerclage du col utérin vient d'être enlevé, puisqu'il n'est pas sûre que cette grossesse aboutisse à terme. Depuis son arrivée elle ne saigne plus, mais le cerclage a été enlevé par prévention d'un dégât qui pourrait se produire, si elle venait à expulser le bébé. Elle est particulièrement préoccupée par sa fille qui est chez une amie, mais qui n'est pas pour autant bien gardée. Elle veut savoir quand elle passera l'échographie.

La patiente en G2 est âgée, d'une drôle d'humeur, « bizarre » selon Monique et Béatrice ; elle ne répond pas immédiatement aux questions posées, mais Béatrice me dit « se marrer avec elle ».

A 23h30 on s'assoit à l'office pour prendre un café, pendant que je mange. Monique me raconte qu'elle vient de réanimation (Perpignan) et est là depuis 3 ans. Elle connaît mon collègue chercheur, ils ont été à l'école ensemble. On discute du projet, en ce qui concerne les conditions de travail et les stratégies pour faire face au boulot, et Monique me dit éviter d'entrer trop en contact avec la souffrance psychique des patientes pour pouvoir bien faire son travail.

En discutant des conditions de travail la nuit, elles se comparent aux différentes équipes (binômes) en gynéco et à la maternité. En parlant des autres collègues de nuit – en particulier Marianne et Emilie qui « s'attirent pas mal de travail » et « Annie qui tombe normalement sur des choses très lourdes ». Béatrice dit que sa nuit est, en grande partie « servir du tilleul ».

Béatrice me raconte aussi que la nuit est différente du jour, notamment en ce qui concerne « aller vers les autres équipes plus facilement ». Elles reconnaissent avoir une autre relation avec les SF, et elles croient que les soignantes du jour sont plus dans la défensive et donc moins ouvertes vers les SF des autres services. Béatrice m'explique que les équipes sont toujours « donnant-donnant » dans leurs échanges, et Monique est dans le pavillon la seule infirmière la nuit, ce qui facilite les échanges avec les SF, qui n'ont pas de connaissance en dehors du champ de l'obstétrique et qui font appel à elle. Egalement, dès qu'elles ont besoin, les SF/ AS descendent pour aider. Si Monique est appelée aux urgences, Béatrice « garde la boîte » en gynécologie.

Le Dr Laure vient nous saluer et prend des tisanes de tilleul, reconnu comme le meilleur tilleul du service. Tout de suite d'autres sages-femmes et AS viennent en prendre aussi.

En parlant du binôme, Béatrice m'explique que pendant la nuit cela ne peut pas se faire autrement, mais que ce n'est pas pareil à l'UGP. Elle m'invite à venir l'observer une nuit en UGP, puisqu'elles tournent chaque mois sur la gynéco ou à l'UGP.

Monique, en parlant de la cadre de soins m'explique qu'elles ne la connaissent pas, puisqu'elle n'est jamais venue saluer l'équipe de nuit. Les échos qu'elle a pu avoir de l'équipe de jour est que « c'est foutu avec l'équipe : elle n'a jamais été avec ou pour ses soignantes ». C'est une fille de réanimation, très jeune et qui n'a pas la légitimité. Monique insiste sur la légitimité, accordée par les soignantes de l'équipe, qui repose sur un « savoir faire ». Elle (Monique) a eu des échos aussi des soignantes en réanimation, de sa façon de travailler (de Mme Henri). Elle m'explique que « ça tourne », mais ne rentre plus dans des détails. Ce qui gêne le plus Monique, c'est qu'elle (la cadre) est d'abord soignante, et si l'équipe est débordée, il faut qu'elle soit solidaire et qu'elle les aide aussi. A titre d'exemple, elle évoque la situation qu'elle a entendue un jour où les collègues de jour étaient débordées. A l'arrivée d'un soin externe (prise de sang), elle a détaché à toute vitesse une des ides pour assister la patiente, au lieu de faire le travail elle-même, en respectant le travail de l'infirmière dans le service. Béatrice réagit en disant qu'elle n'est plus soignante, elle ne se voit plus et ne veut plus être dans le soin : « Elle est cadre maintenant, il faut qu'elle s'affirme et il faut qu'elle ne fasse plus de soins ». Monique a une autre hypothèse, « elle n'a pas la compétence ». Béatrice discute du rôle de la cadre supérieure qui ne permet pas à la cadre de développer des changements dans le service : « elle est en porte à faux ».

Monique prend le pari que Caroline sera sa remplaçante pendant son congé maternité, et « elle est un amour », elle fera de son possible pour « protéger l'équipe ». Elles ne savent pas encore si Madeleine pourra rester pour combler la place de Caroline jusqu'au retour de Mme Henri.

Tandis que je m'intéresse au rapport entre le service de gynéco et la maternité, Béatrice me dit qu'on est d'accord, que la gynéco est le « service poubelle » - tout ce qui ne va pas, tout qui est lourd à gérer c'est en gynéco que ça part. Monique corrige cette vision en disant que c'est aussi « la vocation du service, encore que la réciprocité n'existe pas ». Par cela, elle signale que le service de gynécologie « ne pourra pas envoyer ses gros blocs en UGP, puisqu'il y a que des SFs, qui ne passent pas « partout » comme nous les infirmières », c'est-à-dire, les SF ne savent pas gérer les cas que les infirmières gèrent. Béatrice ajoute qu'en gynéco, elles ont réussi quand même à « s'imposer en ce qui concerne l'envoi des patientes césarisées sans leurs bébés ». Elle m'explique que face aux morts fœtales et aux IMGs du service, « ça ne pouvait pas le faire ».

Je m'intéresse aux relations entre SF et AS et à la façon de s'organiser en tant qu'équipe de soins. Béatrice m'apprend que les relations avec les SF se passent aussi bien qu'avec les infirmières. En revanche, elle signale que les filles (SF) en salle de naissances sont plus tendues qu'en suites de couches ou même à l'UGP. Elle signale aussi que les collègues AS de l'équipe en maternité n'ont jamais travaillé ailleurs, et donc elles ont un rapport assez particulier avec leur travail. Quand quelqu'un essaye d'introduire des changements, elles prennent des arrêts tout de suite.

Monique et Béatrice sont unanimes sur le fait de ne plus vouloir travailler de jour : elles voyaient trop d'enjeux avec l'encadrement et avec les médecins. Monique est depuis 2 ans de nuit, et elle voudrait partir en réanimation la nuit également, car elle trouve qu'elle arrive à être mieux avec ses trois enfants. Béatrice a 32 ans de profession dont 12 de nuit.

En parlant de l'intégration de Monique dans l'équipe, elle me dit qu'il « est vrai que les filles ici sont particulières, ce n'est pas pareil quand on a des hommes dans le service ». Elle se dit avoir eu de la chance parce qu'elle venait de réanimation, donc il avait beaucoup de situations où elle a pu être sollicitée, qui la mettait en valeur, puisqu'elle était la seule à savoir faire. Elle a été également protégée par Mme Valéry (l'ancienne cadre du service) qui l'épargnait des mort fœtales, IMGs, etc. parce qu'elle était enceinte. Béatrice, en revanche, se souvient d'une jeune infirmière qui a très mal vécu son intégration dans le service et qui s'est fait muter en néonatalité, elle est maintenant épanouie et elle vient de temps en temps « saluer les filles » histoire de dire qu'elle va bien et qu'elles l'ont mal jugée et mal jugé son travail. Béatrice ponctue le besoin constant d'avoir un bouc émissaire dans le service.

Sur l'hôpital de jour, Béatrice pense que cela sera encore un motif de dispute avec les autres unités « encore on sera prise pour des feignantes, des lâches », avec des chambres vides, « ça ne va pas arranger les choses » et elle croit que cela va aggraver les rapports avec l'équipe de jour : « les infirmières vont se trouver à 7h du matin avec des patientes qui rentrent pour une intervention, mais sans lits pour les installer ». Monique est d'accord et en parlant de résoudre le problème avec la hiérarchie, elle croit que les infirmières n'ont pas la même proximité ni le pouvoir de défier un médecin par rapport aux SFs. Monique signale que les SFs étant du corps médical, elles ont plus accès aux médecins, et en particulier au Professeur Ménard. En revanche, elles peuvent se faire écraser si elles font appel au patron pour résoudre une dispute avec un médecin et qu'elles ont tort. Béatrice résume, « il faut avoir de bons justificatifs, sinon elles se feront lyncher ».

Monique s'attarde à m'expliquer les relations entre les anesthésistes et les chirurgiens, et que ce sont les premiers qui ont la primauté de décider si un patient peut ou pas se faire opérer: « les chirurgiens dépendent d'eux ». Les infirmières, quand elles ne sont pas d'accord avec un anesthésiste les appellent par téléphone et leur demandent de descendre faire et exécuter la prescription, qui normalement est faite par téléphone.

Monique me donne un exemple de confrontation avec Laure, chirurgien, qui lui dit en arrivant dans le service, qu'elle n'est pas de tout contente que la patiente – une IMG de son premier bébé, due au syndrome de HELLP – reste dans le service. Cela a fait que Laure a entendu que si elle ne voulait pas être embêtée la nuit, il fallait faire monter la patiente en salle de naissances pour « expulser » son bébé de 20e semaine, au lieu de la laisser expulser dans son lit en gynéco, avec tous les risques d'un cas lourd (HELLP). Monique et Béatrice ont chacune déjà ramassé des œufs expulsés dans les lits, et elles trouvent difficile le vécu de cette expérience : « on voit les doigts, on voit tout, il est tout petit, mais déjà formé ».

Edwige, une AS qui tourne entre urgences et salle de naissance vient visiter le service. Elle me parle des accouchements, me dit que si la visite a été bien faite, on a une nuit calme, la patiente est rassurée et dort tranquillement ». Elle utilise la même formule pour penser l'accouchement et la dilatation des patientes : plus elles se prennent la tête, plus l'accouchement est difficile et elle me répète le dicton de la maternité « ?? bassin qui glisse ». Elle discute aussi du « mythe » des violences aux urgences la nuit : en parlant aux gens calmement et poliment, les gens arrivent à se calmer et à être respectueux.

Edwige repart et je descends avec Béatrice pour connaître un peu la réalité des urgences. En retournant, on retrouve Monique et Béatrice qui me posent des questions sur l'entretien que j'aurais aimé faire passer aux soignantes. Après leur avoir expliqué, Monique parle de la reconnaissance, et comment cela manque dans le service, le médecin, qui soit ici ou ailleurs, selon elle, ne s'adresse jamais à elles pour les remercier ou les reconnaître. Une des façons qui lui permet de se sentir reconnue est « les échos des urgences, comme quoi on assure ». Elle reproche aux médecins de ne leur faire pas confiance et par conséquent, de ne pas se sentir entendue. La nuit se passe différemment selon Monique « parce qu'ils n'ont pas le choix ». Elle me raconte l'histoire de la belle fille de Mme Evêque, décédée dans le service avec Annie, qui avait fait appel au médecin de garde à maintes reprises, puisque la patiente n'allait pas bien. En effet, elle me dit que jamais on ne saura ce qui s'est passé là dessous, mais le bip n'enregistre que le dernier numéro, ce qui pourrait être trafiqué facilement. Il n'a pas de mémoire des appels réalisés ni combien d'appels ont été passés avant une réponse.

Annie a donc, dû rester la nuit toute seule avec la belle fille de Mme Evêque « Elle travaille en milieu de semaine sur les repos des filles de nuit, et normalement elle se tape du travail chargé : le week-end est normalement plus calme ».

Béatrice prend la parole pour parler un peu de la situation des AS, qui est encore plus dans l'invisibilité. Il y a des infirmières, ainsi que des médecins qui mettent de la distance par rapport aux AS, et qui ne les reconnaissent pas – cela péterait s'il fallait qu'elle travaille avec une infirmière se comportant comme ça. Elle donne l'exemple des infirmières « qui osent venir te chercher pour que tu poses le bassin ». Elle me raconte aussi des conflits avec les collègues de jour qui l'appelaient la « fille de nuit ». Elle a pris le temps de venir dans le service un peu plus tôt, se présenter, essayer d'avoir des rapports, se faire connaître. Monique en soutien de Béatrice dit que tous les soins sont infirmières, et qu'à la base, tout ce que les AS et ASH font, une infirmière devrait pouvoir le faire – c'est par délégation que les AS le réalisent.

Béatrice me raconte également des changements dans l'organisation du travail dernièrement, conçus par l'encadrement, lors de la mise en place des 35h, et soutenus par le syndicat. Elles ont passé du 4x4 au 3x2 (grandes et petites semaines) ce qui a cassé l'esprit d'équipe, puisqu'elles se voyaient plus souvent, elles étaient moins figées dans un binôme que maintenant.

A 05h20 elles font le 2ème et dernier tour des patientes, seulement l'une d'elles rentre dans les chambres, pour privilégier le sommeil, m'explique Monique. La relève est faite à 6h séparément : les infirmières au bureau, les AS dans l'office.

Annexes II : Entretiens avec les soignantes en maternité

Entretien avec Katia, AS en gynécologie, le 15 février 2008

Chercheur/ moi – Je veux que tu me précises ton temps de diplôme, ton temps de service…
Katia – Alors, tu veux que je dise mon prénom ?
Chercheur/ moi – Si tu veux ? Je le garderai secret de toutes façons.
Katia – moi, je m'appelle Katia, j'ai eu 29 ans en novembre, ça fait deux ans en janvier que je suis ici en gynéco, ça fait bientôt dix ans que j'ai eu mon diplôme… ça fera dix ans au mois d'avril, voilà. Avant d'être ici j'étais en urologie, j'ai fait cinq ans d'urologie.
Chercheur/ moi – La tête…
Katia – Ah, non, j'ai trop aimé. J'aimé bien l'urologie. Je suis partie pour des raisons autres... Moi j'aimais bien l'urologie et puis voilà, quoi.
Chercheur/ moi – Et avant l'urologie, tu étais aussi en gériatrie ?
Katia – J'ai fait de la gériatrie et du domicile.
Chercheur/ moi – Donc, tu as eu ton diplôme et par la suite, tu as fait comment ?
Katia – C'était le diplôme, j'ai commencé par la gériatrie pendant un an, j'ai fait du domicile pendant un an et demi pratiquement et après j'étais en urologie.
Chercheur/ moi –5 ans en urologie et deux ans ici. Donc, tu as été diplômée assez jeune, eh ?
Katia – dix-neuf ans.
Chercheur/ moi – Dix-neuf ans… donc bravo déjà pour ça, et donc est-ce que je peux te poser quelques questions? Pour l'urologie, tu aimais le service et puis tu es en gynécologie, qui est presque l'opposée. Donc, comment es-tu tombée ici ? Es-tu venue exprès ?
Katia – J'ai voulu partir parce que j'avais des soucis au niveau relationnel, avec une personne, mais de toute façon ça me retombait dessus, je n'avais pas le choix, il fallait que je change de service…
Chercheur/ moi – C'était au CHU déjà ?
Katia – Oui, oui, au chu, après j'ai voulu rester en chirurgie aussi parce que j'aime bien, ça bouge et puis, ce n'est jamais les mêmes têtes, qu'en gériatrie c'est toujours les mêmes personnes. J'ai trouvé donc de la chirurgie, et après comme tout le monde, quoi tu es feignante, entre guillemets, donc tu ne cherches pas ce qui est le plus lourd non plus, donc tout ce qui était neurologie n'était pas possible pour moi; digestif, j'avais fait un mois de

remplacement et je n'ai pas aimé, par contre, trop (soupir) … trop bon cœur, ça n'allait pas, j'avais envie tout le temps de vomir, parce que voir « l'ecchymose », des hémorragies, la diarrhée tout le temps, ça ne m'a pas plu du tout. L'ortho il n'y avait pas de place disponible, donc je suis venue voir la gynéco, je ne connaissais pas. Donc, j'étais,… j'écris, etc. et j'étais voir un gars, qui m'avait dit « il y a déjà des noms sur le poste, je vous prends parce que je suis obligé, c'est encore vacant, mais il n'y aura pas de suite ». Je suis repartie quasiment en larmes, parce que « je ne partirai jamais de l'urologie, que je me disais ». Et puis peu de temps après, mon chef reçoit une lettre, soit disant « Katia, c'est pour vous, venez dans le bureau, … » et je me suis dit, « oui, bon, si ce pour me dire que je ne suis pas prise… », « Vous venez ». Et là, j'ai ouvert et j'ai vu, là j'ai sauté de joie dans le cabinet. Chacun son truc, j'ai cru que là, j'aurais l'embrasser. (Rions) enfin je sortais de là. Et puis, je suis arrivée ici. Voilà, hyper bien accueillie, et l'accueil… j'ai fait des services, mais ici c'était le seul accueil qui était chaleureux. C'était le seul service où on t'a dit « on est content de te voir ».

Chercheur/ moi – … ou « je suis content que tu sois là ».

Katia – Voilà. Ah, oui ! Impeccable. Donc, moi je n'étais pas très, très encadrée, parce que le moment où moi, je suis arrivée, il y avait quelqu'un qui était arrêtée, et puis j'étais encadrée une journée, j'étais de repos une journée, parce que j'avais fait mes congés dans l'autre service et quand je suis revenue, bah, j'étais toute seule dans le service et j'ai déjà pris un secteur. On apprend sur le « tas », quoi. Mais non, j'étais super bien accueillie et puis c'était complètement différent quoi, je n'ai jamais vu une telle ambiance, quoi. Ah ! Sur tous les services que j'ai fait, au niveau AS, nous sommes vachement soudées, et tu as un souci on te dit « oui ». Moi, je sais qu'au niveau AS je suis très contente.

Chercheur/ moi – C'est vrai que ça c'est super important, déjà au niveau ambiance…

Katia – Par rapport à l'urologie, où j'allais à reculons, ici non, ça ne me gêne pas du tout, même les soirs, ça ne me gêne pas de les faire. Ah, non ! Je viens ici vraiment … voilà quoi, je suis contente de venir travailler. Et c'est le premier service, le service qui m'a vraiment…

Chercheur/ moi - … plu ? ... au niveau des collègues/ de l'ambiance…

Katia – Ah, oui !

Chercheur/ moi – C'est vraiment génial que tu sois tombée dans ce service… où on se sent déjà au départ accueillie, et ici tu trouves que tu as ta place ?

Katia – Voilà !

Chercheur/ moi – *Et malgré la question de l'encadrement, tu as pu avoir ta place au sein de l'équipe ? Malgré le peu de temps que tu y as passé avec les autres en doublon* ?

Katia – *Ah oui ! Ici je n'ai pas l'impression que cela fait deux ans, ça fait plus, parce que je me sens vachement bien intégrée… j'ai l'impression que cela fait des années, quoi. Pour être si bien intégrée que ça, tu mets encore du temps, quoi. Deux ans, et tu te dis encore que tu es la dernière arrivée. Là non, là elles ne m'ont jamais dit ça.*

Chercheur/ moi – et encore tu es la dernière arrivée… c'est vrai qu'il y a Solange, mais elle…

Katia – *Il y a Solange, qui est là pour l'instant, il y a Anne, qui va passer la nuit. Je ne suis pas tout à fait la dernière arrivée. Je ne me suis jamais sentie la dernière, de toutes façons, elles ne m'ont jamais fait sentir, là, jamais. Moi, je me rappelle d'une collègue qui, une semaine ou deux après mon arrivée me parle et me fait « es-tu mariée ? » et bon je lui réponds « oui », bah elle me dit, « tu vas te divorcer » (rit). Je la regarde, je lui dis « merci, c'est gentil ». Mais elle me dit, « non, ici tu vas voir, c'est pareil, tout le monde est divorcé » et quand j'ai annoncé que j'allais divorcer, elle me dit, « mais là je blaguais Katia, il ne fallait pas me suivre ». Je lui ai dit « ne t'inquiète pas, je n'ai pas suivi, malheureusement c'était comme ça, eh ». Et toujours il y a un mot pour rire, quoi. Ici on rigole beaucoup….*

Chercheur/ moi - Tu étais très acceptée dans l'équipe d'emblée ?

Katia – Rit beaucoup. C'est vrai. Moi je suis à l'aise dans l'équipe, quoi. Moi, pourtant j'avais une politique, c'est ça que je me disais : « moi je veux changer tous les cinq ans ». Je veux changer, je veux apprendre, ça permet d'apprendre, de pas rester sur ses acquis et tout. Et bah là je reviens en arrière. Là je ne veux pas quitter la gynécologie, sauf s'il y a un gros truc, qui casse les équipes, ou autre, moi ; je ne veux pas la quitter quoi. Ah non ! Tu ne sais jamais sur quoi tu tombes, et là je suis tombée sur une très bonne équipe…

Chercheur/ moi – Il vaut mieux rester sur ses…

Katia – Voilà.

Chercheur/ moi – Maintenant sur tes activités : en rentrant un peu plus dans le détail, je veux que tu me listes d'abord quelles sont tes activités… mais aussi des activités, réalisées entre collègues, avec les infirmières, par exemple. Quelles sont les activités – quelles sont les situations qui t'apportent, dans le travail, où tu te sens reconnue dans tes compétences ?

Katia – Moi j'aime bien faire le binôme. Travailler avec l'infirmière. Tu fais ton travail, et tu apprends avec l'infirmière des gestes, comme purger une seringue, faire le « lovenox »… J'adore moi travailler en binôme parce que ça t'apprend toujours, t'apprend toujours ce que tu peux faire quand tu es toute seule, en toilette, j'adore le binôme.

Chercheur/ moi – mais ici on ne travaille pas en binôme, sauf si on parle de l'équipe de nuit.

Katia – Bah, ici, on travaille en binôme surtout le week-end. Le week-end on arrive à travailler en binôme, le week-end.

Chercheur/ moi – Donc, on effet, le travail en week-end est plus gratifiant pour toi ?

Katia – bah oui, pas forcément le matin, parce qu'on n'a pas le temps, nous avons notre travail et puis les infirmières sont aussi… mais dans l'après-midi, oui. Faire le tour avec les infirmières, prendre la température, voir s'il y a des saignements, faire la petite toilette avec sa collègue, avec quelques unes, pas toutes, ça j'aime bien.

Chercheur/ moi – avec la collègue ça peut être intéressant aussi…

Katia – Voilà. On voit d'autre chose, et on n'a pas la même approche. Je te dis, tu apprends, tu as des collègues qui te laissent faire, elles t'apprennent une fois, tu le fais la fois d'après, le binôme c'est quelque chose que j'aime bien travailler.

Chercheur/ moi –ça valorise et ça apporte… est-ce qu'il y aurait d'autres choses ? Pense aussi aux IVG… ce n'est pas souvent que je peux parler des IVGs… est-ce qu'il y aurait, dans l'ensemble des activités aux IVGs…

Katia – Les IVGs, je ne dirais pas que c'est valorisant.

Chercheur/ moi – Et pourquoi pas ?

Katia - *Tu fais tout le temps la même chose, tu … c'est assez répétitif, c'est toujours la même chose. Et pour nous ce n'est pas valorisant, tu fais trois-quarts du temps du ménage. Les soins ? Tu fais la petite toilette au retour du bloc et encore, si elle ne saigne pas, tu ne le fais pas… et tu ne travailles pas en binôme, parce qu'au moment où l'infirmière s'occupe de la patiente, tu es dans le service avec ta collègue. Donc en fait, tu n'as aucun contact, quoi. Si elle pose une perfusion, tu ne vas pas être là ; si elle commence à faire le protocole cytotec, pour l'ouverture du col, tu n'es pas là ; tu es dans le service. Donc, moi, je trouve que les IVG n'ont rien de valorisant…*

Chercheur/ moi – Donc là, ce n'est pas du tout valorisant. Et ici en gynéco ?

Katia – Selon le binôme, et ça dépend du soin que tu fais, pour une ablation de sonde ou de mèche, tu ne trouveras pas ailleurs. C'est la base c'est aussi des soins infirmiers, donc…

Chercheur/ moi – Donc, délégués aux AS

Katia – Moi, quand je suis arrivée ici, j'étais contente, je me suis dis, « tiens, je veux apprendre comment on retire une sonde », mais en urologie, il y a un maximum de sondes et à part la petite toilette, qu'est-ce que tu fais ? Tu ne touches à rien d'autre, vider les poches… Et quand je suis ai arrivée, bah, c'était superbe, quoi. J'enlevais des sondes, j'enlevais des mèches, super bien, une chose acquise en plus, tu vois.

Chercheur/ moi – Est-ce que dans le côté relationnel, autant avec collègues, équipes (ASH, infirmières) que patientes, est-ce qu'il y a eu des changements, pour que ce soit plus valorisant ?

Katia – Non, pas dans ce côté.

Chercheur/ moi – Parfois ça peut être des échanges avec des collègues sur les patientes…

Katia - *Il n'y a pas que du papotage. On papote, mais on parle aussi des patientes. C'est surtout avec les femmes qui viennent des IMG, ce n'est pas facile donc, tu parles plus. Comment toi tu vois les choses, comment tu vas rentrer dans la chambre… parce que moi je n'arrive pas, moi je ne parle pas…Non, les pauses ne servent pas que pour papoter, elles sont aussi là pour aller au bout de ce qu'on veut arriver à savoir, faire un petit détour, si tu la prends comme ça, si tu fais comme ça… peut-être que ça marchera mieux, si tu fais sortir le monsieur, peut-être qu'elle arrivera plus facilement à craquer… on essaye de trouver la meilleure des choses pour les patientes et aussi pour nous, pour l'approche, … mais si tu n'arrives pas à t'approcher de la patiente, elle le ressent et donc, elle ne s'approchera pas de toi. Donc, si t'approches d'elle en déviant un petit peu de la conversation, et après tu arrives à revenir sur les points de base, bah, ça passe mieux. Ce n'est pas facile, ce n'est pas facile du tout, parfois ça marche, parfois ça ne marche pas… des fois ça dépend aussi du jour, des fois de comment tu es, eh… Parfois ça ne marche pas, on a beau détourner la personne, elle ne répond pas… elle reste froide ; Voilà, tu ne sens qu'une chose, c'est qu'elle veut que tu partes. Donc, tu dis « bonjour », « elle est bonne votre température », et « à tout à l'heure et si vous avez besoin, surtout, n'hésitez pas … la sonnette, j'arrive … pas de problème ». ??? vous faites comme vous voulez, quoi. Des fois c'est un peu ça, des fois les dames vont parler, et puis, des fois elles ne vont pas parler, parfois elles n'attendent qu'une chose que leurs maris partent (accentue et remonte le ton de voix) pour parler un petit peu, parce que des fois quand il y a le mari, elles veulent être fortes. Pas faire voir qu'elles pleurent, et du coup, le mari les bloque et tout ça. Donc, …*

Chercheur/ moi – il n'y a pas mal d'enjeux…

Katia – *Oui, moi je trouve que sur les IMG oui, c'est dur, ce n'est pas facile de rentrer dans une chambre. Il y a un poids, à l'entrée, quand on se voit face à la porte, on dit tiens, il y a un poids « comment tu vas voir la dame », « comment elle va te ressortir les choses » ce n'est pas facile. Et puis tout ça dépend aussi du terme de grossesse où elles sont, plus la grossesse est avancée, moins c'est facile pour nous de rentrer.*

Chercheur/ moi – *et là donc, le couloir sert carrément, comme une place, ou un moment avant de … comme un sas avant de …*

Katia – *un refuge. On prend une grande respiration devant la porte, et « toc, toc, toc » et là (bruit comme un soupir pour lâcher la tension avant de commencer à causer à la patiente) « Bonjour Madame… » d'une voix haute. C'est vrai que par contre tu ne lui fais pas un grand sourire, parce que tu sais déjà ce que va lui arriver… mais on essaye quand même d'être un peu gaie entre guillemets, tu ne vas pas arriver avec la gueule de trois mètres, mais … elle n'a pas besoin de ça non plus en face d'elle, avec ce qu'elle subit déjà, donc, mais oui, c'est vrai que le couloir c'est un sas. Tu es là, (gros soupir) et après « toc, toc ». Oui c'est ça, c'est un sas.*

Chercheur/ moi – et donc, est-ce que dans ces situations relationnelles, dont on vient de parler, qui sont hyper difficiles, est-ce qu'il y a des moments où tu trouves que cela peut être satisfaisant ? Qu'est ce qu'elles peuvent t'apporter en tant que professionnelle? Ou alors, rien du tout ? Parce que dans ta liste tu as mentionné beaucoup d'actes techniques, mais il y a le côté relationnel qui est aussi beaucoup sollicité … On est interrompues… est-ce qu'il y a des situations relationnelles qui t'apportent en tant que professionnelle ?

Katia – Oui tout à fait, tu peux t'enrichir avec le relationnel des patientes, ça c'est sûre, moi j'évite d'aller dans le relationnel, enfin… je suis très relationnelle, j'écoute beaucoup les personnes, mais je n'ai trop envie de rentrer dedans, quoi.

Chercheur/ moi – Comment ça se fait ?

Katia – Je ne sais pas, je ne sais pas si c'est pour me protéger, … ou la timidité, mais… je vais rester…. Je les écoute, je vais les écouter, pas de souci, je vais leur donner des conseils, mais il y a un barrage qui se fait, je ne veux pas…

Chercheur/ moi – trop aller dans leur intimité ?

Katia – Voilà. Voilà.

Chercheur/ moi – Est-ce qu'il y a des collègues qui le font autrement ? Par rapport à ce que tu entends comme discussion dans le couloir ?

Katia – Je ne sais pas, moi je n'ai pas trop parlé de ça, donc…. Je ne sais pas sur ce sujet. Si, il y a celles qui vont dans l'intimité des gens, après… tout dépend aussi de la tchatche que tu peux avoir aussi, le contact. Moi, pour bien parler, il faut que je connaisse la personne, comme je suis de nature très timide, dans le travail je suis bien obligée d'aller de l'avant, parce que c'est mon travail, je vais de l'avant, je le prends sur moi. Mais je ne suis pas de nature à aller vers les autres à l'extérieur. Si elle ne vient pas vers moi, je ne vais pas aller

vers la personne. Donc, là je suis obligée parce que c'est mon travail, et que c'est du relationnel, mais, moi je ne vais pas rentrer dans une super conversation de parler comment ça va, et tout ça, je ne vais pas demander si sa famille va bien. Oui, si je vois une photo, je vais demander « elle est charmante, c'est qui pour vous ? » et elle me va parler un peu de l'enfant ou du petit fils, du mari, ou d'autres.

Chercheur/ moi – Donc, en ce moment, pour arriver à ton but technique, que ce soit une IMG, donc ce genre de stratégie, c'est une ressource. Tu considères quand même comme des acquis ?

Katia – Ah, oui ! C'est un acquis parce que quand tu fais un soin avec telle personne, c'est aussi dur que pour soi…Tu trouves toujours quelque chose pour … si elle est avec quelqu'un dans la chambre, par exemple le mari, tu vas dire « ton mari, il fait quoi…comme travail ? Ou … avez-vous des enfants ? Ou quels âges ils ont ? » Tu trouves de quoi parler, tu es obligée. Sinon, ton soin il est aussi bon pour l'un que pour l'autre… c'est pesant. Donc tu vas gratter dans le relationnel, et un petit peu dans son intimité mais, moi je reste en surface, quoi… je ne dirais pas « et votre fille, à l'école elle travaille bien ? » … faire la commère non, je risquerais de me faire avoir. C'est la personne qui va plutôt s'amener à moi, que moi qui vais poser des questions.

Chercheur/ moi – Donc, dans ces activités – ce sont bien des activités que tu ne sens pas qui t'apportent beaucoup, malgré qu'elles fassent partie des soins ?

Katia – Oui, ça fait partie des soins.

Chercheur/ moi - Mais ton but c'est plutôt la technicité ? Comment tu juges ton travail, s'il est bien fait ou mal fait ? Est-ce que tu te centres davantage sur les aspects techniques de l'activité, que les relationnels ?

Katia – surtout que bon, j'ai toujours peur qu'on me critique, sur mon travail, donc c'est vrai que c'est un petit mieux depuis que je suis ici, mais il n'y a pas de souci, s'il ne va pas, les collègues vont te le dire, mais j'ai tellement souffert au niveau relationnel avec les collègues, dans les autres équipes, que du coup, bah, je suis méfiante, j'ai peur qu'on me critique, donc, je m'occupe de ma technique, je parle avec la patiente, parce que la patiente c'est lourd, quoi, mais c'est la technique qui l'emporte encore, même maintenant de façon inconsciente chez moi.

Chercheur/ moi – Donc, tu es assez centrée sur ce que tu es en train de mettre en place…

Katia – En me disant que la collègue du soir ou du matin, du soir, oui, ou de la nuit ne va pas trouver la dame archi mouillée, si cela s'est passé, ça peut t'arriver, mais quand ça te revient

aux oreilles, ça ne fait pas plaisir, et moi je l'ai eu sur les autres équipes donc, c'est vrai qu'ici je fais énormément attention à ça.

Chercheur/ moi – aux collègues, à ce qu'ils peuvent dire…

Katia – A ce qu'ils peuvent dire, ça m'a rendue de fois parano, pour être honnête (rit un peu). Maintenant que je connais les filles ici, comment elles fonctionnent, je sais que s'il y a quelque chose qui ne va pas, elles viendront me voir, mais… il y a toujours un mais. Il faut rester attentive, voilà, il faut rester … Moi je sais très bien que les filles me le diront, mais on ne sait jamais… donc, voilà. Le relationnel pour moi, ça passe en deuxième position, quoi. Le technique d'abord, le relationnel après. Mais, bon, j'aime bien parler avec les gens, mais des fois…ça passerait très bien, il suffit qu'on ait trouvé le tic ensemble, puis là, je suis très longue dans mes tours, là j'ai discuté avec la dame du 109, on a parlé du divorce (en catimini elle me le confie), enfin, parce que son fils est divorcé aussi, donc, voilà, t'as des petits trucs des fois qui font que… comme la dame du 104, qui me dit, « de toute façon, une fois qu'ils font des enfants, ils s'en vont ». Il y a des personnes avec qui tu essayes de parler, t'as la dame du 113 aujourd'hui, bah écoute, c'était lourd, pourtant c'est une opération banale…

Chercheur/ moi – c'est qui déjà, parce que – qu'est-ce qu'elle a fait comme intervention…

Katia – c'est un prolapsus, donc, banal entre guillemets pour ici, quoi. Mais la dame est froide, elle est … j'ai l'impression que c'est « Madame, quoi ». Donc, pour rentrer … et c'est dur à faire un soin comme ça, parce que t'as du mal à parler. C'est lourd, quoi.

Chercheur/ moi – déjà de faire le soin en soit sans pouvoir parler c'est pénible.

Katia – *Voilà. C'est lourd. Je t'avoue que je ne connaissais pas le contexte avant l'après midi, je ne la connaissais pas, donc je me doutais que c'était madame de… parce que quand j'ai du voir dans la chambre, fermer un lit, j'ai un peu compris, mais je ne savais pas ce qu'elle faisait comme métier. Mais voilà quoi, c'est vrai quand tu rentres… moi je suis rentrée, je ne savais pas tout, je suis rentrée, avec un gros sourire, et je ne me suis pas sentie bien, je peux te le dire, garantir. Et bon bah là je lui ai dit, « je vous ferai votre petite toilette » (voix douce). « Je ne fais pas trop mal ? » « C'est froid ? », « ça c'est la santé post opératoire… » Qu'est-ce que tu veux que je te dise ? Vous voyez bien, que de toute façon, l'on ne va pas lui rentrer dedans… « Voulez-vous que je vous masse les jambes ? » « Ça ne vous fait pas trop mal ? » « Ce n'est pas trop froid ? Pourtant cette température … » Néanmoins, ça restait sur le soin technique quoi. Parce que je ne voyais pas d'autre solution. Elle n'était pas ouverte au relationnel, donc ce n'était pas facile, quoi. Bon, bah, je faisais mon soin et si elle avait besoin, elle n'avait qu'à sonner. Les mots magiques, quand tu n'as pas de relation*

avec quelqu'un, « de toute façon, si vous avez besoin, vous sonnez *». Ce sont des mots magiques.*

Chercheur/moi – *Mais c'est dur après d'entrer, si on a un deuxième truc à faire… ?*

Katia – *Là tu te dis, « pourvu qu'elle ne sonne pas, quoi ». Parce que tu envoies tes élèves…*

Chercheur/moi – *Ah, bon, donc, il y a des stratégies !*

Katia - *Quand tu peux éviter d'entrer chez des patientes, avec qui tu n'as pas du tout, qui sont froides, attends, tu envoies ta collègue qui ne la connaît pas, et puis, ou l'élève soignante, qui y va quoi.*

Chercheur/ moi – Et quelles sont les activités aujourd'hui dans le service, trouves-tu qu'elles ne sont pas gratifiantes – parce qu'il y a de ça, quand on parle des IVGs, le « sale boulot », puisqu'on est là, on frotte, on nettoie et ce n'est pas le coté le plus valorisant d'une AS.

Katia – *Non, pas du tout, et en plus parce qu'il n'y a pas de relationnel du tout avec les patientes aux IVGs. Il n'y a rien. Rien qui gratifie. Ici, donc on travaille, non*.

Chercheur/ moi – Et si, on pouvait comparer, quelles activités en gynéco seraient de la même nature ? Quels aspects, quelles situations seraient les moins valorisantes ?

Katia – Par rapport aux IVGs, non, il n'y a rien de comparable.

Chercheur/ moi – Quel est le sale boulot en gynéco, à ton avis ?

Katia – longue pause…En urologie il y avait tellement de sale boulot que là, c'est vrai que…

Chercheur/ moi – En urologie, quels étaient les sales boulots ?

Katia – c'était tu faisais toujours la même chose, petite toilette après petite toilette. Bassin, caca, pipi, un moment ça va quoi. C'était notre… avant c'était en gériatrie, c'était pipi, caca, pipi, caca, pipi, caca. Ici non, je trouve que c'est tellement varié, t'as pas que de la chirurgie, t'as des IMG, enfin, t'as …

Chercheur/ moi – t'as de la relation aussi…

Katia – Voilà, tu as plein de trucs. Moi je ne trouve pas qu'il y a ici un truc dévalorisant.

Chercheur/ moi – Donc, après, il y a encore une autre dimension, que le sale boulot, donc est-ce que tu trouves dans le travail, par X situations, et X conjonctures que tu n'arrives pas à bien faire parmi ce que tu as à faire, ça c'est le mauvais travail, quoi. Quelles sont les situations où tu butes, où quelles sont les situations ponctuelles où tu as buté dans le service ?

Katia – *Moi, où je bute, c'est plus du relationnel, donc, où je buterais c'est les relations avec les IMGs, j'ai énormément de mal. Et je bute… si je peux, si je peux, si l'on pouvait me dire « Katia, tu as à choisir sur une entrée d'IMG ou même pour une lap », je préférerais une lap. Alors, oui. Moi, les IMG, j'ai mal au ventre quand j'en ai une parce que j'ai peur là, je ne*

sais pas comment la part du couple va être, la dame va être, dans quel état d'esprit elle va être, donc….

Chercheur/ moi – *Quelle a été la situation la plus difficile que tu aies pu vivre autour d'une IMG ?*

Katia – *Une IMG en janvier ou en décembre… C'était une dame en 107, … c'était une IMG, et le couple (ah…) qu'est-ce qu'ils étaient froids, ils ne se parlaient pas. Renfermés sur eux comme pas possible, mais alors tu sentais un poids quand tu rentrais, c'était atroce. Rien ne brisait ce silence. Les infirmières avaient essayé, n'avaient pas réussi, les aides-soignantes, une seule passait… Il y a eu vraiment une coupure entre l'équipe et le couple, et tout le monde, je pense, a dû ressentir ça. Ah, pour moi c'était le pire, tu rentrais pour faire ta chambre, tu rentrais à deux pour faire le lit, tellement c'était lourd. Ils te regardaient, c'était lourd. Pas un mot, pour se parler, c'était « oui », « non » et c'était tout. … Là, c'était la pire, la pire, la pire.*

Interrompue – une infirmière qui rentre dans la pièce.

Katia – Moi, c'était la pire… Je n'aime ça du tout. On n'est pas bien du tout, ah.

Chercheur/ moi – ce serait donc, la situation de mauvais travail…

Katia – *Oui, j'ai eu l'impression de ne servir à rien, de toute façon, tu ne sers à rien, t'as l'impression de ne pas avoir fait ton travail, quoi. Pas un mot, tu n'as rien…*

Chercheur/ moi – Est-ce qu'il y aurait d'autres situations ici dont tu…

Katia – *Après des fois, tu dis que tu as fait un mauvais travail, tu n'es pas si heureuse quand on n'est pas si nombreuse, que tu as un arrêt, non remplacé, et puis, et puis tu cours à droite et à gauche, parce que voilà, t'as l'impression que c'est tout pareil. Ce n'est pas fait, c'est gratuit. Tu le fais, mais hop ! Normalement tu prends ton temps à discuter pendant la toilette, mais là non, c'est hop! C'est à la chaîne. Moi, je n'aime pas ça. J'ai l'impression de ne pas avoir fait mon travail. Moi, quand je fais mon travail, j'essaye tout le temps de discuter avec les patientes, même si je reste en surface, mais j'essaye de poser un mot, un geste, prendre la main de la petite mamie, là, tu vois, quand comme là, ce week-end, elles vont être trois, moi je serais là, moi je n'aurais toujours pas fait mon travail. Tu ne vas pas pouvoir réagir quand tu es en nombre. Ce n'est pas possible.*

Chercheur/ moi – Forcément ce n'est pas pareil.

Katia – Forcément ça ne peut pas aller.

Chercheur/ moi – Sauf si, il y a moins de monde, que tout le monde part dans la fin de l'après midi. Ce qui n'est pas le cas.

Katia – Il va être lourd ce week-end.

Chercheur/ moi – Il y a beaucoup de mamie en G1, et donc…

Katia – Non, mais là on fait de la gériatrie. Et puis en fin de vie, on est en plein dedans. Oh, et moi je ne suis pas venue dans le service depuis le mardi, hah ! Quand je suis arrivée, je me suis dit « c'est de la gériatrie, ça ne me va pas manquer ! » ça ne me gêne pas, mais vrai …

Chercheur/ moi – En G1 on a deux qui sont très… une qui a son ventre bien ballonnée et après une en fin de vie.

Katia – Elle est entrée cette dame là pour (inaudible).

Chercheur/ moi – [en se référant à une patiente dont les soignantes auraient discuté ensemble dernièrement] Il y a aussi une infirmière, elle était infirmière, c'est ça, n'est-ce pas ? Elle n'est pas lucide par contre…

Katia – *Elle était lucide quand elle est arrivée, cette dame là, elle était lucide, je ne sais pas qui l'a prise à son arrivée, mais elle était très lucide et très désagréable, je peux te dire…*

Chercheur/ moi – ça semble l'habitude avec les enseignantes et les soignantes…

Katia – Là par contre elle n'est pas lucide. Elle n'est plus lucide, mais elle est plus aimable. Et donc, tu n'arrives plus à parler avec elle maintenant. Quand elle est arrivée, elle t'envoyait paître, je n'en sais rien, que là, maintenant, c'est plus facile. Elle est en délire, comme on dit, mais on est contentes qu'elle y soit. C'est bon.

Chercheur/ moi – Est-ce qu'il aurait d'autres situations de travail où on réalise un mauvais boulot ? Parce que là on touche déjà à l'organisation du travail, aux situations délicates de soins…

Katia – Ici, dans ce service là on a de la chance, parce qu'on est soudées en tant qu'aides-soignantes, parce qu'on n'est pas reconnues. Parce qu'auprès de la surveillante, on est de la merde. Moi, c'est ce que je ressens.

Chercheur/ moi – Et ça passe par quel biais, quelle est ton hypothèse pour que tu puisses formuler cela ?

Katia – Bah, les conditions surtout, ce dont on parle. Sur le reste, elle reste correcte, pas de souci, mais les conditions, et encore on a de la chance, la collègue qui est arrêtée est remplacée, mais c'est un miracle…

Chercheur/ moi – Oui, cette fois-ci c'était un miracle en effet.

Katia – *Oui, parce que l'année dernière, elle (la collègue AS arrêtée) n'a été jamais remplacée, et, elle était arrêtée tout le temps. Elle n'a jamais été remplacée, quoi… une fois toutes les 36 du mois, et encore… C'est vrai que là, il y a eu un miracle, et l'année 2008 va peut-être être bonne, je ne sais pas, mais on a quelqu'un. Mais non, on a l'impression de… oui, être de la merde, pour eux, surtout par rapport à (Mme Evêque, la cadre supérieure)… on a un service de merde ici. On n'a pas à dire ce que l'on veut, c'est toujours pour là-haut, ce n'est jamais pour ici. On a pas à dire ce qu'on veut, c'est toujours pour là haut, ce n'est jamais pour ici.*

Chercheur/ moi – C'est très abandonné ici ?

Katia – *Oui ! Voilà, vous c'est de la chirurgie, voilà, c'est la merde. Dès qu'il n'y a pas de bébé, là forcément, voilà. Quand tu vas là-haut, que tu vois comment sont les chambres, et tout, ils ont même des douches dedans, ils ont le tympanique, alors que nous avons des thermomètres qui fonctionnent une fois sur quatre ; quand tu demandes à quelqu'un un lave bassin et ils te disent non, il y a dix ans que les filles réclament quand même, il faut qu'elle l'entende. Moi j'ai l'impression, qu'on n'est pas évaluées, reconnues par rapport à en haut. Et même par rapport au grand… (mentionnant le Professeur Ménard, le patron) c'est pareil ah, bah lui c'est la maternité, tout est pour la maternité, la maternité, tous, tous, tous, tous, tous ! Tous les budgets vont à la maternité ! Ce n'est pas compliqué… là, depuis qu'on a la surveillante, elle bouge, elle nous a trouvé des remplaçantes, elle nous fait bien des trucs comme ça, mais des fois… Attends, quand même, il faut qu'elle bouge les choses un peu plus.*

Chercheur/ moi – Je ne sais pas comment tu le ressens, par rapport à d'autres services où tu as été, mais la situation du cadre de proximité, il ne reste pas très longtemps ici, depuis quelque temps déjà… comment tu le vois ? Parce qu'il me semble qu'il manque une tête pour négocier auprès de la surveillante chef…

Katia – Puis voilà, c'est Mme Evêque. Elle est trop forte, elle a un caractère beaucoup trop fort, tu ne pourras jamais trouver quelqu'un qui lui tiendra tête, parce que…

Chercheur/ moi – Toutefois, les cadres dans les autres services [je me référais aux unités en PME et à leurs respectives cadres de proximité] restent et arrivent à négocier pour leur services… comment tu vois ça ?

Katia – … Elle (Mme Evêque) n'est pas une infirmière à la base, eh ? Dans les autres services ce ne sont pas des infirmières. Et les surveillantes qui sont passées là, en gynécologie, sont des infirmières à la base. Soit elles ont passé leurs diplômes, soit elles le vont passer. Mais elles savent ce que c'est le métier. Elles savent ce que c'est le métier d'infirmière. Mais Mme

Evêque, elle ne sait pas ce qu'est une infirmière. Donc, ils n'ont pas de poids par rapport à elle. Et puis, quand même comme ils sont deux contre la gynéco, s'il n'y avait que le Professeur, ça serait beaucoup mieux, bah, qu'est-ce que tu veux qu'une surveillante, simple infirmière à la base, qui tient le rôle de surveillante, ce n'est pas possible…

Chercheur/ moi – En effet, c'est une infirmière qui vient de réa, donc c'est une infirmière qui pense comme les filles…

Katia – Mais même, mais même, mais même avant, quand c'était l'autre surveillante, qui était surveillante, et bah elle ne faisait rien, et après ce qui disaient les filles, elle était…

Chercheur/ moi – elle n'était pas « faisant fonction » ?

Katia – Non, elle était surveillante.

Chercheur/ moi – et elle n'a pas voulu rester ?

Katia – Non, elle n'a pas réussi, bah, ça ne passait pas. Là haut, ça ne passe pas. C'est non, direct. Tu peux amener n'importe qui, c'est non !

Chercheur/ moi – Donc là je comprends mieux. Donc, il n'y aura jamais une tête qui tiendra…

Katia – Non, ou alors, le jour où elle partira en retraite.

Chercheur/ moi – Est-ce que c'est encore long ?

Katia – Je ne sais pas, je ne sais pas quel âge elle a…. une cinquantaine, cinquante je pense. Mais vu comme les retraites sont maintenant, elles rallongent…Elle aura encore un temps, quoi.

Chercheur/ moi – On va dire dans les prochains cinq ans qui suivent…

Katia – Oui, moi je ne suis pas sûre !

Chercheur/ moi – Dans les prochains 10 ans ?

Katia – Oui, je dirais plutôt ça. Et je pense qu'elle sera le genre de femme qui aura du mal à vivre sa retraite. C'est une femme qui n'a pas joué son rôle de maman, je ne vois pas ce qu'elle fera en retraite, tu sais... Elle aime commander, elle aime trop commander ! Et quand tu vois qu'elle fait partie du : je n'ai pas quoi, … elle fait partie de tout, il faut qu'elle gère tout. C'est une femme de pouvoir. Donc, non, si elle part en retraite, elle va avoir du mal, eh…Il faut dire qu'elle est une sage-femme, et donc, elle a toujours raison…

Chercheur/ moi – Mais c'est justement là que le paradoxe se pose, en tant que sage-femme elle devrait être à coté de la vie, des soins, etc…

Katia – Il faut savoir qu'elle n'a jamais exercé. Elle n'a jamais exercé son métier de sage-femme, dès qu'elle a eu son diplôme, elle a fait directement l'école de surveillante.

Chercheur/ moi – donc elle a dû faire cadre et après cadre sup.

Katia – Elle n'a jamais travaillé en tant que sage-femme. Jamais, ni a ??? Je pense que si elle avait exercé, elle ne réagirait pas comme ça, tu sais. Les sages-femmes n'ont pas déjà la même approche que nous, tu vois… tu vois bien quand elles sont stagiaires, elles n'ont pas la même… c'est un bourrage de crâne, mais alors, t'as l'impression que c'est un autre monde. T'as vraiment l'impression que c'est un autre monde.

Chercheur/ moi – Comment ça ?

Katia – Ils sont supérieurs, je crois pourtant qu'il faut plus par rapport aux infirmières, mais tu es une infirmière ou une sage-femme, la sage-femme va prend l'infirmière comme une merde, quoi. *Alors qu'elles font le même travail, elles sont dans l'approche des mamans, nous quand on a des césariennes, nous les infirmières sommes dans les approches bébés mamans ; nous aussi, c'est le problème des auxiliaires puéricultrices et des aides-soignantes… Tu vois bien maternité ? Ils font un monde à part, pour qu'on ne demande pas à boire un café ensemble, ils sont tous dans leur truc de changement de rôle, c'est exactement la même chose, c'est complètement le monde à l'envers…*

Chercheur/ moi – *C'est ça, la formation est la même ;*

Katia - *C'est surtout les sages-femmes, elles n'ont pas la même formation que les infirmières. Mais au départ, avec les auxiliaires on a 6 mois, après 6 mois d'auxiliaires, les disciplines sont les mêmes, non, tu vas là-haut, tu fais à part. Moi, j'ai accouché là-bas, je ne m'explique pas, eh… Ah, non, c'est un monde complètement différent. C'est vraiment : les auxiliaires, enfin les ASH, les auxiliaires, les AS, les SF, les infirmières pour les mamans, parce qu'il y a plusieurs groupes là-haut… alors, qu'ici il y a trois équipes, ça fait qu'un seul bloc, un groupe, là-haut, non.*

Chercheur/ moi – *C'est tout cloisonné, très…*

Katia – *Ah bah, tu verras la différence, eh. Tu vois la différence ? Moi, quand j'ai accouché, j'ai sonné une fois, il y avait le papa, l'aide-soignante, d'un coup ce n'est pas l'AS, c'est l'auxiliaire, d'un coup ce n'est pas la sage-femme, c'est l'infirmière, ce n'est jamais la même personne. Et puis, pas un mot, eh. Non, là-haut c'est vraiment structuré, on ne se mélange pas, eh. On ne mélange pas les torchons avec les serviettes, comme on dit. Ah non…*

Chercheur/ moi - *Donc, c'est encore plus présent la hiérarchie et tout ça ?*

Katia – *Et puis, je vois par exemple qu'on a d'énormes difficultés quand on a des petits arrêts de journée, à faire descendre quelqu'un de là-haut. C'est ça la chirurgie je ne sais pas, je ne sais pas ce qu'ils ont dans la tête, mais même une aide-soignante qui est là haut, pour la faire*

venir ici, t'en a très peu. Ils sont bien où ils sont. Je ne sais pas s'ils nous voient comme sales ou si c'est le travail qui leur fait peur, ou par rapport à eux c'est plus dur, je ne sais pas, mais on a un mal de chien. On a l'impression que la gynéco, si tu la mettais dans un pavillon en face, ça serait pareil, eh ! Ça fait le même effet, je trouve… Moi, je dis heureusement qu'on est une bonne équipe, et tous solidaires, parce qu'on aurait une mauvaise équipe, ça partirait en éclats. Ça partirait en éclats complètement…. On pourrait, oui, avec les comportements qu'ils ont, ils pourraient casser une équipe facilement. Mais justement, je pense que ça fait sens contraire.

Chercheur/ moi – *C'est ça qui vous soude ?*

Katia – *En effet, qu'on a toutes les mêmes opinions et nous sommes tous d'accord sur les mêmes choses, et je pense que c'est ça qui nous soude.*

Chercheur/ moi – et soulage à la fois. Donc, sur la vie privée et la vie professionnelle, qu'est-ce que tu pourrais me dire sur l'interférence de l'une sur l'autre ?

Katia – *Moi je pense que la vie professionnelle altère beaucoup la vie privée, parce que, comment dire, autant quand tu vas travailler, tu te dis, tu laisses tes soucis à la porte de l'entrée, tu vas voir ton travail, tes collègues, tout va bien, mais des fois, quand tu as des choses qui ne vont pas, qui ne se passent pas bien dans le service, les soucis professionnels, tu les répercutes un peu chez toi, quoi. Il suffit que tu aies eu un soir hyper lourd, et que tu t'occupes de ta famille et tout, bah, si tu as ton mari ou ton enfant qui veut un câlin, non, là c'est bon, j'ai eu une journée épouvantable, tu vois, c'est bon, tu me laisses tranquille, tu ne me fais pas chier, comme on dit. Je pense qu'il y a moins de souci, comment dire, tu fais moins ressentir ta vie privée dans ton travail, par contre dans ton travail, tu fais ressentir ta vie privée. Je dirais, tu es bien dans ton travail, tu es bien dans ta vie privée. Tu n'es pas bien dans ton travail, tu n'es pas bien dans ta vie privée.*

Chercheur/ moi – Et, est-ce que quand ta vie privée ne va pas, est-ce qu'il n'y a pas un moment où le travail ne subit pas ?

Katia – Tout dépend de comment ça va sauter, si toi… moi, je n'allais pas bien en urologie, ça s'est répercuté sur ma vie de couple ; forcément ça a pété, et ça répercute aussi sur ta vie professionnelle, parce que je suis arrivée ici, j'avais toujours une vie de couple catastrophique, et, mais ma vie professionnelle elle était bien. Donc, je me raccrochais, je me suis raccrochée à ma vie professionnelle, et je me raccroche toujours à ma vie professionnelle, j'ai parlé à mes collègues de ma vie privée, et, mais, je suis contente d'aller travailler, et on va parler, mais ça ne me va pas m'obstiner non plus, quoi. Moi, je dis que heureusement, surtout

avec le passage de l'année dernière, et de l'année d'avant ; les deux années qui se sont passées, heureusement que j'avais ma vie professionnelle. Je me suis raccrochée à ça et c'est ça qui m'a fait avancer. Parce que, bah, ça m'a sortie la tête de l'eau, et parce qu'on parlait d'autre chose, on parlait des patientes, on parlait des collègues, mais voilà, je me suis raccrochée à ça et puis, d'autant bien, qu'il n'y a pas de raison de faire marche arrière, on te dit, ça me sort un peu quoi, des mes soucis, etc. Je pense que si j'étais restée en urologie, j'aurais fait une grosse déprime, j'ai failli faire une grosse dépression. Ça c'est clair, j'aurais fait une dépression. Tu sais, quand tu n'es pas bien dans ton travail et que tu n'es pas bien dans ta vie privée, qu'est-ce que… tu t'accroches à quoi ? Bah rien, tu n'as rien pour te raccrocher. Là, je me suis raccrochée à mon travail, parce que j'adore ce que je fais, quand les relations se passent bien avec les patientes, les collègues et puis voilà, quoi. Ce qui a permis de ne pas sombrer, de ne pas faire une dépression, sûrement et d'aller de mieux en mieux, quoi. Donc, oui, il y a ça. Pour moi, la vie professionnelle quand tu n'es pas bien, ton couple en pâtit. Et quand tu n'es pas marié, ta vie en pâtit quand même, tes proches compatissent. Pour moi, oui.

Chercheur/ moi – Est-ce qu'aujourd'hui ta vie privée te sert aussi comme ressource ? Parce que jusque là on a vu la contrainte. Et les ressources, quelle place tu leur accordes ?

Katia – Ah ! Puis maintenant, depuis ce que j'ai vécu, oui je réagis différemment, aujourd'hui, même au niveau du travail, je réagirais différemment, eh. Maintenant je prends la vie comme elle vient, je prends le travail aussi un petit peu … voilà quoi, je ne suis pas stressée, et ça sera fait, il sera fait, bah sinon, … ???

Chercheur/ moi – Je pensais aussi aux patientes, comme tu me disais tout à l'heure, il y a des patientes avec qui le contact passe rapidement, et que ce contact dépend de nos expériences, de notre vie privée. Malgré que certains soins soient assez techniques, le fait de dire des mots fait que la patiente vous reconnait…

Katia - Oui, et puis, elles te diront, le moment où tu passes, même que c'est pour une petite piqûre, elles te diront « vous avez un service formidable, vous êtes tous très gentilles » on sait qu'on a bien travaillé, pas que soi-même, mais toute l'équipe. Au moins ça fait plaisir d'entendre. Quand il y a une patiente qui dit ah bah, je suis contente de vous, je sais qu'il se passe quelque chose. Elle avait des infections, elle revient, et puis elle vous dit « je vous aime bien, vous êtes une équipe sympa… ». Ça fait toujours plaisir. Tu dis que là, la personne, malgré ce qu'elle a vécu en étant hospitalisée, elle garde quand même un bon souvenir de l'équipe, ça s'est bien passé, pour tous. Là, tu te dis, « l'équipe et toi vous avez bien

travaillé ». *Parce que moi, depuis que je suis ici, je suis moins personnelle, alors qu'avant j'étais contente qu'on me félicite, tu vois, comme je n'étais pas sûre de moi, je craignais qu'on me casse derrière… voilà. Maintenant, quand on me dit, vous êtes bien, l'équipe est bien, je suis convaincue que c'est l'équipe. J'appartiens à l'équipe d'où, c'est un fait de l'équipe et c'est une autre chose. Tu dis là on a bien travaillé. Tu as bien travaillé, c'est on a bien travaillé. La personne elle ressent que l'équipe a bien travaillé et c'est complètement différent.* Enfin, moi je le perçois comme ça, mais, c'est pareil, les filles ça fait des années qu'elles sont là…. Tu sais, certaines sont arrivées ici et n'ont pas quitté. Elles n'ont pas eu d'autres services alors, forcément, moi, au départ je me suis dit, ici vous verrez bien quoi, parce que quand j'entendais que c'était un service qui « était lourd », boff… tu vas en urologie, tu vas en neurologie, tu vas en digestif, et tu vas voir qu'est-ce que c'est quoi. C'est des trucs qu'elles n'ont pas fait, et moi j'ai mis plusieurs filles au départ, on peut dire, un petit peu mal à l'aise. Moi au départ quand je suis venue ici, je ne dormais pas bien la nuit. Je n'étais pas fatiguée. Tu rigoles mais je ne dormais pas. Je ne m'endormais pas avant minuit ou une heure et là, le matin, à cinq heures j'étais réveillée, moi. Moi je l'habitude de faire dix heures de sommeil, eh ! Et je faisais… j'allais me coucher à huit ou neuf heures et mon mari ne me voyait pas avant que je parte au travail... alors, qui ??? , je faisais mes douze à quatorze heures de sommeil. Totalement fatiguée, déprimée, lourde de déprime sur les choses que j'avais à faire… c'était, moi j'arrivais ici, je ne te dis pas, je dormais avec un réveil, eh. Ma mère elle ne m'a jamais vue comme ça, eh… jamais fatiguée…. Moi, quand je suis arrivée ici, et même maintenant, c'était un service léger. Les filles quand elles m'ont entendue dire ça, elles ont dû se dire, mais elle est ush (bruit faisant référence à une personne qui ne va pas dans sa tête). Mais ce sont des filles qui n'ont connu que ça.

Chercheur/ moi – Donc, forcément l'expérience n'est pas du tout la même.

Katia – Bah, non. Si tu fais deux toilettes complètes je ne t'explique pas… Ah ! C'est lourd. Mais quand tu vas en urologie ce n'est pas des toilettes, eh. C'est pratiquement tout le service qui est en toilette, eh. Et là, le même nombre de patients, parce que ce n'est pas si les patients sont lourds mais c'est le quota de lits. Donc, c'est la même équipe quoi.

Chercheur/ moi – Ce que je trouve très intéressant, c'est que tu rattrapes ce collectif, donc il y a un collectif qui est vraiment soudé, quoi. Pour déjà le formuler comme appartenant au collectif… ça c'est le signe du collectif.

Katia – Même les filles ici, elles n'ont presque jamais tourné. Elles sont là depuis le début et elles ont quasiment tourné autour de cette équipe là. Sauf celles qui partaient en retraite, qui

voulaient voir ailleurs, mais … ça fait un changement par an, mais encore, et voilà quoi, elles n'ont pas changé d'équipe complètement, elles ne se sont pas retrouvées, dans une position de nouvelle arrivée. Depuis des années, elles ont bien évidemment été au départ. Ça fait 20 ans, cela fait longtemps quoi. Donc, elles n'ont pas la même approche, comme les personnes comme moi, qui ont changé … du départ, elles ont trouvé la bonne voie. Mais peut-être qu'en vingt ans j'aurais oublié mon truc et que j'aurais la même pensée, quoi. C'est fort possible que je récupère la mentalité de l'équipe en disant que « le service est lourd », etc., mais c'est vrai que pour l'instant, non, parce que je me vois encore en urologie avec des malades, personnes âgées, fin de vie de chez fin de vie, …, et bon, il faut dire qu'ici on ne les garde pas longtemps, parce que c'est du court séjour, voilà, mais en urologie, nos patients en fin de vie, on les garde jusqu'à la fin de vie, jusqu'à la mort. Nous, en urologie, on avait des morts une fois tous les deux mois, c'est énorme ; ici, tu as une mort par an, et encore.

Chercheur/ moi – C'est vrai, on s'en débarrasse assez rapidement…

Katia – Voilà ! Ici plus le médecin n'est bon, plus rapidement il va jeter le patient, parce que c'est bien pour son CV.

Chercheur/ moi – Quand même avec le Dr Leprêtre, les filles ont connu aussi beaucoup de fins de vie, donc…

Katia - Depuis que l'autre clinique a repris le relais, c'est vrai qu'on n'en a quasiment plus.

Chercheur/ moi - En général, tu dis qu'elles réclament, que c'est lourd, c'est lourd, c'est lourd, mais en effet, c'est juste le souvenir...

Katia – Peut-être c'est ça aussi. Mais il y en a celles qui en ont ras-le-bol du service mais qui ont peur de partir aussi, et de se retrouver dans un service qui peut être encore pire. Et voilà, malgré qu'elles disent qu'il est lourd, elles savent fort bien que… c'est pour ça, ils le savent, restent vingt, vingt cinq ans ici, et le savent. Et il y a celles qui sont là depuis 15, 12 ans, qui ont tourné quand même un peu, et qui le savent, quoi, avant de tomber ici, qui le savent aussi.

Chercheur/ moi – Malgré parfois elles se plaignent beaucoup. Mais, elles en sont conscientes.

Katia – et ne partiront pas. Mais moi, maintenant, je suis quasiment sûre de ne pas partir.

Chercheur/ moi – sauf s'il y a quelque chose de phénoménal.

Entretien avec Solange, AS remplaçante en gynécologie, le 20 et 25 avril 2008

30 ans

1an et demi au CHU

Dans ses 12 et 13 ans : milieu social et santé je ne trouvais pas trop ma voie.

Premier enfant très jeune : un peu jetée dans le monde professionnel, un peu plus vite sans avoir vraiment le temps que je mûrisse des vrais projets, des vrais envies

J'ai fini par trouver ma voie : une formation en secrétaire comptable de direction dans une société… La société dans laquelle je travaillais traitait la dépendance des personnes âgées ou de la personne handicapée et donnait de la formation sociale et ou juridique auprès des familles confrontées par la dépendance de leur proche.

J'avais fait des enfants.

Je me suis fait licenciée : *menée a terme, mon enfant est décédé et avec le décès de cette enfant, ma carrière, j'ai tout remis en question, toute ma vie… ça a complètement bouleversé mon mode de fonctionnement… moi et mon mode de fonctionnement, qu'est-ce que j'avais envie de faire… qui pourrait apporter aux autres, et en même temps me soulager de quelque chose, certainement. Enfin, maintenant je le dis, mais au moment où je l'ai vécu, ce n'était peut-être pas tout à fait ce que je pensais… Mais en gros, je pensais, comment je pourrai mieux servir l'humanité, qu'avec des chiffres, un téléphone et un ordinateur, c'était bien administratif ce que je faisais.*

Bon, je me suis dit faire sage-femme ce n'est pas possible, reprend les études, j'ai des enfants, c'est trop compliqué, parce que c'était un métier qui me fascinait depuis trop longtemps, bon, je me suis dit, je vais faire infirmière, et puis ça va être sympa et tout. Et puis, quand je me suis présentée à l'école pour faire ide, ils m'ont dit « pas de problème », je serais rémunérée 23 mois, et que le reste je ne serais pas rémunérée, donc il fallait que je fasse des petits boulots, pour subvenir …

Après le décès de mon enfant, j'ai eu un autre enfant, donc je me suis dit « les études, trois enfants, et pas de papa, puisque le papa est parti lors de ma dernière grossesse, tous mes enfants sont du même papa ».. ; je me suis dit, « où la ! Ça va être trop compliqué à gérer… » et ça va pas être un projet possible. Ça faisait trop de trucs galères à traverser en même temps, parce que ça c'est passé d'une manière rapprochée, quand même, entre 2003 et 2005, j'étais toute seule dans un coup, quoi.

Du coup, c'est l'école qui m'a orientée vers l'école d'AS, parce que c'était un projet qui est apparu à plus court terme, sur lequel je serais rémunérée aussi toujours, donc, ça n'allait pas déstabiliser ma vie sociale, ça allait me permettre d'avancer dans mon projet personnel, mais d'attendre que je sois plus reposée et plus posée aussi.

Donc, j'ai passé le concours, j'étais prise. Trois ans en poste d'AS, j'ai pouvais accéder le concours ide. Donc il me reste encore un an et quelque mois, et ça sera un projet pour 2010, je pense.

…

Voilà, ça me laisse le temps de me préparer, et puis en même temps, je suis tout le temps dans la curiosité, j'observe et je me dis que tout ce que fait, en tant qu'AS, c'est que du plus pour l'avenir, et enfin j'apprends plein de trucs tous les jours, et ça ne fera que rendre les choses plus faciles, plus tard, et vu que j'aurais toujours mes trois enfants, si ça peut être plus facile, je me dis tant mieux, quoi. Donc, je prends tout au bonus, et je ne me dis pas « oh, lala ». Non, et puis j'adore mon métier d'AS, des fois même… pourtant j'ai toujours ce projet là, puisque j'ai envie d'aller plus loin dans ma démarche des soins auprès des patients. De fois j'ai aussi peur que d'autres tâches d'infirmières me prennent trop de temps et me privent d'autres choses…

Voilà, des fois je me pose des questions, mais peut-être que je ne me sentirais pas accomplie si je n'allais pas de l'avant. Peut-être que je viendrais en arrière, on verra, pour l'instant, j'ai encore cette sensation de frustration si je ne continue pas, d'aller voir un peu plus loin… j'ai encore envie d'aller, de continuer un peu plus loin. Ça ne veut pas dire que j'irai au bout de ce projet, et ce n'est pas parce que j'y n'arriverai pas ou quoi, mais que finalement je me sentirai bien dans mon poste. Aujourd'hui je suis bien, mais je ressens encore des frustrations dans mon poste. … J'ai cette sensation là, donc, ça veut dire que j'essaie, que je voie si ailleurs, autrement, j'aurais toute satisfaction…

A l'école d'AS, au départ ils attribuent les stages en fonction d'une liste, ils ne connaissent pas forcément les personnages, et puis quand ils nous ont eu pendant un mois en cours, ils font des petits changements en fonction des tempéraments, et bah moi, ils m'ont gentiment dit « tu vas en neurochirurgie, on ne s'inquiète pas, ça va le faire ». Je ne sais pas pour quel raison ils se sont dit ça, en tout cas, certaines ont été changées … Pour moi, du coup, ça m'inquiétait un peu, parce que je n'avais jamais mis les pieds à l'hôpital,

Je me suis ramassée en beauté : j'étais inconsciente. Dans tout le temps de ma formation – m'approcher du zéro défaut, les professionnels ne sont pas du tout dans cette approche là. J'étais énormément dans la critique. Comme les filles travaillaient super bien.

Les prochains stages, du coup, je faisais attention quand même au relationnel. Mes… tous, quasiment tous mes stages ont été compliqués. Donc, après j'étais en psychiatrie et là, ça était l'horreur totale. Le pire de mes stages. Celui où j'étais … il y avait beaucoup de violence, c'était un service de long séjour, les gens sont là depuis 20, ou 30 ans, à ce moment là je trouvais qu'il y avait des choses, des soignantes avec les patients il se passait des choses, les soignantes dépassaient les bornes, quoi, et il y avait un peu trop de violence verbale, physique sur la manière de faire les choses, je trouvais que c'était archi-violent, et je suis restée très inquiète, et en effet, la prise en charge en psychiatrie m'a beaucoup affolée et du coup en 12 jours, j'ai craqué, j'ai été voir le cadre, je lui ai dit « est-ce que tu vois ce qui se passe dans votre service » et en effet, j'ai dénoncé tout ce que je ne trouvais pas possible… « Est-ce que vous vous rendez compte que les AS attrapent les gens quand elles n'arrivent pas à nettoyer les couloirs, elles les attrapent par leur T-shirt et les flanquent dans la chambre, et elles les enferment à clé.

Le cadre du service n'a pas du tout apprécié et je suis allée voir la cadre supérieure, parce que je n'étais pas du tout contente de la façon de travailler : c'est une prescription, renfermer une personne, on ne le fait pas de notre propre « bon vouloir », on ne séquestre pas une personne, c'est trop violent… est-ce qu'elle même supporterait qu'on l'enferme dans une pièce, sans raison valable et la cadre supérieure était outrée quand elle a entendu ça aussi, et je me suis dit « uff, je ne suis pas la seule ». Et puis, ça ce n'est pas très bien passée pour la personne qui faisait ça, et pour celles qui « laissait faire aussi », parce que tout le monde était bien au courant de ce qui se passait de mauvais, quoi, parce que personne ne disait rien, parce que c'était « on travaille en équipe », parce qu'on « ne veut pas être… » et du coup, j'ai changé de stage, en plein milieu de stage, ce qui me restait à faire des autres 12 jours dans un autre lieu de stage… J'essaye de pas trop me mettre en danger ni trop parler de comment un autre service déconnait… Au bout de trois jours, tout le monde savait le pour qui, du pour quoi, du comment. Mais ça c'est quand même bien passé.

J'étais dégoûtée par la psychiatrie, malgré tout, c'était là que je pensais aller travailler dans le futur…. Plutôt inattendu.
Statut d'étudiante, ce n'était pas un statut très facile pour trouver ta place : il te demande de l'autonomie, mais si tu es trop autonome, il te rappelle que tu n'es qu'une élève… bon, tu vois ? Il faut toujours jouer sur deux plans, ils veulent savoir jusqu'où tu es capable d'aller

dans ta démarche de soins, et si tu prends trop d'initiative, ils te disent « attention, tu es élève… fais attention à ce que tu dis, tu es élève ».

L'appel à l'ordre est toujours pareil. Si tu vas dire quelque chose sur ton patient, à la personne avec laquelle tu es et qu'elle ne l'a pas dit avant toi, du coup, tu la mets en porte à faux….ce n'est pas pour dire que l'autre l'a fait mal, ou qu'elle l'a oublié, mais c'est comme ça, quand même, qu'elle reçoit les choses… du coup, il faut toujours faire attention, et puis au même moment, et si moi je ne dis pas ça, elle va peut-être me dire que j'aurais pu le dire. Peut-être elle m'attend en virage, du coup, je ne me trouvais pas forcément très naturelle, des fois j'ai l'impression qu'on joue au théâtre, qu'il y a beaucoup de mise en scène, et je pense que si j'avais été naturelle, je n'aurais pas été au bout de mes études. Trop entière, ça ne passe pas.

Par chance, ou peut-être par mal chance, j'ai eu un accident domestique, un acte manqué, je ne sais pas, peut-être que je me suis trop écoutée aussi par saturation, que du coup, cet accident là a pris plus d'ampleur : j'ai eu une vraie fracture, mais je pense qu'après un mois d'immobilisation j'aurais pu reprendre, mais je pense que tous les mots de mon corps, ont utilisé cet accident là pour ressortir ce qui a fait que je me suis trouvée avec une luxation de l'épaule, une fracture de la main, et une torticolis, j'étais de là (signalent son cou) dès le cou j'étais complètement immobilisée, et que du coup je n'arrivais à plus ne rien faire. Mais je sais très bien que ce n'est que l'accident, eh. C'est tout un malaise, que suite à cet accident, j'avais envie de tout lâcher, j'allais très, très mal. J'ai dû aller en médecine du travail et j'ai du leur expliquer qu'en effet, j'avais eu ça, mais que je n'allais pas bien, que j'avais très, très mal à mon épaule et à mon cou, et que vu les conditions de travail où j'étais, j'étais sûr que je ne pourrai pas reprendre ; et que mon envie était de continuer cette profession, que je voulais continuer à travailler, mais que je ne pouvais pas continuer dans ce service là, que les patients étaient trop lourds, et comme j'étais trop seule, c'était voué à l'échec physique et aussi moral. Je ne savais pas trop comment la médecine du travail se positionnait par rapport à mes démarches, mais aussi, comme j'avais peur, j'ai voulu reprendre.

Et j'ai repris, et après deux jours de travail, j'étais bloquée, …

J'ai recommencé en faisant la bête et ça a marché. Mais maintenant, que je commence à m'affirmer un peu plus, là je commence à sentir les tensions. Maintenant je me dis que je vais

continuer à m'affirmer, mais que quand je suis toute seule. Je ne me mettrai pas en danger, je les imiterai, ça viendra d'elles, et ce n'est pas moi qui arriverai avec mes grands sabots, comme plusieurs fois j'ai pu le faire… Quand tu arrives, tu n'as rien à apprendre aux autres, c'est dans l'autre sens. Et moi, j'ai mis du temps à apprendre ça. Quand tu arrives, tu ne fais qu'observer, regarder, imiter, apprendre des autres, mais tu n'as rien à apporter.

Globalement je me suis très bien accueillie par toute l'équipe, dans tous les statuts professionnels, je ne me plains pas du tout, franchement… Je respire, et du coup j'ai l'impression que j'ai dix fois plus de temps chez moi… ma maison elle a le temps d'être rangée et ma vie aussi, j'ai l'impression de faire dix mille fois plus de choses qu'avant, quoi, parce que je ne suis pas débordée par des prises de tête, et du coup, je suis trop bien.
Quand je suis avec elles, j'imite, je ne m'affirme pas, mais dès que je suis toute seule, dès que je suis toute seule, je fais comme je pense qu'il faut faire et je ne renie pas, peut-être que je nie parce que je vais prendre les choses qui me plaisent chez certaines, et je vais dire, tiens… ça n'est pas mal ! L'autre jour, j'ai vu qu'elle a fait comme si, comme ça, et je vais reprendre, mais, je m'affirme, c'est moi qui choisis. Et quand elle va passer derrière moi, et qu'elle va dire, « mais cela se fait comme ça », je m'en fiche ! Je sais que j'ai fait avec ma bonne conscience et quand je rentrerai chez moi, je serai contente de ce que j'ai fait, de la manière dont je l'ai fait, c'est ça quand je dis que je m'affirme toute seule.

Il faut savoir que les plus anciennes AS ont un coup de main que je n'ai pas, et les AS plus jeunes, elles ont un savoir de transmission qu'elles n'ont pas. Ce n'est pas de leur faute, c'est juste le diplôme qui a changé….et notamment ces trois dernières années, il est complètement revu, quoi… Par contre ce qu'elles ont c'est de la bouteille, j'en n'ai pas et un savoir faire, des gestes, que je n'ai pas. Du coup elles vont être plus rapides, mieux organisées que moi… Moi j'ai vu des anciennes AS « qu'est-ce que tu as à faire de son traitement »… les anciennes AS la seule chose qu'elles veulent savoir c'est si elle a de la diarrhée… je ne porte pas autant d'importance à cet aspect. J'ai plus à m'interroger sur la pathologie, les médicaments, son histoire, son âge, comment elle vit son hospitalisation. On ne s'attarde pas sur les mêmes choses.

Je me sens valorisée dans les fonctions qui n'appartiennent pas à mes fonctions, mais dans le geste lui même, je ne me sens pas valorisée. Je ne me sens pas valorisée parce que j'ai enlevé une sonde à une patiente.

Il n'y a pas une symbiose d'équipe vraiment (ASH), c'est hyper individualiste. Tu ne les sens pas cohérente et en équipe. Il y a des petits noyaux, mais il n'y a pas des groupes. Il y a des petits noyaux, et ça que je ressens. … on ne les calcule pas vraiment beaucoup, quoi. On les oublie un peu, je pense qu'elles doivent être assez malheureuses ici, les ASH, parce qu'il n'y a pas une réelle, symbiose ici, quoi. Il y en a quelques unes avec qui ça marche, et je pense que c'est peut-être parce qu'elles sont plus disposées, plus disponibles, ouvertes, dans leurs idées, et leurs possibilités, il y a d'autres qui se mettent des murs, voilà.

Il y a une mauvaise organisation. C'est une catastrophe, c'est une catastrophe.
L'organisation du sale est complètement à revoir dans le service. Dans l'ordre des choses à faire, et dans la prise en charge, dans le respect des tâches, je ne sais pas comment le dire, …
Est-ce que tu pourrais donner un exemple qui soit criant dans cette perspective ?
Ah oui, … ah non !
…
Il y a un ordre pour faire les choses. Par exemple, le petit déjeuner, tu débarrasses le petit déjeuner, tu fais la toilette, tu nettoies et tu laves la chambre, et tu fais les soins infirmiers. Ça, c'est l'ordre logique et sain pour le patient. Pour éviter toute maladie nosocomiale, pour éviter toute surinfection, c'est l'idéal, mais ce n'est presque pas un idéal parce que c'est comme ça que ça devrait être fait. Tu ne vas pas faire un soin, avec un bol de café, tu es d'accord ?
Tu fais le petit déjeuneur, c'est le besoin premier du patient, pour qu'il puisse après démarrer la machine, tu sucres la machine, pour pouvoir faire d'autres choses (c'est AS). Le petit déjeuner est desservi, tu fais la toilette du patient, donc, tu fais de la cochonnerie, parce que tu vas laver la personne, tu vas laver la personne, tu vas mettre un peu de l'eau, mais en même temps tu fais un peu du propre, tu vas nettoyer son environnement, tout ce que le patient touche. Parce que tout ce que le patient touche n'est pas du rôle de l'ASH, mais du rôle de l'AS…. Tu vas nettoyer tout ce que le patient va toucher, c'est le rôle de l'As de le faire, et pas de l'ASH. Si c'était fait comme ça, l'ASH aurait plus de temps pour faire aussi

d'autres choses, tu vois, mais là, ce n'est pas comme ça que ça se passe, je t'expliquerai après… tu t'occupes de ta patiente et de son environnement. Donc, c'est toujours ses besoins. Une fois que c'est fini, le patient est installé, il est propre, son environnement est propre, son environnement proche, ce qu'il a à toucher. Ensuite vient l'environnement plus large. Donc, là c'est l'ASH qui intervient, et qui fait tout le reste. Une fois qu'elle est sortie, c'est nickel ! Son environnement plus large est propre, son environnement proche est propre. Là, l'ide peut arriver, et travailler sur du propre, et faire du travail propre, où elle va limiter les maladies nosocomiales, où elle va limiter les infections injustifiées. Tous, tous les soins qu'elle aura à faire, elle va les faire sur le propre.

C'est la première fois que je vois ça. On n'a rien à faire. Chacune travaille dans son coin. Et donc, des fois, l'infirmière arrive, elle est en train de faire un soin, alors que le patient, tu ne l'as pas lavé. Donc, toi, tu arrives pour laver, et le pansement est tout propre. Et toi tu arrives avec ton gant, et tu mouilles le pansement, c'est dommage. Donc, du coup ce que tu fais, c'est autour. Donc, le lendemain, il y a plein de microbes là, et puis si tu fais chaque matin encore la même chose, tu ne travailles jamais sur du propre, quoi. Enfin, je n'ai pas encore vu des grosses conséquences, mais je suis sûre qu'il y a des conséquences, c'est évident. Sinon, il n'y aurait pas autant d'études faites, sur des… tu sais, comment on appelle ça, des audits, il y a eu des audits faits pour expliquer pourquoi il faut faire telle et telle chose, dans tel sens, s'ils nous ont appris ça, c'est qu'il y a une raison. Et que ce n'est pas exceptionnel qu'il n'ait pas des maladies, des infections, des maladies nosocomiales et des infections qui auraient pu être évitées. Il y a des gens qui ce sont plongées dans la question depuis des années, et pour quoi ici ce n'est pas… ici c'est complètement désorganisé. Alors, est-ce que c'est parce qu'on ne s'écoute pas, qu'on ne fait pas attention, entre différentes catégories professionnelles, ou parce que maintenant c'est instauré qu'on s'en fiche.

Les ASH elles arrivent à quel moment ?

Elles n'ont rien à faire de leurs chariots et elles font chambre par chambre, elles ne se posent pas la question de savoir, où on en est. Quand on fait les transmissions, on devrait dire, la priorité, elles devraient dire « moi je veux que tu fasses la chambre 120, 123 et 124 en premier, parce que j'ai trois pansements à faire, donc, voilà ». Qu'est ce que tu fais. Tu fais la chambre à pansement en premier, comme ça, très vite l'ide peut travailler. Tu fais la chambre la plus urgente en premier. Ici, au tout début, je suis arrivée et j'ai demandé, et puis, en fait, oui, c'est bien que tu aies demandé, mais comme moi, je ne suis pas là tout le temps, tu vois que la chose ne s'installe pas forcément, et qu'elle ne s'est pas instaurée dans le

service. … Il y a quelques infirmières, notamment les nouvelles qui sont arrivées, on fonctionne pareil, du coup, ça marche très bien, mais ça ne peut pas marcher jusqu'au but, parce que l'ASH ne joue pas le jeu. Je crois même qu'elle ne le sait pas. Ce n'est même pas de sa faute. Je ne crois même pas qu'elle sache qu'il y a un ordre de priorités, à respecter, et qu'il y a un sens pour travailler. Elle va prendre la première chambre et puis, up, up, up !

Ça pourrait être organisé, mais c'est au cadre de l'installer. Elle voit bien que c'est désorganisé, mais c'est au cadre de dire « stop, on arrête, on fait une réunion », et puis voilà. J'ai écrit un protocole et c'est comme ça que ça doit se passer. Vous, vous débrouillez, je vous donne des outils, les outils c'est la connaissance, comment on doit faire, je vous écris noir sur blanc comment ça doit se passer. Comment la matinée devrait se dérouler, et c'est à vous, petit à petit de retrouver des bons gestes et de réorganiser le service de manière qu'il soit possible de repartir dans le bon sens ». Là, c'est au cadre de le faire… bah, oui. Et moi, je me dis que demain, si on avait un nouveau cadre, peut être qu'elle ne supporterait pas ! Elle dirait « eh où là, stop ! Vous faites quoi ? »… là je pense que c'est complètement au cadre de dire « ça va pas, quoi ». C'est un truc qui me choque ici.

Et après, l'organisation des tâches, parce que du coup, bah, des fois, on a des horaires de creux les matins pour rien faire et quand on arrive à 11h, on est débordée, débordée ! Tu vois, on fait les diurèses à midi. On ferait des diurèses à 6h30 du matin, le problème serait réglé, de 6h30 à 7h30 du matin on n'a rien à faire. On ferait la prise de température, la diurèse, en même temps, de toute façon, elles sont réveillées, les patientes parce qu'on fait du bruit dans le couloir… on prépare les blocs, voilà. Et bah, ça on n'aurait pas à le faire à 11h -11h30, du coup, on aurait une heure de plus pour faire nos toilettes. Enfin, moi je ne comprends pas pour quoi c'est organisé comme ça. Il y aurait une explication qu'elles m'auraient donnée, du coup je dirais, « ah ! D'accord… » Mais tous les services où j'étais allée…

et entre collègues, tu n'as pas pu discuter de ça ?

Non, je ne peux pas.

Pour quoi pas ?

Je n'ai pas envie de me mettre une équipe à dos, j'ai donné…. Tu ne peux pas révolutionner un service.

Et entre ton collectif, les pairs, tes collègues à toi… dans l'opportunité de bosser ensemble dans l'après-midi quand la charge de travail est lourde…

Ah, bon, ça je ne le savais pas (ironisant ma question)

Ah, bon, donc, ça ne se passe pas…

ça ne m'est jamais arrivé, ici…

Tu n'as jamais bossé avec une collègue dans l'aprèm ?

Ah, non.

Ni dans le matin ? Ni pour dépanner une collègue ?

Si, j'ai déjà été aider, quand j'ai fini dans le matin…. Non, en réalité, je crois que ce que j'ai déjà fait c'est, j'avoue, d'apporter des petites aides. Et ce n'était pas grand chose, j'aurais pu aider beaucoup plus. En réalité, dans la plus part du temps, quand je vais aider mes collègues, et que je leur demande « est-ce que je peux t'aider, et tout… » Elles disent « non »…En fait, et en général elles disent « c'est bon, j'ai fini », et pourtant je n'ai rien à faire et je pourrais vraiment leur aider à terminer. Et je ne sais pas, elles sont toutes comme ça, et je les vois beaucoup quand elles ont fini, faire leur transmission, elles font des bricoles, mais ce n'est pas, c'est bien, il faut les faire aussi, mais ces bricoles là elles auraient pu être faites à deux ou bien, finir le gros à deux aussi, tu vois ? En fait, je ne leur en veux pas, je ne les juge pas, je me dis, bon, vulgairement on pourrait se dire, « moins je fais, mieux je me porte » mais ce n'est pas vrai, comme ça c'est qu'on pourrait croire, mais je ne pense pas que ça soit la réalité, mais c'est juste, elles ont leurs côtés, elles veulent bien être aidées quand c'est bien lourd, tout ça, mais elles attendent qu'on le leur dise … on dirait que c'est instauré entre elles que « non ». Tant mieux pour celle qui a moins de travail, ça tourne, la retourne et c'est son droit de se reposer. Il y a peut-être un peu de cette idée là, tu vois ? Et puis, le fait que d'abord, il y a celles qui ne s'entendent pas aussi, mais ça on n'y peut rien, tu ne peux pas t'entendre avec tout le monde, il y a celles avec qui tu n'as pas plus d'affinité, et du coup qui ne vont pas s'entre aider, et si, demain tu vas aider un tel, ça va obliger l'autre aussi à aider le lendemain. Tu vois, tout ce que tu vas faire pour l'autre va te l'envoyer comme si c'était une obligation de rendre. Donc, elles préfèrent refuser ton aide, parce que peut-être si…

Elles s'obligent moins…

Oui, voilà, elles s'obligent moins derrière aussi à devoir rendre, tu vois ? Peut-être c'est inconscient, et ce n'est pas méchant. Mais moi, c'est que je pense. Je parlais à mon ami ce week-end et je lui disais que peut-être elles ne veulent pas trop qu'on les aide parce qu'elles n'ont pas envie d'être redevables d'une aide.

Donc, quand tu es ponctuellement avec tes collègues, tu n'as même pas le temps de discuter…

Non, de créer des liens, non. Je suis encore dans la phase de… c'est elle qui me dit « on fait comme ça », « ici, on fait comme ça », « ici on a toujours fait comme ça » et pour l'instant, je ne suis pas encore, et je pense que vu le temps et que je serai bientôt partie, je ne pourrai pas apporter …

Ce n'est même pas la peine d'essayer de changer là. Tu n'as pas le temps…

Je n'ai pas le temps et pas le statut non plus. Je ne pense pas, je pense que j'ai ni le statut, je ne pense pas que ce soit une question de temps, mais une question de statut. Je n'ai pas le statut qui me permette de faire changer ça.

Le 25 avril 2008

C'est souvent en relation à l'organisation du travail… mes oublis sont souvent autour de ça. Un truc tout bête, il va y avoir une entrée imprévue dans la matinée, je vais gérer l'arrivée de la personne, au niveau du contact émotionnel, et … le psychologique et tout ça, tu vois ? Donc, elle vient pour un « cytotec », donc c'est un médicament pour aider dans l'expulsion de manière naturelle. Une fois qu'il est donné, le « cytotec », quelques heures après il y a des saignements. Quelques heures ça va souvent être on va dire quatre, cinq, six heures, on va dire…enfin, rarement avant quatre heures. Et du coup, ton entrée du matin se fait à dix heures, quand la dame va avoir son premier saignement, toi, tu ne vas être pas là. Parce que tu es rentrée chez toi, tu étais du matin, tu vois ? Souvent, j'oublie que la personne va saigner, et je ne vais pas forcément penser à lui dire : « Vous avez des protections dans le placard » et ou même penser à vérifier qu'elles y sont, tu vois ? Je vais plutôt m'en occuper dans l'urgence pour lui être agréable, la mettre en confiance là où elle arrive, pour se sentir bien, c'est plutôt là-dessus que je vais me mettre, mais ça n'est pas observable par les autres. Ce n'est pas observable par ton équipe que tu as essayé de t'assurer que la patiente est en confiance avec l'équipe et que si elle ne se sent pas bien, elle n'aura pas peur de sonner, qu'elle ne se sente pas trop seule dans sa chambre une fois que tu as refermer la porte. Ça, ce n'est pas palpable, mais de la protection dans le placard c'est palpable, tu vois s'il y en a ou pas. (rit) et du coup, ils m'ont engueulée, on va observer que je n'ai pas mis les protections dans le placard. Et du coup, au lieu de dire que je ne les ai pas mises dans le placard, elles vont me dire « Ah, tu ne t'es pas occupée de l'entrée, machin ». Et je leur dis « bah, si je me suis occupée ». « Ah, bah, non, tu n'as pas mis de protections dans le placard ». Et pour moi

c'est du second degré… et je me dis s'il y a besoin de protections, à la limite, je préfère qu'elle sonne pour me dire qu'elle en a besoin, non seulement moi, je serai sure que je sais qu'elle saigne, mais qu'en plus je l'inviterai à pouvoir en parler. Donc, pour moi, ce n'est vraiment pas grave même si effectivement c'est bien qu'elle puisse être autonome, qu'elle sache qu'elle a ce qu'il lui faut, et qu'elle ne soit pas inquiète, c'est vrai, aussi, donc c'est discutable. C'est discutable, ce n'est pas une faute. Sauf que… c'est pris pour quelque chose de palpable. Tu peux te valoriser en disant que l'autre n'a pas fait ce qu'il fallait, c'est palpable. Comment, comment on fait en équipe pour dire que… je ne dis pas que je travaille bien, on dit « tu ne travailles pas bien » comme ça, je travaille bien. Tu vois, enfin, c'est ça que je reçois en équipe. Tu ne vas pas te dire, ou garder pour toi, « aujourd'hui ça va, j'ai bien bossé ». Ça ne suffit pas, tu as besoin de faire observer à l'autre qu'elle a oublié telle ou telle chose. Et comme ça, quand tu lui fais observer qu'elle a oublié telle ou telle chose, alors toi, tu fais mieux. C'est surtout par ce biais là que certaines se mettent au-dessus des autres. Et ça, je le vis très, très mal.

Et dans l'équipe des AS ça c'est très présent ?

Dans l'équipe des infirmières surtout. … Là, l'exemple que je te cite, je l'ai vécu de nombreuses fois, incalculables, mais c'est souvent les infirmières qui me font remarquer que je ne me suis pas occupée de l'entrée, alors que moi, je me souviens … j'ai essayé de faire de mon mieux en tout cas, c'était plus sur un plan psychologique, certes, donc, ça ce n'est pas palpable, comment tu as souri, comment tu as accueilli, comment tu as installé la personne, tu vois, la manière dont tu t'es comportée physiquement dans la pièce. Personne ne peut… La seule chose qui est des fois palpable, c'est que tu vas des fois entendre dans les transmissions que cette patiente est chiante, et puis d'autres fois tu vas entendre, qu'elle est un amour, elle est gentille, et tout. Et bien souvent, celles qui sont chiantes, tu n'as qu'à regarder qui l'a accueillie. … Souvent, celles qui sont moins… celles qui sont, peut-être tout simplement, celles qui ne sont pas … je ne sais pas, je n'ai pas envie de dénoncer, mais il y a des gens qui ont des comportements, pas très … ils sont speed tout le temps, ça court partout, ça parle très, très fort… et je suis désolée, mais la patiente qui est accueillie dans ces conditions là, elle ne peut pas être agréable après.

Personne ne sait ce que j'ai fait dans l'association, mais il y a un boulot à faire dans le boulot là, par rapport à l'accompagnement des mamans, c'est énorme, excuse-moi, c'est de la merde

C'est nul c'est qu'on fait. L'accompagnement qu'on donne aux parents, ça pourrait être pire. Ça pourrait être bien pire, mais ça pourrait être nettement mieux, avec pas grand chose comme moyens, quoi.

Par exemple ?

Déjà former le personnel sur l'importance de parler du décès de l'enfant, de ce qui c'est passé. L'importance quand tu pousses la porte, oui, que tu n'aies pas peur de parler de l'enfant qu'ils viennent de perdre. Et ça, il n'y a en pas beaucoup qui le font dans le service (tout le monde)… les psychologues, je les ai vues deux fois, quoi. Je les ai croisées dans le couloir, mais j'ai eu très peur. Je n'ai jamais été invitée à discuter, de ce genre d'événement (se référant au débriefing). Et en même temps j'ai très, très peur parce que l'AMC est quand même connue au CHU et elle n'est pas très bien perçue.

…

Et en même temps j'ai très, très peur parce que l'association de deuil périnatal est quand même connue au CHU et elle n'est pas très bien perçue, donc notre démarche n'a pas été très bien… Eux, ils estiment, que leur psychologue, leur méthode, c'est la bonne et tout, et on a des grandes difficultés à travailler avec eux ! Qu'avec les cliniques privées, les portes sont grandes ouvertes, et même avec une autre institution dans une ville proche, on a formé un nombre de sages-femmes …. …J'ai envie de travailler là et j'ai peur que les gens vivent ça comme une intrusion, une autre manière d'infiltrer l'association, et ce n'est pas du tout ma démarche, mais j'ai trop peur que ça soit perçu comme ça. Donc, tu vois, si tu savais comment je prends sur moi pour ne pas dire aux patientes qu'il y a une association qui existe et qui peut les accompagner, une fois qu'elles vont être dehors, je ne sais pas comment le faire. Je n'ai pas le droit de dire aux patientes, et c'est super dommage, parce que quand ces mamans vont sortir de là, je n'arrive pas à entendre que ça ne se passe pas avec la psy du service. Mais c'est normal, c'est une seule personne, tu ne peux pas t'entendre avec tout le monde, tu vois, ça passe, ou ça ne passe pas, ce n'est pas de sa faute forcément, mais c'est peut-être un peu de sa faute aussi, qu'on ne connaît pas cette femme-là, mais tu ne peux pas, en tant que psychologue, moi, avant de trouver un bon psy, j'en ai vu plusieurs, avant de trouver le bon, le bon à moi

…

Parce que des fois, tu peux, notamment, même quand tu es à l'hôpital « Oui, c'est bon, vous n'êtes pas à l'hôtel ici, vous êtes à l'hôpital… ». Mais les gens, ils n'ont jamais choisi d'être là, et que ça reste quand même « leur chambre ». Enfin, après c'est mon avis personnel, et

que pour moi, dès que tu rentres, même si tu as frappé… chez toi, quand on frappe tu ne rentres pas, chez moi, oui, mais c'est particulier, mais en général, chez les gens chez qui tu vas, tu frappes et tu attends quand même qu'ils t'accordent l'autorisation de pénétrer dans leur intimité, quoi. Et là, on s'auto-autorise, toujours de rentrer dans l'intimité de la personne, même si on a frappé, c'est parce que c'est le minimum, mais, tout… oui, je m'observe assez souvent,…

Mais tu vois, dans l'hôpital, combien j'en entends quand j'arrive, « la dame, elle a accouché ? » « non, elle n'a pas accouché, son bébé est mort » « je ne sais pas, mais elle a accouché ou pas ? » « Elle a expulsé ». C'est vulgarisé, complètement, « elle a expulsé », tu te rends compte ? La violence, je ne sais pas, tu ne parles peut-être pas français, peut-être que les mots ne rebondissent pas de la même manière, … mais même d'un bébé vivant, tu expulses, mais déjà pour une maman, elles accouchent d'un bébé mort, déjà on ne respecte pas, on leur dit que leur bébé, elles n'ont pas droit à l'acte de naissance, tu as droit qu'à un acte de décès. Tu vois, moi je peux te montrer mon livret de famille, mon enfant mort est décédé pendant l'accouchement et il n'a pas eu l'occasion d'aspirer sa première bouffée d'oxygène, et de mourir après, c'est dommage pour lui, donc après, il n'est que mort, il n'est jamais vivant, il n'est que mort. Comment tu peux n'être que mort ? Comment c'est possible d'être que mort ? Etre que mort, ce n'est pas exister, enfin… tu ne peux pas être que mort… c'est incohérent, enfin… je suis toujours en colère après cette loi-là qui te dit « si vous accouchez d'un bébé mort, vous n'avez pas droit à l'acte de naissance, il n'y a pas d'acte de vie ». Alors, tant qu'il est dans ton ventre, on prend en charge, on rembourse ses soins, on te fait tout ce qu'il te faut, machin, tout, quand le bébé est vivant, le rythme cardiaque, on te dit, « c'est un garçon », « c'est une fille », tu vois, il y a plein de choses, et le jour où il meurt dans ton ventre il n'est plus rien. Ça ce n'est rien, il est mort, et tu n'as droit qu'à un acte de décès, tu vois. Et ça mes collègues, leur faire entendre ça, ce n'est même pas la peine !

Entretien avec Caroline, Sandrine et Elsa, infirmières en gynécologie, le 12 novembre 2007

Sandrine – Je crois qu'elle a bien senti qu'on avait l'habitude d'embêter les gens.

Chercheur/moi – (Pose le dictaphone sur la table parmi les trois ides) j'espère qu'on va pouvoir bien entendre là…. Donc, la première question sera le parcours de chacune dans votre vie professionnelle – considérant les boulots avant de devenir infirmière, si l'on a fait plusieurs professions au long du parcours...

Elsa – Je vais commencer, donc, moi, j'ai fait des soins à domicile avant même de commencer mes études comme infirmière. Je faisais de l'aide à domicile à des personnes âgées. Donc, j'ai fait des nuits, j'ai fait de l'aide repas, de l'aide … je voyais un peu les différentes conditions de travail… donc, au domicile, par l'intermédiaire de l'association, c'était l'A.M.C. J'ai fait différents remplacements dans les services, comme AS, j'ai fait en maison de retraite, j'ai fait…

Chercheur/moi – Donc, ce qui m'intéresse c'est de savoir si là, tu avais déjà envie de devenir infirmière ou …?

Elsa – Oui. Donc, me baigner déjà dans le milieu voir le milieu, voir un peu les conditions, comment ça se passait.

Caroline – Et c'était pendant que tu étais à l'école ?

Elsa – Avant, avant.

Caroline – Ah, bon, avant ?

Elsa – Des jobs d'été… des jobs de vacances, des jobs de week-end. Ah, non, ça c'était pendant que j'étais… Ah, non, c'était pendant que j'étais… je ne me rappelle plus ! C'était pendant que j'étais dans l'école d'infirmières. Et pendant mon année préparatoire, même. C'était après le bac, tout en post-bac, mon année préparatoire, et après toutes mes années d'école ide j'ai fait ça, mes vacances d'été, mes week-ends…

Chercheur/moi – Est-ce qu'il y a eu des moments où cela t'a plu plus que d'autres ? Ou qu'est-ce qui t'a attirée pour venir vers…

Elsa – Le soin à domicile est particulier, très particulier, eh…

Chercheur/moi – Comment ça ?

Elsa – très difficile, encore plus difficile que le milieu hospitalier. Parce que là pour le coup, à domicile, on est seule, on est seule et il y a un souci, bah, tu es seule. Tu n'as personne à appeler, tu as la famille qui laisse un numéro sur un buffet, mais…

Chercheur/moi – À gérer toute seule…

Elsa – En cas de problème tu es seule, alors là, je pense effectivement que dans le milieu hospitalier, l'avantage c'est que tu te sens protégée, tu as une petite équipe autour, tu as tes anesthésistes, tes médecins, bon, ce n'est pas … des fois ils sont réticents à te répondre, mais tu as ton milieu de sécurité, alors qu'à domicile tu n'as pas ça. La personne, tu arrives, elle est tombée, eh bah, c'est à toi de gérer comme tu peux. Tu trouves un médecin, tu trouves la famille, pour essayer déjà de trouver le médecin traitant qui suit la patiente, une éventuelle infirmière à domicile qui va venir faire les soins, donc, c'est vrai que le milieu hospitalier est … si on compare les deux… au moins là….

Chercheur/moi – Et là, tu l'as fait combien de temps ?

Elsa – de nuit, j'ai fait ça pendant deux ans. De nuit chez les personnes âgées, je faisais ça deux ou trois nuits… trois ou quatre nuits dans la semaine.

Caroline – (Soupir).

Chercheur/moi – Dur, dur, eh ?

Elsa – Sur le week-end, et puis en semaine, quoi. En semaine, je sortais de l'école, j'allais chez la personne, je préparais à manger, je lui donnais à manger, je la couchais, je faisais mes devoirs, … et donc, la nuit mon but était de répondre à chaque fois aux appels pour aller aux toilettes, chaque fois qu'elle m'appelait.

Caroline – Et tu dormais ?

Elsa – Il y avait des gens qui dormaient pas mal, alors tu dormais, tu dormais quasiment toute la nuit. Et puis, il en a qui considéraient que si t'étais là, c'était pour t'occuper de la personne au cas, et donc elle t'appelait toutes les demi-heures, tous le trois quart d'heures… ces nuits, je ne dormais pas.

Chercheur/moi – catastrophique !

Elsa – Mais tu t'aperçois quand même que, les gens c'est un peu particulier quand même parce que pour eux, enfin, quand ils font appel aux associations pour les aider à domicile c'est pour leur rendre service, pour les maintenir à domicile. En contre partie, je me suis rendue compte, quand même qu'à domicile, ce n'était pas les personnes les plus agréables à vivre. Ceux qui refusaient d'être institutionnalisés eh bah, c'étaient des gens qui avaient un fort caractère et qui n'étaient pas spécialement agréables avec nous en retour, pourtant on leur rendait un service qui leur permettait de rester à domicile. Ça c'était un dé…

Chercheur/moi – Paradoxal…

Elsa – un décalage. C'est ça le plus marquant.

Chercheur/moi – Et depuis donc, tu as fait l'école…

Elsa – donc, après j'ai fait l'école et quand j'ai été diplômée, j'ai été embauchée directement en chirurgie gynécologique. Oh, la petite variante qu'il y a eu c'était que quand j'étais embauchée, on ne m'avait pas dit que c'était de nuit, un détail. J'arrive dans le service, et j'ai rencontré Mme Valéry, donc, pour la première fois, elle m'avait dit, « bonjour, enchantée, on est heureuse de vous accueillir dans le service », et elle me dit « dites-moi tout », je lui dis, puis « j'étais embauchée, à 100%, un poste de jour », et là elle m'a regardée, et je la sentais pas, parce que le « poste de jour » l'avait fait tilter…. Et moi je me suis dit, « moi, sur mon entretien j'avais dit surtout ce que je ne vais pas faire, week-end ok, férié ok, tout ce que vous voulez, mais pas de nuit, parce que c'était un rythme pour moi qui n'était pas… c'était dur à vivre ». Et elle m'a dit « bah, vous êtes de jour, bah, moi j'ai passé un profil de poste de nuit ». Parce que la nana que j'étais censée à remplacer était une nana de nuit. Donc, moi j'étais formée pendant 5 mois de jour et après, de nuit.

Chercheur/moi – Pendant combien de temps es tu restée de nuit ?

Elsa – 10 mois. Et heureusement qu'il y a eu, un … donc, entre temps, il y avait une autre fille qui partait, qui n'était pas super bien adaptée dans le service, et ils embauchaient en effet une autre fille, qui préférait de nuit. Donc, du coup, moi je suis restée de nuit pendant qu'elle était formée de jour, et après on a échangé. Heureusement qu'il a eu, en l'occurrence Margot. Margot qui était arrivée dans le service dans l'entrefaite, presque au même moment que moi, préférait les nuits, on a eu de la chance, le temps qu'elle soit formée, j'ai fait mes nuits et après elle m'a remplacée, on a fait cet échange là. Sinon, j'en serais encore de nuit. Contre ma volonté. Ça c'est encore le recrutement : limite, limite.

Chercheur/moi – et tu es là depuis ?

Elsa – 2004.

Chercheur/moi – Presque 4 ans ?

Elsa – trois ans. C'était fin 2004 mon diplôme.

Caroline – Non, mais Elsa, a été mise de nuit sans qu'on lui demande si elle en avait envie, et elle a commencé (en se tournant vers Elsa) « tu as commencé ton poste de nuit en étant malheureuse ». Elle était stressée…

Elsa – et puis me retrouver de nuit, ça me rappelait un peu ce que j'avais vécu à domicile chez mes personnes âgées, j'ai eu l'impression de me retrouver à nouveau seule, ce n'était pas la même équipe, même s'il y avait le médecin, les anesthésistes, là ce n'était plus pareil, la nuit ils étaient de garde, et il fallait franchement ne pas les déranger, entre guillemets pour

rien, sinon, c'était mal pris. On se faisait envoyer balader. Donc, c'est vrai ça m'a remise face à me retrouver un peu seule, la nuit, ce n'était vraiment pas pour moi, quoi.

Caroline – et puis quand on est embauchée de jour et qu'on passe de nuit, c'est…

Elsa – c'est le seul x qu'il y a eu au départ. C'est le seul x litigieux de mon embauche. On n'avait pas vraiment un même terme, ils font ce qu'ils veulent…

Sandrine – Et pendant ce temps là, tu as eu un entretien avec Mme Evêque.

Chercheur/moi –est-ce que tu as eu un entretien avec…

Elsa – avec Mme Evêque non, avec la DSI (Direction des soins infirmiers)

Sandrine – c'est eux qui sont malins, et qui font ce qu'ils veulent dans ces cas là.

Elsa – parce qu'on dit que les médecins, les patients, ils les considèrent comme des numéros, mais nous aussi, on est des numéros.

Caroline – des agents.

Elsa – parce que nous aussi, on est tellement nombreux, que nous aussi, nous sommes des agents, des numéros. Nous aussi ils s'en moquent de nos petites préférences : de jour ou de nuit, de week-ends ou pas des week-ends, ils s'en moquent, ils leur manquent telle personne ici, j'embauche une telle personne ici, elle, parfois si ça ne lui plait pas, elle peut aller voir ailleurs. C'est ce qu'ils m'ont répondu, quand j'avais appelé… et je leur avais spécifié, que les nuits, c'était particulier et que c'était le seul petit point que je pouvais pas, quoi. On m'a gentiment répondu que si ça ne me plaisait pas, il fallait aller voir ailleurs. Qu'il y avait d'autres postes…

Chercheur/moi – et est-ce que tu as fait d'autres démarches ?

Elsa – Non, parce que malgré tout, ils nous demandent un peu les services qui nous intéressent, et moi dans mes souhaits, j'avais dit que j'aimais bien la chirurgie, en particulier gynécologie, néonatologie, et j'avais cité pas mal de services, et ils avaient respecté mes choix, mes goûts. Mais comme c'était un service qui m'intéressait, je me suis dit, bon, on va quand même persévérer,…

Sandrine - parce qu'il y avait des filles bien, quand même.

Chercheur/moi – Donc, à la fin ça c'est bien passé ?

Elsa – Oui, mais là sinon, la perspective, je trouve…

Sandrine – Moi, je savais que tu étais bien, mais il y avait ceux qui commençaient à se rendre compte.

Caroline - Elle est épanouie aujourd'hui, Elsa.

Elsa – ça c'est l'avis de mes collègues.

Sandrine – On sent ton travail, cela fait longtemps qu'on sait que tu peux faire l'affaire, et il y en a quelques unes qui commencent seulement à s'en rendre compte, mais, comme quoi, on ouvre toujours les yeux un jour et ça prouve qu'il y a celles qui se sont trompées.

Elsa – après, il faut le reconnaître, quoi. Il y en a qui ne le reconnaîtront jamais…

Sandrine – c'est très personnel.

Elsa – il y a celles qui le reconnaissent et d'autres pas, quoi. Parce que, c'est vrai, que de nuit, à part certaines collègues qui m'ont soutenue, la majorité ont été contre moi.

Chercheur/moi – Ah bon ?

Elsa – J'ai eu des réflexions de tout genre. Des filles que j'appréciais, que j'appréciais énormément. Je me suis reçue des réflexions, parce que j'étais passée de l'autre côté de la barrière. Je ne faisais plus partie de l'équipe de jour, j'étais de nuit, c'est un autre monde. Donc, c'est vrai, que même les filles que j'appréciais de jour, bah, de nuit c'était plus tendu. Puis maintenant que je suis repassée de jour, ça passe, ça passe ça passe nickel, quoi ! C'est devenu comme avant.

Caroline – la ségrégation !

Elsa – il ne faut pas être rancunier. Moi, les gens que j'aimais bien, ce n'est pas parce que je suis passée de nuit que je ne les aimais plus, enfin. Pour moi, ça restait mes collègues. Et maintenant que je suis passée de jour, je les apprécie autant qu'avant. Peu importe, j'ai fait une croix sur ce qui m'a été dit. Mais ça a quand même été dit, bon, bah, je n'étais plus de l'équipe, quoi, limite.

Sandrine – Hum, hum, parce que l'équipe de nuit, c'est quand même notre équipe.

Chercheur/moi – quel type de réflexion elles te faisaient, si je peux me permettre.

Elsa – C'était divers, mais elles trouvaient que je ne travaillais pas assez…

Chercheur/moi – donc, toujours la même polémique entre nuit et jour.

Caroline – que tu ne travailles pas assez, que tu pourrais faire plus, que tu devrais remplir les dossiers…

Elsa – des trucs à la con, c'est sur, c'était des trucs sur mon travail. Je n'en fournissais pas assez, les gens, des fois c'était sur ça « tu aurais pu faire ça, et ça »

Sandrine – Non, mais pour dire qu'on est baptisée, on est baptisée quand on arrive.

…

Caroline : Alors moi, ça remonte loin, moi je suis diplômée depuis 1983, je n'ai pas fait le parcours bac, je me suis arrêtée en seconde, j'ai fait un BEP sanitaire et social, que j'ai fait, au moment des stages, dans des cliniques, où j'ai découvert le métier, parce que je ne connaissais

pas du tout, moi. Donc, je me suis reprise en main, à la fin de mon BEP sanitaire et social, j'ai fait l'école préparatoire d'infirmières, et ensuite j'ai fait l'école d'infirmières, et me voilà. Dès ma sortie de l'école j'ai travaillé à la « NOOS », en cancérologie, bah, des décès tous les jours. Ensuite la pneumologie, ils étaient tous branchés sur le respirateur. Je me suis mariée pendant mes études, oui, c'est vrai. Donc, j'ai quitté ici pour aller vivre dans le sud, et là-bas j'ai travaillé dans une clinique de soins intensifs donc, en chirurgie, petit service de huit personnes, huit lits, de jour, de nuit, on mélangeait, et puis, et j'ai eu deux enfants, et je me suis arrêtée de travailler pendant 8 à 9 ans. Donc, maman au foyer, ensuite je suis revenue ici, on n'a fait que déménager. On a déménagé partout, partout, et quand je suis revenue ici, bien des années plus tard, c'était pour divorcer. Donc, j'ai repris à 50% en cardiologie pendant deux ans, je crois, à mi temps, j'ai pris après un an de disponibilité, pendant ma période de fin de divorce, et j'ai repris en gynécologie, où j'ai démarré à 50%, à 60%, à 80% et là je suis à 100%. Qu'est-ce que je pourrais te dire de plus ?

Chercheur/moi – Donc, depuis vous avez toujours été en gynécologie ? Il y a 9 ans ?

Caroline – A peu près, à peu près. Huit, neuf ans. Je n'étais pas du tout encadrée comme Elsa. Moi, je suis arrivée, je leur ai dit qu'il avait des années, parce qu'en cardiologie c'est de la médecine, et pas de la chirurgie, donc, ça faisait très, très, très longtemps que… depuis le sud, dix, quinze ans, je ne sais pas, que je n'avais pas fait de chirurgie, donc je voulais être doublée, mais je suis arrivée un après midi et pas en journée, mon premier jour était d'après midi, et non doublée. J'ai eu ma collègue Vanessa qui est restée avec moi l'après midi, jusqu'à cinq heures, qui m'a montré le service, qui m'a très bien encadrée, ça je ne peux que la féliciter et à cinq heures, j'étais lâchée toute seule. Je n'étais pas toute jeune, j'étais peut-être un peu plus âgée que toi ; ce n'est pas parce que j'étais jeune, mais les gens ne se rendent pas compte, quand tu as eu un lapse de temps sans travailler, tu as une gymnastique de mémoire, la mémoire tu ne la travailles plus, donc il faut que tu te rappelles les noms de tes collègues, des médecins, les noms des pathologies, les noms des malades, leur orientation dans le service, les chambres, à nouveau, et c'est vrai, quand tu n'as pas travaillé ça, que tu t'occupes de tes enfants, de ta petite vie de famille, moi c'est la seule difficulté que j'ai eue… un petit peu de peur au départ parce qu'on a des urgences, faire face comme ça, du jour au lendemain, mais bon.… Mais contrairement à Elsa, j'ai eu une très, très bonne intégration, à ce moment-là, le service était très bien organisé, il y avait une excellente ambiance, tout le monde s'entendait parfaitement bien, il n'y avait aucune tension. Et ça a duré, jusqu'à ce que vous arriviez.

Elsa : C'était l'époque de Marianne, d'Ingrid, il y avait Berthe, il y avait Sarah, c'était l'équipe…

Caroline : Il y a eu un souci, c'est qu'il y avait des infirmières vieilles, comme moi, entre guillemets et puis au bout d'un certain nombre d'années, bon, bah, les urgences, le stress, t'en as un petit peu marre, et tu veux changer un petit peu ; et il y a eu un remplacement de six infirmières, d'un coup pratiquement ; donc, ça fait une cassure dans le service, ça finit une cassure dans le service, parce qu'on ne trouvait plus nos repères, notre façon de travailler, donc, quand on a plein de nouvelles, ça a complètement changé, ce qui n'est plus trop mal, parce que pour qu'un service marche, il faut des anciennes, des nouvelles, il faut de tout, il faut de tout. Elles, elles arrivent avec leurs protocoles appris à l'école, leur, leur, …leur force…

Sandrine *– leurs questionnements aussi… il faut, il faut, il faut, oui, oui, oui, mais…*

Caroline – leur chamboulement, …

Sandrine – oui, et puis, nous, nos manques de connaissances et de pratiques aussi…

Caroline – et nous, « on reste sur nos acquis, et ça marchait bien comme ça, je ne vois pas pourquoi vous révolutionnez le service, ça marche bien comme ça »…. Et c'est depuis ce temps là, depuis

Sandrine – Fin 2002, 13 octobre 2002, …

Caroline – il y a eu trop de changements, même les aides-soignantes ne s'y retrouvaient plus. Les médecins étaient complètement perdus, et là, il y a eu des petits clans, c'est ce qui est dommage, vraiment dommage … Mais sinon, moi ma vie en gynéco je la vis bien, moi, j'étais « cadre faisant fonction » en cardiologie, et je l'étais un petit peu là, deux fois de suite en gynécologie, et ça s'est bien passé, donc, j'ai pu voir un petit peu ce qu'était le rôle ingrat de la surveillante… et c'est vrai que ce n'est pas facile pour elle, mais non, moi, je me sens très bien en gynécologie, quand il n'y a pas trop de tension, je trouve qu'en ce moment c'est beaucoup mieux, la pathologie est hyper intéressante, on fait de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique, on rencontre les gens de tous niveaux, de tous âges, c'est enrichissant, et puis, on est avec des femmes, je ne sais pas si c'est pour ça, mais les patientes sont des femmes, les soignantes sont des femmes, ça nous touche plus intimement, peut-être, j'espère, je ne sais pas, mais c'est une petite famille, je me sens bien là bas, peut-être que c'est aussi parce que mes enfants sont grands et que je me suis investie beaucoup, beaucoup, beaucoup dans mon travail. Et bon, parce qu'il y a cette perspective d'avenir avec cette autre nouvelle structure du service, l'hôpital de jour, qu'on ne va pas trop se détacher mais un petit peu

quand même, pour ouvrir ce service, c'est un projet qui nous tient à cœur à toutes les deux. Qui va être difficile, qui va remuer un petit peu l'organisation, qui va remuer un peu les mentalités …

Sandrine : C'est un sacré défi … parce que ça n'existe pas, eh ?

Caroline : Moi, j'aime bien les responsabilités, j'aime bien mettre en place des projets, et puis…

Elsa : ça va se faire, qu'ils nous donnent les moyens de le faire…

Chercheur/moi : Il me semble que là vous avez un peu d'espoir là dans l'avenir…

Caroline : Oui, il faut faire bouger les choses de toute façon aussi, eh ? C'est ça… voilà, j'ai décrit en gros…

Chercheur/moi : Et vous, quel est votre parcours professionnel ?

Sandrine : C'est mon tour ?

Chercheur/moi : Si tu veux ?

Elsa : L'avant 2002….

Sandrine : Donc, l'avant 2002 : j'ai eu mon bac en 1998, de 1998-1999 j'ai fait la prépa, pour entrer dans l'école ide, Donc, à partir de 1999 je suis rentrée à l'école ide pour 3 ans, et pendant ces trois années, j'ai fait un peu comme Elsa, j'ai choisi un peu de libéral, j'ai fait du baby-sitting pendant mes trois ans, lundi, mardi, jeudi et vendredi, on avait des cours jusqu'à 21h, et à partir de mon diplôme d'AS (en fin de première année) j'ai pu faire en plus des remplacements de week-end, les vacances et quelques nuits en maison de retraite, en tant qu'AS, et j'ai aussi eu l'opportunité de travailler à la Croix-Rouge, en hospitalisation à domicile en tant qu'AS, en vacances de classe, pendant deux semaines, donc j'avais la voiture avec laquelle tournait l'AS, et par ce biais là j'avais rencontré un monsieur, dont la femme avait la maladie de parkinson très avancée, et qui m'a proposé de travailler chez lui, pendant tout un été et tant que garde malade, femme de ménage, AS, enfin, j'étais là pour m'occuper de la maison, du lavage, du repassage, faire à manger et aussi pour m'occuper de sa femme. Donc, je m'en suis occupée de femme, je lui faisais sa toilette, et surtout, j'avais certaines relations privilégiées avec elle, on allait se promener dans son jardin, je lui faisais des massages, en écoutant du classique. C'était vraiment très, très intéressant. Et après j'ai eu mon diplôme. Et j'ai atterri en gynécologie. En effet, j'ai eu le choix de mon service. J'avais postulé ailleurs et au CHU, j'avais demandé la gynécologie aussi ailleurs, où malheureusement, il n'y avait pas de poste à pourvoir, donc, je n'ai pas pu aller ailleurs et le CHU m'avait donné pas mal de propositions. A l'époque on avait du choix, donc, j'ai refusé

quelques postes quand même : on voulait m'envoyer en hémorragie digestive, donc, je leur ai dit que je ne voulais pas y aller à cause de la hiérarchie, il y avait une surveillante là bas, qui n'était pas possible, ensuite ils voulaient m'envoyer en ORL, moi, je leur ai dit que ça m'intéressait sans plus, parce que c'était un poste de nuit, et à un moment donné ils m'ont parlé du poste en gynéco, et là, bah oui, « là ça m'intéresse beaucoup » j'avais fait le mémoire de fin d'étude là dessus, etc. Donc, j'avais passé l'examen écrit le 13 octobre, l'écrit du diplôme, et le 14, six heures moins quart, j'étais dans le service, en tant qu'AS normalement, légalement, parce que tant que tu n'as pas ton diplôme, tu ne peux pas travailler comme infirmière. Donc, du 14 octobre jusqu'à la fin octobre, jusqu'à ce que tu aies le résultat, j'étais dans le service, encadrée par les infirmières, pour me montrer un peu l'organisation du service, etc., et dès l'obtention de mon diplôme, j'étais dans le service en tant qu'infirmière. C'était Berthe qui m'a cadrée dans le service durant mes premiers jours, qui étaient vraiment super, et après ça a été beaucoup moins superbe pendant un an. C'était… j'ai vu l'enfer, en fait. C'est-à-dire, que mon intégration a été très, très compliquée, j'étais un peu prise en grippe par certaines, pas toutes heureusement, mais par certaines infirmières. Mme Valéry est arrivée en 2003 dans le service, je crois, 2003 vers juillet, août, je crois, ça faisait plus de 6 mois que j'étais là et ça se passait extrêmement mal, je ne dormais plus la nuit, j'avais des nausées avant de venir travailler, j'avais mal à l'estomac, j'avais mal tout le temps, je pleurais…

Caroline : Elle était harcelée

Sandrine : Je n'avais plus le moral, c'était dur.

Caroline : On essayait de lui remonter le moral, j'essayais de la pousser…

Sandrine : Il y avait Caroline qui m'a énormément soutenue, en plus, à l'époque tu étais faisant fonction Caroline, donc peut-être que c'était peut-être plus facile pour elle de voir ce qui ce passait dans le service… Il y a Sarah aussi, qui m'a énormément aidée, Sarah m'a toujours dit : « Sandrine, j'ai confiance en toi, tu peux, tu vas y arriver… »

Caroline : En plus pour moi, avoir de l'emprise sur quelqu'un, c'est de la bêtise…

Sandrine : Ah, oui, moi je perdais mes moyens… je me suis même me demandée si j'avais mon diplôme d'infirmière, eh ?

Caroline : Je crois que tu as été accueillie dans un statut d'élève.

Sandrine : Oui, c'était ça. Et en plus, je pense, ce qui m'a mis, un peu en porte-à-faux par rapport à Marie, c'est que je me comparais à elle; Marie, est arrivée deux semaines après moi, d'emblée sur un poste fixe. Moi, je suis arrivée en tant que remplaçante, j'ai eu un poste fixe

au mois de juillet 2003 quand Sandra est partie, et je ne sais pas, mais dans leurs têtes, je n'allais pas rester, je ne sais pas, on s'en fout… je pense qu'il y avait un petit peu de ça, je ne sais pas, je ne sais pas ce qui c'est passé.

Caroline : *Oui, Sandrine est arrivée, toute jeune, toute fraîche, toute souriante, toute gaie,…*

Sandrine : Comme je suis moi, quoi. Et je ne sais pas, je ne rentrais pas dans un moule… je ne sais pas, j'en sais rien…

Caroline : elle aimait plaisanter, elle aimait jouer, …

Sandrine : Oui, et puis…

Caroline : Et puis tu disais, et peut-être tu étais la seule qui disait ce que tu pensais : « ça vous devriez changer ça, c'est du n'importe quoi… ça vous avez oublié de faire ça… »

Sandrine : Sans pour autant vouloir révolutionner le service, mais c'est vrai, je suis quelqu'un qui me pose toujours des questions, tout le temps, tout le temps, je me pose des questions, et aussi sur ma façon de faire, sur aussi le fonctionnement d'un service, parce que je trouve ça vraiment intéressant et important. Et c'est vrai que du coup, je remettais des choses en question dans le service, qui a priori gênaient certains.

Caroline : Bah moi je trouve que c'est le relationnel aussi, c'est important. Il y a un manque de temps.

Elsa : Moi c'est pareil, il y a des ?, il y a des ?. Il y a des patientes qui ont besoin de parler, on ne leur accorde pas le temps nécessaire.

Sandrine : quand on n'a pas le temps, on est frustrée, on culpabilise, on n'est pas bien…

Elsa : et *pour boucler son travail dans le quart de travail on est obligée de squeezer le relationnel, en partie, on en fait un minimum. Moi, ce que j'ai expliqué à une élève la dernière fois c'est que j'essaie de voir, chaque patiente comme une personne, on fait quand même… « des séries ». On fait trois soirs, donc, on fait un soir on va voir quelques patientes, en plus particulier, on va accorder par exemple dix minutes, par exemple à une patiente… Le soir d'après, bah, avec ces patientes, on ira plus vite le lendemain, et on accordera du temps à d'autres. Donc, sur trois soirs continus par exemple, on arrive à faire, à voir toutes les patientes, et tous les jours on arrive à prendre dix minutes, et puis d'autres, on est obligée à bah…*

Sandrine : obligée de prioriser, heureusement que sur …16 lits, toutes les patientes n'ont pas besoin du relationnel en même temps.

Elsa : ce *qui n'est pas mal*

Sandrine : ce qui nous permet de prioriser aussi. C'est-à-dire, qu'une dame qui a eu un bloc de jour, il y a deux jours et une dame qui revient du bloc, on va nuancer. Une dame qui vient de perdre son bébé et bon, on va la prioriser. En fonction aussi des patientes, parce qu'il y a des gens qui n'ont pas envie de parler. Même si nous, on a le temps, si on a le temps, et que la patiente n'a pas envie de parler, eh, bah, elle ne parlera pas. Ça ne sert à rien. Donc, du coup, ça nous permet aussi à nous de jongler avec les choses et du coup de pouvoir aussi essayer d'être le plus efficace possible.

Chercheur/moi : et dans le cas où la patiente ne veut pas trop de contact, et que vous voyez que la personne ne va pas bien…

Sandrine : Alors, alors, ça dépend.

Chercheur/moi : …

Sandrine : Il *faut lui donner du temps. Il faut dire aussi, ce n'est pas avec nous, c'est peut-être avec une collègue, aussi.*

Caroline : voilà, il faut passer le relais, … revenir, il faut aller doucement, …

Sandrine : c'est subtil et ça se fait naturellement…

Chercheur/moi : Quels sont les moments où le souci vraiment se pose pour vous, c'est-à-dire quand il y a de la souffrance pour vous ?

Sandrine : Quand le patient rentre chez lui, et qu'il n'a pu verbaliser avec qui que ce soit…

Chercheur/moi : et à ce moment là, vous le prenez contre vous ?

Caroline : Si aucune d'entre nous n'a réussi à entrer en contact, ah, bah, oui, là on a échoué toutes.

Sandrine : et que cette personne rentre chez elle en ???,

Caroline : enfin, cette personne rentre chez elle en souffrance, …

Elsa : si c'est

Sandrine : même si elle n'a pas voulu, hein…

Elsa : Si ce n'est pas nous qui avons réussi, on a quand même envoyé la psychologue …

Sandrine : qui n'arrive pas forcément à …

Elsa : Oui, c'est vrai… elle arrive un petit peu plus…

Caroline : et ça n'arrive pas souvent, en général,

Sandrine : ça n'arrive pas souvent, ça arrive parfois pour des IMG, mort fœtale ou cancer…

Caroline : des personnes qui ont des fois des mammectomies, là des fois ce n'est pas facile, parce qu'elles rentrent chez elles, et puis on ne les voit pas après, nous. Elles ont leur

chirurgie, après elles partent faire leur chimio et rayons et quand est-ce qu'on les voit après ? Quand il y en a une récidive… quand ça ne va pas.

Sandrine : où quand c'est pour une reconstruction…

Caroline : Oui, là, par contre.

Sandrine : … ce que j'entends par la technique ça va être des… de la prise en charge de la douleur, ça va être les pansements, évidemment… le soin

Caroline : la technique c'est le soin le plus facile, c'est le soin le plus facile…

Sandrine : on l'apprend par cœur, on le fait, ça y est…c'est très simple à faire… heureusement aussi qu'on sait faire plusieurs chose en même temps…

Caroline *: un soin, il est bien fait si tu parles à ton patient… Si tu vas faire un soin sans parler, c'est… et les élèves, c'est ce qu'on leur dit, « faites vos soins mais parlez à vos patientes » et des fois…*

Sandrine : *et des fois ça bloque des motivations…*

Caroline : et des fois, les élèves sont là, mais elles te disent, « oui, mais quand je fais mon soin, la patiente ne me parle pas … » Je leur dis, « oui, mais si toi, tu ne vas pas vers la patiente, si tu ne parles pas, de tout et de rien, il faut amener le sujet »

Elsa : des fois c'est tout bête, mais des fois c'est difficile d'amener le sujet. Bah, des fois il y a toujours des trucs, des photos dans la chambre, ou des bouquins qu'elles sont en train de lire, qui ouvre la conversation sur tout et n'importe quoi, sur tout et n'importe quoi. Mais des fois,…

Sandrine : dans ces cas là, c'est souvent que la patiente est fermée.

Elsa : des fois, tu n'as rien pour ouvrir la conversation… tu n'as rien du tout, et tu te dis « ah, bon, je commence où… ? »

Sandrine : vous avez eu de la visite un petit peu hier… je commence par ça…

Caroline : les personnes les plus difficiles à gérer ce sont les enseignantes, et le milieu hospitalier.

Chercheur/moi : Est-ce que vous pourriez m'expliquer pourquoi l'équipe trouve les infirmières qui viennent séjourner dans le service comme difficiles à gérer ?

Elsa : Elles sont plus tatillons, plus tatas, elles connaissent le truc, donc pour nous, du coup, on…

Sandrine : on est mal à l'aise, déjà.

Elsa : on est mal à l'aise.

Extraits de l'entretien réalisé avec Ingrid et Katia en gynécologie, le 28 décembre 2007.

Ingrid – en tant qu'AS on sait qu'il n'y a pas un service plus, plus constructif, presque… parce que déjà, ce qui me plait c'est de ne travailler qu'avec des femmes, je ne veux pas trop m'occuper des hommes, je ne suis pas trop à l'aise, mon caractère ne me permettait pas d'être à l'aise quoi. Et c'est un service qui a énormément évolué en 17 ans surtout sur le plan chirurgical, avant on n'avait que des laparotomies, on ouvrait énormément. Maintenant, bon …..

On a passé à un mode de chirurgie qui permet aux personnes de sortir très, très vite. Ils sont moins grabataires, ils ne sont même pas grabataires, ils sont légèrement embêtés, quoi. Le J1 est normalement la journée la plus difficile, normalement les choses reprennent après tout de suite. Il y a pas des ??? toilettes, il n'y a pas des personnes âgées, il y a très peu de fin de vie. Pour une AS c'est le top !

Katia – On fait des soins intéressants.

Ingrid – Et on fait des soins délégués, qu'on oublie à la force, parce que… quelque part ça nous donne un statut, je ne sais pas, moi je me sens bien dans mon service. C'est mon service d'abord. Paradoxalement, il a eu des prises de têtes ici, comme tu l'as vu récemment, tu vis 17 ans dans le même service, 17 ans dans le partage des … J'ai eu des périodes difficiles, de questionnements, comme dans la vie privée, on a des étapes, dans sa vie professionnelle aussi on se remet en question, un petit peu. On se dit, puisqu'on a tous perdu dans un sens, peut-être que le reste, il faut que ça suive aussi. On se cherche quelque part. Et quand ça fait 16 ans, 16 ans plus ou moins les mêmes copines, à la fois c'est une famille que l'on s'est créée, surtout quand je parle toujours en tant qu'AS, ça n'a pas énormément changé, et on a besoin de ça, malgré tout. C'est un peu ambiguë, quoi.

Katia - … mon premier service depuis 9 ans. Je voulais un poste fixe à 50%... et après j'ai augmenté mon temps.

Chercheur/moi – Aujourd'hui vous êtes à …

Ingrid et Katia – 80% du temps.

Ingrid – Avec deux enfants et divorcée

Katia – Deux enfants et divorcée. C'est vrai qu'il y a énormément d'AS…

Ingrid – C'est cela que je t'avais dit l'autre fois où je n'étais pas très bien, c'est la différence entre les AS et les IDE, *il y a souvent un niveau social différent et qu'on dirait que l'on est très nombreuses à être divorcées, nous sommes très nombreuses à donc supporter beaucoup de soucis, du moins,… ce n'est pas du tout pareil avec les infirmières, on va s'arrêter ; à l'époque où je te parlais de la critique que j'ai pu entendre « tiens, je ne sais pas comment certaines enfin, ont plus de facilité à s'arrêter… » ; Nous sommes plus confrontées à la difficulté de joindre la vie privée à la vie professionnelle, que les infirmières, qui se donnent des barrières et s'interdisent. Que nous, je ne dis pas qu'on est plus maternelles, mais on ne cherche pas, c'est une grande différence qui fait qu'à un certain moment, on est plus déstabilisées je pense que les infirmières.*

Chercheur/moi – Je me souviens de notre discussion, et le mot qui m'est resté dans l'esprit déjà à cette époque était « faire semblant ». Est-ce qu'on ne pourrait pas dire que vous, en affrontant les difficultés, cela vous rend beaucoup plus fortes ?

Ingrid – *Je pense qu'on vient ici, c'est un peu une thérapie, de se retrouver ce noyau d'amies, parce qu'on est quand même des collègues, des copines on a au fond l'amitié quand même ; ce qui fait que ça nous « booste » un peu sur la vie privée on en discute, comment on fait là, maintenant et on ne trouve pas la solution toujours, mais on en discute et ça nous fait énormément avancer.*

Katia – Mais c'est peut-être pour ça que les AS sont plus soudées, aussi.

Chercheur/moi – Parce que les IDE, par rapport à …

Ingrid – *Elles s'interdisent, elles ont besoin de faire des groupes, elles ne laissent pas à l'autre le droit d'être différente. Si tu es pareille, tu rentres dans le groupe, si tu n'es pas pareille, le groupe te critique et nous, on se l'interdit, peut-être à part pour une collègue, avec qui on a eu des difficultés, et où on est un peu sur nos gardes, même si l'on ne veut plus le faire voir, mais en règle générale on est tous différentes, et on se respecte malgré tout. Et je pense que ça, tout le monde ne peut pas le faire.*

Katia – Je pense que ça vient aussi de la vie que tu as eu, du vécu que tu as eu. Parce qu'à force d'avoir des soucis, on a l'esprit beaucoup plus ouvert, envers les autres, et je pense que c'est pour ça qu'on arrive mieux à discuter avec l'autre et à entendre, ce que l'autre, même si ce n'est pas notre façon à nous de vivre, notre façon de faire, on est plus ouverte dans notre esprit. Que les infirmières, je crois qu'elles sont…

Ingrid – Moi, je crois qu'elles ont besoin de garder un statut, que nous on ne se donne pas. Elles aussi les IDE sont plus près des médecins, et la responsabilité qui font peut-être que …

nous on l'a pas en tant qu'AS. On n'attend pas ça. On n'attend pas d'être regardées positivement, d'être jugées de la même façon, donc, quelque part la vie privée est plus importante que notre vie professionnelle.

Chercheur/moi – Est-ce que le boulot disparaît face à l'importance de la dimension de la vie privée ?

Ingrid – Si quand même, notre boulot on le voit, puisque ce n'est pas une pathologie qui est pas trop lourde. Tu sais, quand tu as un service où tu commences de la chambre 106 à la chambre 112, de 6h30 à 12h30 et que tu ne fais que la toilette, ce n'est pas ça, quand même, et c'est ça qui nous garde réveillées quelque part. C'est que tous les jours les malades changent, et on se réinvestit quelque part. C'est sur qu'il y a des jours où on est plus toniques que d'autres, mais il nous reste, c'est quand même une base, ça. Moi, enfin, j'en ai malgré tout besoin. Et puis, on a l'avantage d'avoir des patientes qui nous redonnent…

Katia - *Voilà, c'est ça qu'on attend le plus. On attend le plus des patientes, eh.*

Ingrid - *Et on n'a rien des médecins, dès fois on ne reçoit rien des infirmières, mais on a des patientes. Donc, on a les patientes pour alimenter le côté boulot, et les copines et les collègues pour alimenter nos problèmes personnels. C'est ce qui fait qu'on a stabilisé quelque part les soucis….*

Katia- Voilà, c'est plus le retour des patientes que le retour de la hiérarchie. Que de la hiérarchie on n'a pas vraiment de retour, quoi.

Ingrid – Mais, je me dis que si je changeais de service, au bout de 16 ans je ne crois pas que j'aurais cette satisfaction là, quoi.

Ingrid – ASH travail le plus ingrat, tu ne touches pas la patiente… pour nous, des fois c'est la toilette, on touche le caca, le pipi… les selles, les urines, les vomis, on a la chance ici de se sentir bien

Katia – Que si on est bien ici, c'est qu'on fait d'autre soin que

Ingrid – On nous force, on nous l'impose, quand je suis arrivée ici,

Katia – ça m'arrive d'enlever des perfs, et de faire le lovenox, ça m'est arrivé aussi. Je vois que le soir, l'ide est débordée, je vais demander si elle veut un coup de main, quoi.

Ingrid – elles (ide) ont leurs préférences, je pense qu'elles aiment même faire voir la préférence qu'elles ont.

Katia –Par contre Caroline, si elle est du soir, va dire à l'heure du repas, vous lavez les mains, les filles… s'il y a du ménage à faire au bloc elle va le faire, elle ne nous fait pas voir la différence entre AS et IDE. Qu'il y a des infirmières qui vont refuser de mettre un bassin, de répondre aux sonnettes, avec les AS aussi, elles sont… elles vont beaucoup sectoriser leur groupe, et puis bon, celles avec qui on travaille, c'est vrai qu'on a plus d'affinités qu'avec d'autres. Maintenant il y a des moments où c'est un peu gros, quoi.

Extraits de l'entretien avec Claire, ASH en gynécologie, le 07 janvier 2008

Claire : J'ai 29 ans…
Chercheur/moi : Aujourd'hui on va discuter un peu de ton travail, et j'aimerais connaître d'abord ton parcours professionnel.
Claire : En fait, j'ai fait un BUP sanitaire et social, et dans le BUP Sanitaire et Social on fait des stages, qui sont très, très, très intéressants, mais qui ne montrent pas forcément le travail de l'hôpital. Après j'ai fait une formation complémentaire d'aide à domicile, parce que je voulais être aide-soignante, mais j'ai raté le concours, donc pour trouver du travail, j'ai dû travailler là où j'ai fait le stage. Donc, en gériatrie, en gériatrie je ne faisais pas du tout le ménage. J'étais hôtesse, hôtesse, je ne me souviens plus comment on appelle ça… agent hôtelier. Donc, on suivait la personne âgée, de huit heures du matin, à huit heures du soir. On la levait le matin, on la lavait, on faisait sa toilette, on faisait ce qu'il y avait à faire, on l'habillait, …
Chercheur/moi : En fait vous faisiez beaucoup plus que ça. Si vous étiez à l'hôpital, cela correspondrait à la fonction AS.
Claire : Oui, oui. On distribuait les repas, on les occupait, on faisait des activités dans l'après midi, on faisait du découpage, on leur faisait faire des travaux manuels pour Noël et tout ça, pour que les gens se repèrent dans le temps, et qu'ils gardent leur autonomie.
Chercheur/moi : C'est très intéressant.
Claire : Ah, oui, c'est très intéressant. Après, comme je n'avais plus de travail, j'étais en intérim dans les écoles. Mais de ça on ne va pas discuter beaucoup, parce que ça n'a pas été très intéressant : je préparais des repas à midi, je distribuais les repas, et faisais la vaisselle.
Chercheur/moi : Donc, c'était dans la cantine, dans le contexte de l'école…

Claire : Après, j'ai travaillé en ??? service, et j'étais toujours en intérim, parce que comme je leur avais dit que j'étais agent hôtelier, ils ont associé ça à la restauration tout suite. Donc, j'ai travaillé pas mal dans des petites écoles, j'ai fait toutes les écoles de ma ville, pas mal de maisons de retraite, et puis un restaurant ? Mais comme ça ne m'intéressait pas, et comme cela faisait déjà six ans que j'écrivais au CHU, un jour, il s'est intéressé à mon cursus ; ils m'ont appelé pour venir travailler, et j'ai dit oui, et j'ai atterri tout de suite en gynéco.

Chercheur/moi : Ah bon, et ça fait combien de temps que tu es en gynéco ?

Claire : ça fait cinq ans que je suis là, cinq ans et demi même.

Chercheur/moi : Toujours en gynéco sans bouger, avec des envies de bouger, ou pas du tout ?

Claire : Avec envie de bouger parce que là je fais la formation, la préparation à la formation d'aide soignante. Je commence vendredi, là.

Chercheur/moi : Mais, bravo…

Claire : Et du coup, après je passe mon concours pour faire six mois. J'aimerais bien l'avoir, quoi ;

Chercheur/moi : Déjà que tu as une bonne entente avec l'équipe et que tu connais donc les actes, ça doit bien se passer.

Claire : Bon, parce que les filles m'apprennent les choses, c'est vrai que j'ai toujours posé beaucoup, beaucoup de questions, donc, elles m'ont montré des soins, des soins d'aide-soignante, des soins d'infirmières… Le fait d'être aux IVG aussi, on a fait pendant un temps beaucoup de petites toilettes, maintenant on les envoie à la douche Bétadine, mais avant on faisait des petites toilettes à l'eau stérile, et du coup ça me permettait de faire des soins, moi…. Et les aides-soignantes m'ont laissée faire.

Chercheur/moi : C'est génial, donc depuis cinq ans tu chemines petit à petit.

Claire : Je suis capable de faire le travail d'une aide-soignante. Moralement, dans ma tête, je suis capable. Le problème c'est que je n'ai pas le diplôme.

Chercheur/moi : Donc, pour reprendre, tu travailles en gériatrie, t'étais agent…

Claire : Agent hôtelier.

Chercheur/moi : Là tu as pu bosser combien de temps ?

Claire : J'ai fait beaucoup de petits remplacements.

Chercheur/moi : Donc au long de…

Claire : j'ai remplacé presque trois ans. J'ai fait des nuits aussi, j'ai fait des nuits toute seule…

Chercheur/moi : Et après, dans la restauration, tu y as été combien de temps ?

Claire : Je compte deux ans.

Chercheur/moi : et après au CHU, cinq ans.

Claire : Avant j'ai fait trois mois dans une maison de retraite, mais cela ne me plaisait pas du tout, du tout.

Chercheur/moi : et pourquoi ?

Claire : En effet, c'était comme ici, mais c'était trop de travail à la chaîne. On prend la personne âgée, on dit « bah, celle-là on la prend à la douche, on la douchait, on la mettait dans sa chambre, up, il faut prendre une autre… » et on en lavait six, sept, le matin. Et puis, ça dépendait, quand on n'avait pas de douches à faire, c'était des toilettes le matin et je ne supportais plus, je ne supportais plus, et bah… ça atteignait même ma famille, parce que je ne supportais plus, je ne supportais plus personne. Et quand je suis arrivée ici, j'étais soulagée. Il y a aussi beaucoup de travail, mais…

Chercheur/moi : C'est varié, et c'est beaucoup plus humain.

Claire : Voilà, voilà. Je ne supportais pas le fait de prendre la personne âgée et de la laisser toute seule dans la salle, ou toute seule dans un coin ; ce n'est pas ma conception de la personne âgée.

Chercheur/moi : ça a duré combien de temps cette expérience ?

Claire : Trois mois seulement. Le CHU m'a appelée, et je suis venue tout de suite. Je n'ai pas tardé à faire mon courrier pour ma démission, j'ai tout fait… et bah, je suis rentrée au CHU avec l'intérêt de devenir aide-soignante, et je deviendrai aide-soignante, un jour.

Chercheur/moi : En fait, en commençant là, ce vendredi, tu comptes à peu près combien de temps pour devenir aide-soignante ?

Claire : Le concours d'aide-soignante est au mois de mars. Je rentre en prépa, si je suis prise à l'école en septembre, c'est pour dix mois, donc, je pourrais l'avoir l'année prochaine.

Chercheur/moi : Donc, aujourd'hui, dans tes activités d'ASH, quelles sont tes activités, est-ce qu'on pourrait peut-être lister toutes tes activités, celles que tu réalises aujourd'hui comme ASH, en gynéco ?

Claire : *Alors, le matin, on fait la relève, ça c'est une chose importante parce qu'on fait la relève avec les infirmières et les aides-soignantes. A six heures et demi du matin. Après, on prépare le petit déjeuner, après on s'attaque à tous les bureaux, on nettoie tous les bureaux, les sanitaires, les pièces, tous les extérieurs. Après, on a à peu près jusqu'à huit heures, après on sert le petit déjeuner à huit heures, et on débarrasse, on débarrasse les patientes qui sont à jeun, et ça dure bien d'une demi heure à trois-quarts d'heure, selon le nombre de personnes qui nous avons dans le service. Après on prend une petite pause, et on débarrasse tout ce*

qu'on a servi, et qu'est-ce qu'on fait après ? On fait nos chambres, et là on a beaucoup de contacts avec les patientes, après on parle, les aides-soignantes nous donnent un petit coup de main, et souvent c'est intéressant. C'est le moment le plus intéressant, moi, ... il y a des moments, où elles nous parlent, on ferme la porte et on discute, parce qu'il y a des moments où elles ne veulent pas discuter avec les infirmières ou les aides-soignantes, et elles préfèrent discuter avec nous.

Chercheur/moi : *est-ce que tu as des hypothèses sur ce que tu viens de me décrire ?*

Claire : Peut-être aussi parce qu'elles sentent aussi qu'on fait partie de l'équipe, peut-être aussi parce qu'on est moins au contact, moins au contact physique, parce que l'infirmière, elle a du contact quand elle fait la piqûre et tout ça, l'aide-soignante, elle fait l'aide à la toilette et tout ça, et elle est au contact physique, et peut-être que la patiente a besoin d'un contact autre que le contact physique, et le fait qu'on arrive avec le balai, avec un grand sourire et qu'on parle du soleil, du beau temps…

Chercheur/moi : ça permet déjà un autre genre de contact de s'installer.

Claire : *Parfois, elle se met à parler, à pleurer, et après on ferme la porte et on peut discuter. Et après si on s'attarde dans une chambre, ce n'est pas grave, on s'attarde dans une chambre. Moi, je préfère que la patiente soit bien, faire appel et dire après à une infirmière comment ça c'est passé, mais je préfère que la patiente soit bien, quitte à ce que, bah, le ménage dans sa chambre ne soit pas fait parce qu'elle ne va pas bien. Le ménage ne soit pas fait du tout, ça m'est déjà arrivé, bah, je reste dans la chambre, je lui demande si elle a encore besoin de quelque chose et on arrive à avoir notre contact quand même. Donc, après on arrive à l'heure du midi, parce que quand il y a des chambres, le temps passe vite quand même… et à midi, on va préparer les plateaux, et on les sert…*

Chercheur/moi : Oui, ça j'ai pu l'observer pas mal de fois…

Claire : Oui, c'est les ASH qui préparent et qui servent les plateaux. Il y a aussi les tris, donc voilà, ça c'est quand on est du quart du matin. Après on débarrasse et on fait la relève avec les filles de l'après midi. Donc, on se retrouve toutes, séparées des deux secteurs, on doit toutes être dans la relève, par contre. Avec l'autre surveillante, ce n'était pas comme ça. Ça a changé depuis qu'on a changé de surveillante. Donc, elle déjà, n'assiste pas à la relève, et on termine à quatorze heures, quand on est de l'après midi, on arrive, on prépare normalement le chariot de ménage, et on commence par les sorties, quand on est au courant des sorties qui sortent. Après, on va à la relève, on fait les sorties, et on a bien jusqu'à trois heures et demi souvent, voir même quatre heures. Après on prépare les goûters, on les sert, on fait la petite pause, et

on finit souvent les sorties, on finit souvent il y a des sorties après quatre heures, c'est souvent les sorties pour les dames qui viennent pour des fécondations en vitro, les petits curetages, les petits blocs. Celles qui sortent dans l'après midi, sortent souvent après quatre heures.

Chercheur/moi : Ou les IVG même, qui sortent à partir de quatre heures….

Claire : On ne fait pas ça, on ne fait pas les chambres, parce qu'en effet, c'est Laure qui les fait. Laure les fait le matin. Et puis, avant cinq heures et demi, on a des examens à ramasser, en bas du bâtiment, et on va les apporter, tout au bout, tout au bout, et puis, quand on revient, il est bien près de six heures ; et à six heures et demi, on prépare les repas du soir. On les sert à sept heures, ça dépend comment est le service. Si le service est très chargé, on les sert à sept heures moins quart, si le service n'est pas trop chargé, on les sert à sept heures, plutôt. Après on fait des poubelles, on enlève toutes les poubelles de toutes les grandes pièces, là où on se lave les mains, la pièce où on fait la relève et tout ça, et après on débarrasse.

Chercheur/moi : Donc, il y a au moins trois types de poubelles, à ce que j'ai pu observer dans le service… Il y a aussi le linge sale, qui n'est pas de votre ressort…

Claire : c'est l'aide-soignante qui le met dans la pièce.

Chercheur/moi : Donc, après est-ce qu'il y a des personnels précis qui ramassent le linge ?

Claire : Qui vient ramasser le linge, oui.

Chercheur/moi : Donc, les poubelles elles sont mises où après?

Claire : Pareil, dans la même pièce. Ce qu'on reproche beaucoup dans le service c'est qu'en plus, cette pièce, la pièce au couloir, je te montre tout à l'heure, elle est en face d'une chambre.

Chercheur/moi : Celle qui est à la fin du G2 ?

Claire : Oui, G2.

Chercheur/moi : Je ne savais que c'était là, la poubelle.

Claire : On met là le linge sale, les éco box, chose qui n'est pas normale, parce que les éco box, c'est des choses très, très souillées, c'est du sang, c'est des choses comme ça, donc… moi, je ne trouve pas ça normal.

Chercheur/moi : infectieux…

Claire : Tout reste dans cette pièce là et dans la journée, au fur et à mesure, il y a plusieurs relèves…la relève des poubelles le matin, tout doit partir avant huit heures, donc, à sept heures, les poubelles passent et vers sept heures et demi, il y a le linge, et des éco box suivis. C'est parce que nous, on passe après avec notre chariot alimentaire, et on n'a pas le droit de croiser normalement ces chariots là. Après, je crois qu'il y a une relève à onze heures, quelque

chose comme ça. Quand nous, on l'a à peu près fini, on a souvent fini vers onze heures et demi, mais les infirmières, ou les aides soignantes, elles finissent à onze heures, elles mettent leurs machins et tout ça… et après il y a la relève à seize heures, et vers dix neuf heures, je crois.

Chercheur/moi : Donc, c'est toujours limite avec les horaires des repas…

Claire : Oui, et les éco box, avec son chariot, ils nous suivent de l'ascenseur jusqu'à devant la chambre, ainsi que le chariot de linge sale.

Chercheur/moi : Il va falloir que j'observe ça un peu plus.

Claire : Je te montre des détails, des détails très choquants.

Chercheur/moi : Vous n'avez jamais eu de problèmes sérieux à cause de cela ?

Claire : On a déjà essayé plusieurs fois de changer la pièce de salle, et on n'arrive pas à trouver une pièce… qui s'ouvre dans l'autre sens… je ne sais pas si cela est faisable, par contre.

Chercheur/moi : Est-ce qu'il y aurait une autre pièce, est-ce que vous envisagez une autre pièce ou toi, en tant qu'ASH ?

Claire : On en a déjà parlé plusieurs fois, la surveillante ne bouge pas beaucoup parce que, comme elles ont comme projet l'hôpital de jour, et comme l'hôpital de jour va prendre beaucoup, beaucoup, beaucoup de temps, ils ne pensent pas à autres choses dont on aurait déjà parlé.

Chercheur/moi : Donc, les choses plus anciennes, et plus importantes ?

Claire : *Oui, on a parlé de ça, de cette pièce là, et on a parlé des décès dans le service. On a demandé qu'il ait une pièce dans le service où les familles puissent se recueillir, quand il y a eu un décès, que la famille ne veut pas aller dans la chambre, que les gens puissent aller dans une pièce. Au moins qu'on puisse les laisser, s'asseoir cinq minutes, discuter ; qu'on puisse leur offrir un petit café, quelque chose. Pour éviter que ça soit avec le patient, quoi.*

Chercheur/moi : Ou, dans le couloir, quoi.

Claire : Non, dans le couloir non. Au couloir, jamais.

Chercheur/moi : Comment faites-vous, s'ils ne sont pas dans la chambre avec le patient ?

Claire : Moi, ça m'est arrivé, que les gens ne veulent pas rester dans la chambre avec la patiente, et donc, j'ai ouvert une autre chambre, je les ai installés ailleurs, dans une autre chambre.

Chercheur/moi : Et là tu l'as fait avec l'accord des infirmières ?

Claire : Ah, non, je n'ai eu pas l'accord des infirmières du tout, je leur ai dit « j'ai fait ça » et tout le monde était d'accord. Tout le monde a dit d'accord.

Chercheur/moi : Donc, tu n'as jamais eu de problèmes ?

Claire : *Non, je n'ai jamais eu de problèmes, elles m'ont toujours laissé … et pourtant, quand on est face à des décisions très importantes, personne ne m'a jamais rien dit. Si c'était une seule personne, je n'aurais pas eu cette idée-là, mais ils étaient trop nombreux, donc, je me suis dit, je les mets dans une autre chambre. Et ça s'est bien passé au niveau de l'équipe. Elles m'ont dit que j'avais eu raison ; mais elles m'ont dit que le ménage, c'est moi qui l'ai fait après toute seule, j'ai nettoyé la chambre après.*

Chercheur/moi : C'est déjà pas mal d'avoir des initiatives et de se faire respecter par les collègues… Donc, pour en venir aux activités, la fin du quart de l'aprème, vous ramassez les poubelles et puis ?

Claire : On débarrasse les plateaux, on met tout dans le lave-vaisselle et tout ça et puis, en général, on arrive à huit heures. Donc, nous, on attend jusqu'à huit heures et demi, l'arrivée du personnel de nuit.

Chercheur/moi : Donc, les horaires ASH sont lesquels ?

Claire : Alors, on commence à six heures et demi (06h30), même avant les infirmières et on va jusqu'à quatorze heures zéro six (14h06). Dans l'après midi on commence à douze heures cinquante six (12h56) jusqu'à vingt heures trente (20h30).

Chercheur/moi : Le quart de nuit vous n'y êtes pas…

Claire : non, il n'y a pas des ASH.

Chercheur/moi : Est-ce qu'il y a le quart de journée ?

Claire : Oui, oui. Il nous arrive de fois de faire huit heures (08h00), quinze heures trente (15h30).

Chercheur/moi : Et aux IVG, quels sont les horaires ?

Claire : On fait huit heures, quinze heures trente, quand on y est de temps en temps ; sinon, on fait huit heures, seize heures, et on récupère selon la semaine, selon les jours. Parce qu'il y a des jours d'opérations ; enfin, des heures d'opérations selon les jours. Comme le mercredi, on commence à midi. Et le lundi et le jeudi, c'est presque à quatorze heures… on finit très tard, donc, il faut essayer de le récupérer le mercredi, ou le vendredi…

Chercheur/moi : Là où il y a moins d'activité, on peut se permettre de récupérer des heures…

Claire : Ce n'est pas qu'il y ait moins de monde, c'est que le bloc se fait plus tôt.

Chercheur/moi : Il n'y a pas d'autres activités avant qui repoussent les IVG…

Claire : Voilà, les lundis et les vendredis il y a des hystéroscopies, les jeudis et les mardis il y a des amniocentèses, qui sont très, très, très longues ; et à certains moments elles n'ont pas forcément besoin d'être dans le bloc.

Chercheur/moi : Comment ça ?

Claire : Parce qu'il y a des entretiens maintenant, avant de faire l'amniocentèse ; donc, on avait proposé d'aller dans un bureau pour faire leurs entretiens, et selon le besoin de faire des amniocentèses, qu'ils entrent dans le bloc. Mais ils ne le font pas.

Chercheur/moi : Donc, ils font leurs entretiens dans l'espace du bloc.

Claire : Donc, parfois ils prennent beaucoup de temps.

Chercheur/moi : Je m'imagine, parce que l'amniocentèse en soi ne prend pas plus que dix minutes…

Claire : Entre cinq et dix bonnes minutes… mais pas plus, non.

Chercheur/moi : Un peu comme une hystéro, on va prendre entre 15 et 20 minutes, on ne va pas rester plus avec une hystéro, on ne reste pas une demi-heure….

Claire : Non. Ce qui prend plus, c'est du nettoyage. Le nettoyage et la stérilisation de l'appareil.

Chercheur/moi : Explique-moi un peu, parce que comme je ne suis pas au bloc, je ne sais pas à quoi ça correspond…

Claire : Une hystéroscopie, c'est un petit tuyau avec une petite caméra au bout, qu'on fixe sur une télé, tu comprends et donc, on met ça dans le vagin de la dame, il faut quand même que ce soit stérile, c'est pour laver les trompes et les ovaires, et tout ça. Donc, il faut que ce soit en milieu stérile et tout ça. Une fois qu'on s'en est servi, il faut l'enlever et le mettre dans un bac, à l'eau claire, on le rince, on le nettoie dans un bac avec un produit, je ne me souviens plus le nom, un produit stérilisant, et après il doit tremper autant de temps, après on rince, et dans le rinçage, il trempe autant de temps. Donc, c'est une question de temps.

Chercheur/moi : Donc, il y a trois étapes…

Claire : D'abord on le rince à l'eau claire, après au produit stérilisant… et dans le produit, ça trempe une demi-heure. Et dans l'eau stérile, je crois que ça trempe vingt minutes.

Chercheur/moi : Donc, ça fait une petite heure, en tout…

Claire : Oui, et ça quand on a les deux appareils, parce que quand un des deux est cassé, et quand ils n'ont qu'un appareil, ça se termine beaucoup trop tard.

Chercheur/moi : Donc, dans toutes ces activités, il y a pas mal d'activités, quelles seraient les activités parmi celles listées que tu trouves les plus valorisantes ? Celles qui t'apportent le plus de reconnaissance ?

Claire : Moi, je me sens mieux quand je fais les chambres des patientes, parce qu'on peut parler avec la patiente, et la patiente nous dit souvent après « ah, ça sent bon, ça sent le frais, … » C'est là où on peut ouvrir et tout ça, et là c'est agréable.

Chercheur/moi : C'est de la reconnaissance ce rapport avec la patiente ?

Claire : Oui.

Chercheur/moi : Donc, elle reconnaît ton travail comme étant bien fait. Et si on pouvait faire la liste, par ordre d'activités les plus valorisantes d'abord, ensuite les moins valorisantes… qu'elles seraient les activités qui suivent ?

Claire : Après, j'aime bien faire les repas…

Chercheur/moi : Pour quelle raison ?

Claire : Parce qu'on a des petits échanges, elle a un petit ???, voilà. Il y a des fois aussi les patientes nous disent qu'elles n'ont pas faim, et nous envoient le plateau presque en pleine gueule, mais ce n'est pas grave… ; c'est très rare, mais … le pire que je n'aime pas faire, c'est nettoyer le sanitaire public.

Chercheur/moi : tu veux dire ceux qui sont dans le couloir, qui ne sont pas du tout privé, du personnel ?

Claire : Voilà ! Ceux qui sont, je ne sais pas si tu y as déjà été ? On a beau faire le ménage, mais ça sent très mauvais… et quand tu as fini, ça sent un peu mieux, mais quand tu retournes derrière, une ou deux patientes, ça sent très mauvais. J'ai horreur de faire ces toilettes publiques parce que les gens ne respectent rien. Une fois j'ai eu un monsieur qui a fumé dans la pièce, je suis passée derrière lui, je me suis dit, ce n'est pas possible, ça sent la cigarette, une demi heure après on y retourne, je dis à ma chef, ma chef est venue voir, constater, la porte était fermée. On a attendu, la personne est sortie, mais le problème c'est qu'elle a mis le mégot dans les toilettes. Et puis, ça sentait encore plus le tabac qu'avant donc, la surveillante a pu constater. Mais, voilà, le respect de la personne, il n'y a pas. Donc, des fois on trouve du papier toilette jeté par terre, décidément, tout est par terre, tout est dans les poubelles et les poubelles sont cassées, on les casse, quand même. On a beau les remplacer, mais les gens les cassent. Mais non, ils se disent il n'y a qu'à passer un coup de balai, mais il n'y a pas que le coup de balai, ils ne tirent même pas la chasse d'eau.

Chercheur/moi : Donc, le pire c'est ça… c'est vraiment… Sinon, quelle serait l'activité placée comme étant la deuxième plus difficile ?

Claire : C'est de porter les bilans, quand le pneumatique est en panne. Tu es dans tes chambres, et tu as beaucoup de chambres à faire, tu as beaucoup de travail et ils t'appellent, il y a un examen d'urgence à apporter…ça demande beaucoup de temps, parce que tu es partie à l'autre bout de l'hôpital…

Chercheur/moi : Je viendrai une fois avec toi pour connaître.

Claire : Oui, mais ça nous coupe dans notre travail, après on revient on ne sait même plus où on en était… on est toute fatiguée, on est tout (en train d'imiter l'épuisement physique par la respiration), on est toute essoufflée, et on ne sait plus où on en est, on est perdue, j'ai horreur d'être coupée dans mon travail tout le temps. J'estime que les infirmières sont assez nombreuses, j'estime qu'elles peuvent porter au pneumatique. Quand le pneumatique est en panne, d'accord, elles n'ont pas le droit de quitter le service, mais sinon, j'estime qu'elles pourraient le porter au pneumatique.

Chercheur/moi : On peut dire qu'il y a au moins deux choses dans cette activité qui peuvent être ressenties comme dévalorisantes : le fait d'être interrompue, mais il y a aussi la notion qu'elles pourraient le faire elles-mêmes. Donc, le fait que leur boulot vous soit refilé, c'est ça qui embête ?

Claire : Oui, en fait, elles ont un pneumatique qui est là haut, au deuxième étage, et ce sont les sages-femmes qui vont porter dans le pneumatique. Là, les infirmières, elles ne savent même pas quoi faire, et elles nous disent « il faut que tu ailles porter un bilan, faut que tu ailles porter à la pharmacie, faut que tu ailles ci, faut que tu ailles là… » On est constamment coupée, et ce matin j'ai dit « non »… Parce qu'en fait, il y a un pneumatique, aux urgences, et tu sais, comme dans un ??? tu sais, tu mettais les bilans dans une pochette dans un tube, dans le tuyau là, et le tuyau l'aspire. Là, on va jusqu'aux urgences, on met dans la petite pochette de couleur, dans une autre pochette, bien lovée et tout ça, on la met dans le tuyau, on n'a qu'à appuyer sur le bouton, et ça part tout seul. Quand il marche, c'est souvent, on appuie et c'est très bien, les infirmières peuvent les porter. Quand elles ne peuvent pas, parce que c'est tombé en panne, je suis d'accord pour porter le bilan. Mais quand le pneumatique fonctionne, elles peuvent aller le porter.

Chercheur/moi : Ca peut être dur en fonction du regard que l'équipe peut avoir sur ton boulot, quoi.

Claire : Oui, il y a des fois, où tu as l'impression que tout est urgent, et des fois, pour certaines infirmières, elles arrivent à regrouper les bilans, et quant à apporter, autant apporter tout. Donc, il y a des moments où il faut porter maintenant, aller à la pharmacie, … et des fois on se croise dans la cour. Il n'y a plus d'ASH dans le service, on est à deux, et on se croise, quoi.
Chercheur/moi : Et les AS qui sont au milieu, entre vous et les infirmières, est-ce qu'elles sont aussi dispo pour apporter des bilans…
Claire : Les AS relèvent beaucoup des soins infirmières.
Chercheur/moi : Donc, elles sont déjà prises par pas mal de choses, eh ? Donc, s'il y avait une catégorie qui ne faisait pas ce qu'elle devrait ce serait les infirmières, parce que les AS sont bien débordées ?
Claire : Oui, elles sont souvent débordées.
On est interrompues par l'arrivée d'une AS et une ASH dans l'escalier pour fumer.

Chercheur/moi : Je peux comprendre donc ce que tu es en train de m'expliquer c'est que le souci vient des infirmières…
Claire : Ils ont recruté un poste d'infirmière en plus, mais c'est toujours la même chose, c'est comme ça.
Chercheur/moi : Est-ce que parmi ces activités… on avait parlé aussi des poubelles…
Claire : Attends, des poubelles ce n'est pas….
Chercheur/moi : Ça ne compte pas comme une activité en soi ?
Claire : Non, les poubelles, et puis la pièce sont vidées matin et soir donc, ce n'est pas non plus des poubelles qui puent forcément, il n'y en a pas jusqu'au ciel, il n'y en a pas partout, tout est mis dans la poubelle, tout est bien tassé, elle est bien fermée, non, il n'y a qu'à enlever du local, quoi, parce qu'il n'y a qu'à faire ça, souvent les aides-soignantes les aident à le faire.
Chercheur/moi : Vous êtes davantage en binômes, entre ASH, ou entre ASH et aide-soignante ?
Claire : Souvent l'après midi.
Chercheur/moi : Et pourquoi ?
Claire : En fait, je ne sais pas… parce qu'on a plus d'activités ensemble : les sorties, les sorties c'est ensemble… à l'origine on a chacune des tâches réparties. Dans ma chambre, au lieu de se pointer et de dire, « Ah, bah, je vais faire que ma table, elle va faire que son lit » en fait, on s'arrange. Elle fait le lit, elle fait la table, elle fait les meubles, mais c'est plus ensemble ou sinon, on fait tout le ménage ensemble, et bah, moi après je fais le sol et les

sanitaires. Au départ elles sont beaucoup dérangées par les sonnettes et d'autres trucs, et après elles le font, nettoient, c'est moins dur.

Chercheur/moi : Donc, dans l'après midi c'est plus agréable de travailler ?

Claire : Oui, peut-être parce qu'on est moins nombreuses, non, je crois que c'est le fait de faire les activités ensemble.

Chercheur/moi : C'est l'activité en soi qui impose, qui demande qu'on soit en binôme ?

Claire : Je crois que oui. On trouve que c'est plus agréable de faire comme ça les sorties, on est quatre dans la chambre, c'est plus agréable de faire les sorties à quatre, que de les faire toute seule.

Chercheur/moi : Et par rapport aux IVG, tu m'avais dit qu'il y a une activité d'accompagnement dans la chambre, mais quelles sont les activités aux IVG ?

Claire : Quand tu arrives le matin, tu arrives à huit heures (8h00) tu fais les chambres des dames qui étaient là la veille. Les aides-soignantes elles ont déjà nettoyé les lits, elles ont déjà fait les draps et nettoyé les lits. Toi, tu as les sanitaires et le sol à faire, avec l'aide-soignante des IVG. Après on installe la patiente, on l'envoie à la douche, on la réinstalle avec l'aide-soignante, et après souvent les aides-soignantes sont appelées dans le service, et nous on a les chambres des médecins à faire. Souvent l'aide-soignante, s'il n'y a pas de soins à faire dans le service, elle vient nous aider à faire la chambre des médecins. Moi, je sais, qu'elles vont m'aider, tout le monde ne va pas aider tout le monde. Après on mange, on mange selon nos horaires et après on va au bloc. Donc, on met la dame sur le brancard, après on la met sur la table d'opération… non, mais les dames se mettent sur la table toutes seules ; après, quand elles dorment, avec l'anesthésiste, le chirurgien, l'infirmière, l'aide-soignante, on les met dans le lit de la salle de réveil. C'est selon le nombre de dames dans le service, on en prend cinq, s'il y en a cinq, et après que les cinq dames sont passées, on nettoie le bloc opératoire. C'est beaucoup de ménage, en fait, donc, on nettoie le bloc opératoire à deux…

Chercheur/moi : Donc, AS et ASH…

Claire : AS et ASH, on nettoie ensuite le petit sas, et après on lave, parce que maintenant c'est instauré comme ça. On lave à deux le petit bloc et le couloir, le sas, on nettoie les instruments ensemble et donc on nettoie, on les essuie, on les trie, on les met dans des bacs, pour les envoyer stériliser, et puis, on ramène souvent les dames. Ensuite, on amène à la morgue les cinq ou six bocaux d'aspiration, aspirés, ça aussi, ça nous prend un peu de temps, il faut sortir du bâtiment et tout ça… et on ramène une dame, donc, on va vite la reprendre en salle de réveil…

Chercheur/moi : Si tu as cinq dames, comment tu les prépares pour les amener ?

Claire : *On nettoie un petit peu, on ne nettoie pas entièrement, on nettoie déjà la table, la table, voilà, il faut mettre les alèses et tout ça, il faut, au retour déjà des stériles, il faut déjà mettre tous les instruments à tremper, tu trempes les instruments dans un bac à décontamination et tout ça, et tu sors à nouveau un deuxième plateau d'instruments stérilisés pour la patiente. Et pendant qu'ils prennent les instruments, on prend la deuxième dame. C'est très poussé, c'est très physique. Encore, là quand on les ramène dans leur chambre on doit les installer, on fait encore leur petite toilette, on les réinstalle et tout ça, on leur remet la chemise de nuit, la leur, personnelle, parce que les chemises blanches sont froides, elles ont froid dedans. Et on nettoie la salle de réveil, au retour du bloc, on le fait à deux, on refait les lits, on nettoie par terre, les dames, quand elles sont dans leurs lits, et puis, là on fait la petite toilette, on prend la température et là on s'arrête.*

Chercheur/moi : Et parmi ces activités-là, qu'elles sont à ton avis les plus valorisantes et les moins valorisantes ?

Claire : Ah ! (surprise/ étonnement)… plus valorisante, non. Moins valorisante, oui, c'est d'aller faire les chambres des médecins. Parce que les médecins ne respectent rien, ils ont de super belles chambres, et ils ne respectent rien. Quand tu trouves du papier cul dans la douche, aller pisser et ne pas tirer la chasse d'eau, les draps comme ça, comme ça, dans le lit comme ça…

Chercheur/moi : C'est des médecins qui restent de garde ?

Claire : Médecins, internes, internes d'anesthésie et anesthésistes.

Chercheur/moi : Donc il y a quatre chambres

Claire : Quatre chambres à faire des douches et tout ça…C'est la moins valorisante parce qu'on se retrouve souvent toute seule, si la surveillante ne vient pas nous aider, on se retrouve toute seule à faire les chambres.

Chercheur/moi : Tu disais tout à l'heure que tout le monde n'aide pas tout le monde. Comment ça ?

N'a pas voulu enregistrer mais me parle des clans dans la catégorie ASH

Chercheur/moi : Et dans le contact avec les patientes en IVG, comment ça se passe par rapport au contact en gynéco, même si là, c'est hyper ponctuel, je m'imagine. Est-ce qu'il y a des grandes différences ? Avec les patientes endormies, cela doit changer le rapport, non ?

Claire : *Le matin, elles ne sont pas du tout endormies, des fois elles sont très agressives, des fois elles ont peur, et puis il faut qu'on les rassure, qu'on les envoie à la douche. Ce n'est pas du tout le même contact. Quand on fait le linge le matin, il n'y a pas de patiente. Elles sont toutes parties, mais là, quand on les accueille, les dames, souvent il faut les accueillir, les détendre, parce qu'elles sont très, très, très tendues…*

Chercheur/moi : C'est bien que tu puisses réaliser ce travail là…

*Claire : Oui, moi, j'aime bien parce que je n'ai pas de vis-*à*-vis. Je ne pense pas, j'avais mes pensées, mais après j'ai eu une dame qui m'a dit des choses, qui m'a dit pourquoi elle était là, et j'ai donc, j'ai dodu ???? Je fais mon travail, je n'ai du tout des pensées sur tout ça, je ne suis pas là pour juger… elle est là pour quelque chose, un soin, je ne jugerai pas le soin pour lequel elle est là, elle peut avoir dix ans, comme elle peut avoir vingt cinq ans, ou cent ans, elle est là pour un acte, et c'est vrai que parfois je me dis, « c'est la quatrième fois qu'elle est là, c'est assez grave quand même, c'est la quatrième fois qu'elle se fait une IVG… » c'est vrai que, c'est grave, et elle ne se rend même pas compte qu'elle va devenir stérile, et qu'elle ne pourra plus jamais avoir d'enfants. Je me dis ça, mais je ne dis pas que je la juge ou quoi que ce soit, surtout, je ne la juge jamais.*

Chercheur/moi : Comment tu trouves ce que tu peux faire là, en accueillant ces patientes ? Est-ce que tu trouves que c'est bien d'y être, et que c'est du bon travail ?

Claire : *Oui, mais je n'aimerais pas être tous les jours là-bas. C'est trop, c'est trop la routine, comme ça, comme ça, comme ça tout le temps ; je veux bien travailler, mais il ne faut pas que ce soit tout le temps comme ça.*

Chercheur/moi : Donc, c'est bien de le faire de temps en temps, mais pas tout le temps… c'est bien de changer d'un service à l'autre ?

Claire : *Oui, mais il faut savoir que tout le monde ne va pas aux IVG. Il y a certaines de mes collègues ASH qui ne souhaitent pas du tout, du tout y aller, on n'est pas nombreuses à y aller. Et du coup, ça fait beaucoup quand même…*

Chercheur/moi : Ce sont les anciennes qui y vont ?

Coupé une deuxième fois pour qu'elle me parle des « potins » entre clans

Chercheur/moi : Donc, il y a Madeleine et Nathalie qui le font de temps en temps…

Claire : Il y a Vanessa aussi, et après il y a moi. Et toutes les petites jeunes du service, qui viennent d'arriver, ne veulent pas y aller. Donc, Mathilde n'y va pas, après Ophélia n'y va pas, pour ses propres raisons qui sont très valables… Mathilde, n'y va pas parce qu'elle est

jeune, elle n'a pas d'enfant, trop de vis-à-vis, trop de pensées sur tout ça. Le fait de ne pas avoir d'enfant, il ne faut pas. C'est vrai que rien que ça, le fait déjà de ne pas avoir des enfants… c'est vrai qu'après, quand tu as des enfants tu ne penses plus pareil, donc, quand tu n'as pas d'enfant, tu n'y vas pas.

Chercheur/moi : Mais là, c'est les jeunes, est-ce qu'il aurait d'autres …

Claire : Il y a Caroline aussi, qui est maman et qui est jeune aussi… mais elle n'aime pas ça. Non, après elle a remplacé trois ou quatre fois, mais cela ne lui a pas plu du tout, elle a fait cela pour les horaires, mais à part ça, le travail ne l'intéresse pas du tout, donc, elle ne veut plus y aller. Quand elle a des journées comme ça, elle s'arrange pour ne pas y aller. Et il y a Flora aussi, mais Flora vient d'arriver, et il va falloir qu'elle fasse d'abord ses preuves dans le service, et il faut surtout que ça fasse au moins un an qu'elle soit là pour y aller. Parce que Mme Evêque n'accepte pas que des nouvelles dans le service y aillent.

Chercheur/moi : C'est pour qu'on soit un peu plus soudées dans le service avant d'y aller ? c'est beaucoup de responsabilités, c'est pour cela que je demandais si cela te plaisait d'être utile en accueillant ces dames-là

Claire : Oui, mais quand tu n'as pas des jugements. Tu ne vois pas les choses de la même façon. Quand la dame te dit « oh ! lala ! c'était la première fois, vous ne vous rendez pas compte, c'est un accident ! » là, tu comprends la dame. Quand la petite jeune qui a dix-huit ans, te dit « c'est mon quatrième avortement » là, tu te dis, « Oh ! elle ne se rend pas compte de ce qu'elle dit, de ce qu'elle fait ». Tu ne peux pas comparer une dame qui te dit qu'elle croyait qu'elle était ménopausée. En fait, elle avait ses règles, après elle ne les avait plus, et puis elle les avait, elle était en pré-ménopause. Et puis elle se croyait ménopausée, et quand elle a fait le test de grossesse, elle s'est vue enceinte. Et puis, vu l'âge, elle se croyait plus grand-mère que maman. Là, c'est pareil, il faut se défendre, il faut se défendre de chaque personne.

Chercheur/moi : C'est vraiment du boulot pour arriver à accueillir tous ces gens-là…

Claire : Oui, mais quand tu discutes avec ta collègue aide-soignante, tu arrives à comprendre plus facilement. Parce qu'on arrive, « faire une IVG à 50 ans, c'est énorme ça… » C'est vrai qu'on a fait beaucoup d'IVG, maintenant, il y a d'autres méthodes pour faire que les IVG, mais pourquoi pas faire une IVG ?

Chercheur/moi : Si cela arrive, et qu'il faut le faire, pourquoi ne pas le faire dans les meilleures conditions ?

Claire : Voilà, voilà, mais il y a d'autres moyens de contraception avant. Demain, on aura cinq patientes, dans une semaine on a cinq fois cinq, au bout d'un semaine on a vingt cinq. Vingt cinq, ça fait quand même une classe de vingt cinq élèves. Il faut dire que dans une semaine tu remplis une classe, et dans un an, tu remplis une population. Quand tu fais les comptes de l'année, dans un an, tu remplis à peu près une ville.

Chercheur/moi : C'est vrai que les statistiques ne baissent pas, c'est à peu près mille cas par an…

Claire : Ça a du mal à baisser, mais non !

Chercheur/moi : Bah, non !

Claire : *Mais qui t'a dit qu'un jour toi tu ne feras pas un avortement, ou que moi j'en ferai pas ? Voilà, pour avoir un bébé, il faut vraiment le vouloir, parce qu'après c'est beaucoup de choses… Non, mais, non, mais, ce n'est pas forcément de la fatigue, mais au niveau de l'argent, ça coûte aussi de l'argent… tout petit, ça coûte de l'argent, beaucoup d'argent, parce qu'en fait il faut acheter beaucoup de choses. Après il y a des couches, il y a des meubles, il y a des couches et tout. Après ça grandit, et il y a moins besoin de choses. Donc, pour s'acheter des habits et tout ça, ça te revient moins cher. Mais quand il devient adolescent, l'école commence à devenir chère, les vêtements, les sorties,…. Voilà… beaucoup de choses à donner, qui te reviennent très, très chères. Il faut calculer, il faut vraiment vouloir, on va dire, il ne faut pas le faire sur un coup de tête. Donc, après, après tu dis, est-ce qu'elle n'a pas raison ? Est-ce qu'elle n'a pas raison de faire un avortement…*

Chercheur/moi : Et ça rend la relation plus respectueuse vis-à-vis des patientes…

Claire : Voilà, quand tu as des enfants, tu comprends certaines choses.

Chercheur/moi : Que si tu es toute jeune et que tu idéalises les relations en famille…

Claire : Voilà. Je t'ai expliqué en gros ??? là !

Chercheur/moi : Oui, merci. Et donc pour la dernière question, et tout ça dans ta vie privée, comment ça se joue ?

Claire : *C'est un peu difficile. Cela a été très, très dur quand j'étais enceinte. Parce que là, dans le service de gynécologie, on n'a pas que du bien. On a aussi des morts fœtales, des IMG, mais pire c'est les IMG, parce que… et les morts fœtales, parce que tu t'imagines, et si c'était moi… donc, tu vis mal ta grossesse, tu ne vis pas très, très bien. L'avantage qu'on a ici c'est qu'on a des sages-femmes à l'étage, qui font des écho du cœur et tout ça pour que toi tu te rassures… j'étais suivie ici par deux gynécologues…*

Chercheur/moi : Ici dans le service ?

Claire : Oui, par Ioan, moi je l'ai bien aimé, les filles ne l'apprécient pas forcément, mais moi je l'ai apprécié. Quand il m'a suivie, c'était très, très rassurant… Quand j'étais mal, parce je n'étais pas très, très bien, tu sais, je suis rentrée chez moi, tu sais, c'est très physique ici, on a beaucoup de chariots alimentaires à tirer, et un jour, j'ai eu une collègue qui m'a… j'étais en vacances, je suis venue de vacances, donc j'étais toute détendue et tout ça, et la collègue passait dans la chambre, elle a poussé les lits, donc moi je rinçais, mais, je rinçais et il fallait remettre les lits en place, j'ai passé une nuit blanche, parce que je croyais que j'irais accoucher tout seule, parce que mon mari n'était pas là, parce qu'il était couché. Donc, j'ai cru que j'irais passer une nuit blanche, et que j'irais accoucher toute seule, donc, il m'a arrêtée sur le champ. J'étais le voir le matin, et il m'a arrêtée sur le champ. Voilà, aussi un peu l'avantage d'avoir un médecin là. Et après j'ai fait le restant de la grossesse un petit peu couchée, mais bon, j'ai accouché un mois et demi après, trois semaines après, trois semaines avant !

Chercheur/moi : C'est normal ça ? D'accoucher trois semaines avant ?

Claire : C'est bien d'accoucher trois semaines avant. Quand il fait un poids idéal, ça va. Moi, il était battant mon fils, il était vachement battant et tout ça.

Chercheur/moi : Donc, il n'a pas été dans le bon poids ?

Claire : Il est né, il ne faisait que 2,890kg. Donc, là haut, en maternité, ils appellent ça un petit poids, parce qu'il n'atteint pas les 3kg.

Chercheur/moi : Est-ce qu'il a dû rester en réa ?

Claire : Il était en couveuse parce que j'ai accouché très, très vite. J'ai failli accoucher en voiture, j'étais aux urgences, et le temps qu'aux urgences ils aient des lits, une demi-heure, donc, il est sorti en couveuse ; ils ont testé son cœur, parce qu'ils ont cru qu'il avait souffert au niveau du cœur et tout ça…

Chercheur/moi : Et quel âge il a ?

Claire : Il a deux ans maintenant, et sa sœur a déjà six ans et demi. Et à part ça, j'apprécie énormément les horaires. Parce que tu vois, on commence à six heures du matin, mes mômes me disent que c'est très tôt, ils disent que c'est tôt, et tout ça, ils chialent un peu, mais dans l'après-midi, j'ai mon fils à moi. Dans l'après-midi, je vais lui faire des choses, je finis à quatorze heures. Et quand je suis de l'après-midi, j'amène ma fille à l'école. Moi, je ne peux pas aller la chercher, mais je l'amène à l'école, je rentre, je fais des choses en général. Quand je travaillais en maison de retraite, de huit heures à vingt heures trente, je ne voyais pas ma famille, ma famille ne me voyait pas.

Chercheur/moi : Et pour le couple, comment ça se passe en travaillant ici en gynéco ? En étant parmi des femmes, tout le temps des femmes…
Claire : Non, que la fatigue physique…
Chercheur/moi : Et avec les enfants, tu arrives à tenir le coup avec le petit ?
Claire : Avec le petit, s'il est tout seul, c'est impeccable, c'est avec la grande… le petit s'excite avec, donc si je calme la grande, le petit se calme. Il faut canaliser la grande, tout de suite, dès le départ, comme ça, le petit est canalisé. J'arrive à faire des activités avec les deux, je fais la pâte à sel, il aime bien, il aime goûter, il donne son avis. Je fais des activités ??? avec eux. Bah, oui je suis fatiguée, j'ai beaucoup de choses à faire chez moi et tout ça, mais il ne faut pas non plus qu'ils disent qu'il n'y a que le travail, le travail, le travail. Les enfants, ils sont toujours avec moi. Parce que si ce n'est pas à eux, si je ne donne pas, à qui je vais donner le temps ? si c'est pour le laisser ici, ce n'est pas la peine… Le fait de faire l'écart, ce n'est pas marrant, mais je préfère faire ça que huit heures de travail de trop. Ce que je n'apprécie pas ici, par contre on travaille ici par planning, parce qu'avant c'est sûr que je faisais des internats et tout, mais je travaillais tel jour, tel jour, tel jour…et tel jour j'étais en repos, tel jour j'étais en repos et tel jour j'étais en repos. Par contre, là, on travaille le lundi et le mardi on est en repos, on peut travailler toute la semaine, comme on peut avoir un repos le jeudi, ce n'est jamais fixe… tu vois, surtout pour les enfants, j'aimerais avoir les mercredis, mais ici je travaille souvent les mercredis, je n'apprécie pas forcément.
Chercheur/moi : Qui fait ce planning ? Est-ce que c'est Mme Henri ?
Claire : Non, c'est une collègue.
Ne veut pas que j'enregistre ses commentaires sur la collègue.

Extrait de l'entretien avec Vanessa, AS faisant fonction d'ASH en gynécologie sociale, le 27 mai 2008

Il y a eu une longue interruption, où je suis restée quatre ans sans travailler ; et j'ai retravaillé il y a bah, maintenant trois ans et demi….
J'ai commencé plusieurs mois en obstétriques, j'aimais bien… par contre j'ai eu une expérience difficile en salle de naissances, c'est lié, surtout à deux aspects : le premier qui me vient à l'esprit, c'est que je ne savais pas du tout, quand arrivaient des situations très graves au cours de l'accouchement, ou quand le bébé arrivait dans un état de santé très, très grave, moi,

j'étais littéralement paniquée. De ce fait, je n'étais plus capable de quoi que ce soit, j'étais comme pétrifiée, j'étais soit pétrifiée, soit maladroite ; enfin, j'aurais voulu rentrer dans un petit trou de souris quand ça se produisait, donc, il y avait cet état de fait ; et puis il y avait aussi, comment dire, quelquefois aussi des nourrissons qui meurent à la naissance, qui sont des morts fœtales, et puis, c'est à nous les aides-soignantes qu'incombe de les amener à la morgue, et voilà.

Et il s'est trouvé aussi, le hasard a fait que je me suis trouvée à amener, qu'une ou deux fois j'ai dû amener des jumeaux, et moi j'ai des jumeaux, la vie a fait que j'ai du bonheur d'avoir des jumeaux… Bon, bah, il n'y a pas eu des histoires comme ça pour eux, Dieu merci, mais … ça c'était trop dur d'avoir ces petits êtres, en plus les conditions ne sont pas… enfin, le plus souvent, on les glisse dans un gros sac, mais on sait ce qu'il y a dans ce gros sac, quoi. *Donc on remet ce gros sac à la morgue et on sait très bien ce qu'on est en train de faire, enfin… Ce qui fait que j'étais… comme j'avais un contact avec la médecine du travail, liée à mes gros soucis de santé, je leur avais expliqué, j'avais aussi parlé aux cadres, et puis j'avais expliqué aux uns et aux autres, que ça m'allait pas, qu'à la rigueur je voulais bien faire des petits remplacements comme ça d'une journée ou deux, comme ça, pour rendre service, mais que travailler sur quatre mois, c'était au dessus de mes forces, j'avais même peur de … bon, moi j'ai un peu de souci dans la dépression, mais j'avais presque peur de devenir dépressive à force, en insistant. Donc, maintenant je ne travaille plus, c'est quelque chose d'entendu.*

Annexes III : Journal de bord en soins palliatifs

Situation de fin de vie de Mme Khalil au service de Gastro, mai 2010

Historique du cas

En arrière plan, ce que je sais de la dynamique de cette patiente avec sa famille et l'équipe c'est qu'elle était ancienne utilisatrice d'héroïne, sevrée depuis des années. Elle continuait à fumer de la marijuana dans sa chambre d'hôpital avec ses sœurs et frères et avec la connivence de l'encadrement et des médecins du service de gastro.

Les premières informations sur cette patiente me sont parvenues par ma collègue psychologue (Daphnée), qui avait été témoin des histoires de couple de cette patiente, notamment de violence conjugale. Depuis, ma collègue n'a pu reprendre les entretiens, surtout en raison du refus de contact de cette patiente. Ma collègue avait jugé la situation difficile à gérer, notamment parce que le médecin de l'hôpital de jour la poussait à s'entretenir avec cette patiente, qui refusait toute interaction après l'avoir fait dépositaire d'un « grand secret ».

J'ai appris également, dans l'après coup (à la fin de cette semaine), que l'assistante sociale aurait été mobilisée par la demande de cette patiente autour du placement de ses enfants afin d'éviter que le père s'en occupe. Néanmoins, cette démarche est restée, comme dans le cas de ma collègue psychologue, sans suite car la patiente est devenue mutique sur ce point. Cela a immédiatement placé l'assistante sociale, comme « garante » de son secret ; ainsi, la « non demande » postérieure semble contradictoire à la violence de l'intrusion des pensées conflictuelles dans « la tête » de l'assistante sociale. Il faut dire que le fort positionnement de cette patiente tout au long de sa prise en charge et son silence ensuite causaient des ingérences interminables dans le service. Après son décès (le 25 mai au soir), cela a pu être observé par l'implication de plusieurs acteurs ayant des informations différentes, qui se disqualifiaient, s'interrogeaient sur le plus proche, le plus cohérent ou le plus à même de savoir ce qui était le mieux à faire.

L'équipe de gastro a, semble-t-il, été également mobilisée autour de cette patiente et sa fin de vie, parce qu'elle ne sollicitait pas les soignantes là où celles-ci croyaient qu'elle aurait

besoin. La « non demande » de cette patiente re-signifiée comme « *force de vie* », « *envie de vivre* », « *c'est elle qui nous donne de la force* », « *elle s'accrochait à la vie, et nous nous accrochions à elle* », témoignait probablement de la souffrance des soignantes, face à l'impuissance massive convoquée par cette patiente. En ne demandant rien à l'équipe, cette patiente décalait le rôle des soignantes. Les soignantes, empêchées de lui donner ce qu'elles pensaient pouvoir lui offrir dans cette phase de fin de vie, se trouvaient démunies de leur rôle, confrontées à leur impuissance. L'empêchement des échanges entre donné et reçu et le sentiment d'inutilité renforçaient celui d'impuissance, qui court-circuitait le sens des activités soignantes et médicales de cette équipe face à la patiente.

Vendredi le 14 mai 2010

J'étais appelée par le médecin de l'équipe de Gastro, afin d'intervenir auprès de l'équipe suite à une décision de transfert de la patiente, Mme Khalil, vers une unité de soins palliatifs. La demande m'a été transmise par l'infirmière de l'EMSP, ainsi que par l'interne, sur « une demande du médecin » pour mettre en discussion auprès de l'équipe ce transfert.
En arrivant dans l'après midi, la cadre de santé, qui m'a reçue dans le couloir du service me dit que les médecins m'ont fait appeler. J'entrevois le médecin concerné (Dr Simon), qui ne me dit rien de plus mais me remercie d'animer cette discussion en groupe.

Enfin, on s'installe dans l'office et d'un côté, les médecins - chef du service (Dr Laurent) et médecin responsable de la patiente (Dr Simon) restent assis d'un côté, la cadre à côté de Dr Simon et ensuite toutes les soignantes en face - les cinq infirmières de journée Leila, Mireille, Sarah, Marine et Bella ; les AS : Aïda, Mélanie ; un élève (garçon) de l'IFSI ; l'interne : Samya ; les ASH : Sonia, ?? et l'équipe mobile de soins palliatifs, moi-même (psychologue), Vanessa (infirmière) et Maude (interne et EMSP).

On commence la réunion à 15h45, et le Dr Simon présente le cas de la patiente dans le service depuis six mois, initialement traitée pour son CHC (hépatocarcinome), mais qui finalement avait été en échec thérapeutique des chimios palliatives. Depuis trois mois, la patiente était dans le service sans traitement (ni chimios ni analgésiques pour sa douleur). Cette patiente ne se plaignait pas de douleur pendant ce temps. Elle avait fait une unique sortie d'une semaine chez elle (probablement fin avril) pour réunir ses enfants. C'est suite à cette sortie que cette

patiente avait pu commencer à montrer des signes plus clairs d'angoisse, de grande fatigue et des plaintes de douleur. Le Dr Simon présente le cas en avançant la démarche faite auprès de l'USP et en justifiant son souhait de la transférer, « n'ayant plus grand-chose à faire ».

Déjà, une première question pourrait être soulevée en ce qui concerne le besoin maintenant de la transférer en unité de soins palliatifs. La discussion de cet arrêt de la prise en charge par le service de gastro semblerait être liée à une autre question, notamment à l'accompagnement de la fin de vie.

Initialement, l'infirmière en EMSP, Vanessa est intervenue à la demande du Dr Simon, pour mieux expliquer les soins de confort et l'assistance à la fin de vie plus entourée par les soignantes dédiées en USP. Le médecin reprend la parole et continue à avancer que le service de gastro n'aurait pas la « technique » des unités de soins palliatifs pour accompagner la patiente jusqu'à la fin de vie. Encore une fois, Vanessa intervient et explique davantage la démarche des USP, la durée des séjours aux USP (trois semaines, au maximum) liées au fait de soulager l'équipe, et d'offrir aux familles un lieu pour se poser. La cadre de santé participe également à cette intervention et affirme que peut-être la patiente sera mieux suivie en unité que dans le service de gastro.

J'interviens auprès de l'infirmière en EMSP en lui demandant de laisser la parole circuler, et je soulève la question du souhait de la patiente.

Quelques commentaires sur l'impossibilité qu'elle rentre chez elle, comme elle l'aurait souhaité, sont évoqués par les médecins, qui signalent l'impossibilité de la transférer si loin ou de proposer des passages d'infirmières à domicile dans un accompagnement si prenant. L'hypothèse qu'elle rentre chez sa famille d'origine (qui habite le département) soulevée par les soignantes est vite mise à l'écart, sachant que le « chez elle » de cette patiente n'est pas la maison de sa mère et que ce n'est pas son souhait. Quelques soignantes ainsi que les médecins savaient qu'elle ne voulait pas rentrer dans sa famille.

J'interviens en disant qu'il me semblait donc, que la possibilité de l'USP pourrait être envisagée, et je pose la question de comment la patiente avait vécu la proposition de partir en USP.

Le Dr Simon mentionne qu'elle n'était pas tout à fait partante, et que la patiente avait exprimé le sentiment de rejet de la part de l'équipe qui l'envoyait ailleurs.

J'interviens à nouveau en disant qu'on est en train d'éclairer le souhait de cette patiente. Je propose que le service et l'équipe de gastro conviennent de devenir référents pour cette patiente chez elle.

Une infirmière, Bella, mentionne qu'elle n'est pas sûre et elle réinterroge sur le chez elle n'étant pas ailleurs qu'à l'hôpital, et donc le besoin de l'envoyer là-bas. D'autres soignantes se positionnent en réaction à ce commentaire et souhaitent la garder jusqu'au bout, même en faisant référence à la souffrance que cela peut représenter. Mireille, autre infirmière, évoque une dimension affective en disant que cette situation lui fait revivre le décès d'un patient (M François). Cependant, le Dr Simon coupe violemment son discours en lui disant, « on sait à qui ça te fait penser… » ».

L'interdiction de l'expression des affects d'une part m'a permis de me rendre compte quels étaient les soignantes / médecins les plus impliqués. Le Dr Simon, par son irritation, semblait être en résonance avec la souffrance de Mireille, à la différence qu'elle ne souhaitait pas se mettre en position dépressive (deuil) probablement parce qu'elle se sentait responsable de prendre la décision. D'autre part, cela m'a permis aussi de voir à quel point le mal-être rendait les soignantes otages de leurs souffrances. Ma difficulté de percer la discussion, de dépasser les faits pour repartir sur les affects, a été mise en évidence à ce moment. Et, j'ai eu peur.

Suite à cet échange et une pause (un silence s'est mis en place) dans le groupe, je suis intervenue en faisant une synthèse des discussions : le « chez elle » de la patiente étant le service de gastro et l'envie d'accompagner la fin de vie de la part des soignantes, je m'interrogeais sur les moyens de l'équipe pour accompagner cette patiente jusqu'au bout. Parce que j'avais pu entendre que pour l'équipe cela pourrait être difficile en raison des attachements à cette patiente.

Pour Sarah, l'infirmière, ce serait important de pouvoir l'accompagner jusqu'au bout. Leila, rajoute que Mme Khalil n'est pas trop en demande et donc elle ne peut pas comprendre la

démarche de l'envoyer ailleurs. Elle explicite le fait que si l'USP apporte plus de confort et de présence pour la patiente, elle ne voit pas l'objectif, une fois que la patiente est de moins en moins en demande.

Là, j'interviens en disant que peut-être ce qui diffère entre le service et l'unité de soins palliatifs serait la disponibilité d'accompagner puisqu'il a moins d'enjeux. Il ne s'agit pas notamment d'avoir une technique, mais de rendre le travail plus facile pour l'équipe lorsque l'attachement au patient est fort.

Aïda, AS, me reprend disant qu'elle considérait que bien faire son travail consistait à suivre jusqu'au bout. Pour elle, envoyer maintenant Mme Khalil ailleurs serait vécu comme une énorme violence, pour la patiente et pour l'équipe. Elle considérait qu'accompagner faisait partie de ses fonctions. Sarah, infirmière, s'aligne sur la position d'Aïda, mais considère que malgré l'importance de l'accompagner jusqu'à la fin, elle prendrait de plus en plus la fuite de sa chambre.
J'interviens à nouveau en parlant de la possibilité d'aller jusqu'au bout, mais du besoin de connaître ses limites afin de bien faire jusqu'au bout. J'ai demandé si, au-delà de l'idéal de la suivre jusqu'au bout, on pourrait considérer nos limites et supporter notre impuissance, notre culpabilité en passant le relais à une autre équipe. J'ai notamment interrogé sur la différence de la garder, tout en l'évitant, ou la relayer pour la protéger, et laquelle des deux positions pourrait être la moins pénible pour tenir.

Le Dr Laurent, chef du service, m'interpelle en me disant qu'il s'agit là de la bonne question, et qu'en effet, la culpabilité de ne pas tenir devrait être question du débat. Elle, ainsi que le Dr Simon, soulignent qu'elles n'en peuvent plus des fins de vie dans le service et qu'elles sont plus à même de relayer cette patiente pour se protéger.

Les soignantes ne prennent pas le contre-pied de cette décision, mais font référence à des positions ambivalentes de leur travail.

J'interviens à nouveau en disant que peut-être cette décision avait besoin d'être mûrie par l'équipe, entre catégories, puisque l'ambivalence des positions ne permettait pas encore une stratégie claire autour de cette patiente. Néanmoins, j'ai signalé que la démarche de transfert à

l'unité de soins palliatifs étant déjà faite, cela nous permettait une marge pour une définition de l'équipe. Je demande ce dont l'équipe a besoin, notamment en ce qui concerne l'équipe mobile.

Marine signale plus de soutien, avec plus de passages de l'équipe. Vanessa pose la question de : pour qui le passage ? auprès de la patiente ou des soignantes ? Tous rient, et Marine dit clairement que les soignantes ont besoin de plus de soutien. Je confirme qu'on sera plus présente la semaine.
Le Dr Simon arrête le groupe en voulant reprendre les activités.

Dans la semaine qui a suivi cette intervention

En remontant au service de gastro le mardi dans l'après midi, le 18 mai, j'ai pu constater que les infirmières Leila et Marine, qui discutaient du groupe de parole avaient apprécié l'activité. Elles m'ont demandé de la réaliser plus fréquemment auprès de l'équipe. J'ai pu rester auprès d'elles pour entendre la suite. L'interne, Samya, présente lors de l'activité, m'a également remerciée et avec elle, j'ai pu reprendre la discussion autour du besoin de la patiente ainsi que celui des soignantes, afin qu'il soit pris en compte face à l'accompagnement de fin de vie. Elle m'a dit qu'elle s'était penchée sur la perspective de garder la patiente et avait pu parler au Dr Simon, le médecin responsable pour la patiente.
En ayant parlé avec la cadre de santé, elle m'a donné comme retour la mésentente entre mon propos et celui des soignantes. Je l'ai entendue, et confuse, je ne suis pas intervenue. Je l'ai entendue dire que les infirmières n'étaient pas contentes que je n'insiste pas plus fortement sur le besoin de garder la patiente dans le service. J'ai pu répondre à cela que ce n'était pas ma place, et que l'ambivalence de l'équipe vis-à-vis de cette situation devait être respectée.
La cadre m'a confié qu'une nouvelle intervention ne serait pas pour tout de suite. Je suis partie confuse, en réfléchissant à ce que j'aurais pu faire différemment et qui, au juste, me rendait mécontente de ma décision.

Le lendemain, l'infirmière et le médecin de l'EMSP, le Dr Martin, ont dû passer dans l'équipe et encore se sont opposés à la cadre de santé. La question semblait être autour d'une demande d'augmenter la dose de morphine, en seringue, au lieu d'en boullus, car la patiente n'aurait pas la force de le faire. Le Dr Martin revient de cette visite en manifestant une opposition

assez forte vis-à-vis de la cadre. J'ai pu évoquer la peur que la mort se passe mal dans le service et ainsi le besoin d'un déplacement, en créant des tensions ailleurs pour pouvoir nommer un mauvais objet à l'extérieur de soi. Je lui ai dit aussi que la réaction de la cadre pourrait être comprise comme étant le résultat de la peur, due à sa mise en avant comme responsable pour l'équipe soignante, que cette mort ne permette pas de contenir son équipe. Ne sachant pas comment la contrôler, la cadre semblait chercher un bouc émissaire pour pouvoir préserver son rôle comme protectrice de son équipe.

A un autre moment, le vendredi dans l'aprèm, Yamina, infirmière me parle longuement de la patiente, et me dit qu'elle préférerait ne pas être présente au moment de son décès. Elle évoque la ressemblance et aussi les écarts, entre la famille de Mme Khalil et sa famille. Les origines communes en Algérie, et la transition en France comme étant dure. Elle met en avant les similitudes, notamment le moment de l'immigration et les générations qui ont subi l'adaptation à la France. Néanmoins, cette infirmière évoque le pari de sa famille de s'éloigner des HLM et des ghettos réservés aux immigrés, et la préoccupation de sa grand-mère de tenir à une « éducation stricte » pour sauvegarder le futur de ses enfants. Elle évoque également le fait que plusieurs familles immigrées ont souffert des atrocités et des déliaisons comme celles qui ont été vécues par Mme Khalil et sa famille. Elle parle de la force de cette patiente, de sa volonté de se maintenir en vie, de sa démarche pour qu'on ne s'apitoie pas, et la difficulté de son décès pour sa mère. Elle me confie que Mme Khalil était sûrement le garçon manqué de cette famille, une des plus jeunes enfants de la fratrie. Je demande à Yamina de m'accompagner pour que je puisse connaître Mme Khalil pour mieux comprendre les enjeux pour l'équipe. On y va en fin de journée et j'ai l'impression que la patiente est devenue un « objet sacré » pour l'équipe, qu'il ne faut surtout pas déranger. Je sens de la honte, en allant faire sa connaissance et en lui caressant le bras, Yamina me reprend qu'il ne fallait pas du tout la réveiller, lui faire une caresse, la toucher.

La semaine qui suit, je reviens le mercredi matin et j'apprends que Mme Khalil est décédée la veille, pendant la nuit, à 21h15. Les infirmières, Edith et Alice ne savaient plus préciser qui était l'infirmière, car dans les transmissions du matin, Benjamin, l'infirmier de nuit, n'avait guère évoqué ce sujet. La famille de Mme Khalil était là et il était question de soutenir la mère, et les enfants.

Pendant le staff, qui avait lieu à ce moment-là, personne n'a évoqué le fait qu'elle soit décédée.
Néanmoins, je me suis aperçue que le Dr Simon était en retrait, le Dr Laurent, la chef était en couple avec le Dr Kerjean, le troisième médecin senior du service. Le Dr Kerjean prenait toute la place, comme le Dr Simon le faisait auparavant. Les soignantes discutaient ponctuellement des sujets. La cadre était plus proche du médecin en retrait. J'ai fait l'hypothèse que, dans cette affaire, la grande dépressive est la chef du service, qui met en avant les médecins de son équipe dont elle dispose pour se protéger de la mort.
Je me suis interrogée sur la pertinence de soulever la question de la mort de Mme Khalil, puisque personne ne l'avait fait pendant le staff. Enfin, j'ai pris le pari que le staff n'était pas le lieu pour en débattre, et que je n'avais pas d'élément pour savoir comment amorcer la discussion.
En sortant, j'ai interpellé le médecin qui l'avait accompagnée, Dr Simon. J'ai pu commencer la discussion en parlant d'un autre patient, lui aussi déjà sorti du service, mais que je suivais en Hôpital de Jour ces jours-ci. Des précisions sur son annonce étant nécessaires, on a pu amorcer une discussion assez agréable, bien que difficile. Elle m'a dit, suite à ce cas, que Mme Khalil venait de décéder la veille. J'ai pu lui demander comment cela s'était passé et comment elle allait. Elle m'a répondu avec des termes évoquant une mort calme, mais une difficulté de l'équipe à faire le deuil. Elle évoque le fait qu'une AS, Mélanie, soit partie de sa chambre en pleurs avant son décès, et cela a été lourd pour toutes.

En repassant le vendredi dans l'équipe, j'apprends que c'était en effet l'équipe de l'après midi qui était présente lors du décès de la patiente, et que faute de l'arrivée des soignantes de nuit, ce sont elles qui ont dû rester dans le service. Mireille (IDE) et Aïda (AS) ont pu, autour d'un café, et avec l'infirmière Sarah, me parler de leur décision de rester car elles se disaient incapables de laisser la famille toute seule avec une équipe qu'elle ne connaissait pas. Elles ont décidé de retourner dans le service lorsqu'elles ont vu une deuxième sœur de Mme Khalil arriver. Elles ont pu quitter finalement, quand la famille était assez nombreuse et soudée. Elles ont pu exprimer aussi la sensation de ne pas avoir mieux fait en raison de l'horaire des faits. Elles auraient voulu qu'il y ait du relais dans l'accueil de la famille de Mme Khalil.

J'ai pu m'attarder auprès de la cadre plus tard. Elle m'avait évitée lorsque je suis arrivée à l'office avec les soignantes, en s'excusant et en partant, après avoir dit avoir « trop de

soucis ». Au départ, elle était très maladroite, mais comme je l'ai abordée au sujet d'une nouvelle patiente que j'étais appelée à soutenir, elle est restée longtemps discuter avec moi. D'abord sur le cas, après sur les patients qui défilaient dans le couloir du service. Je fais l'hypothèse que la cadre a dû, face à son impuissance, vouloir placer sa peur et ses angoisses dans un « lieu-personne » ou bouc émissaire, afin de mettre à l'écart le mauvais en soi et se retrouver elle-même comme bon objet. Mon hypothèse est que j'étais, pour elle, au moins provisoirement le bouc émissaire de ses peurs.

Situation de fin de vie de Mme Célestine, en gastro-entérologie, entre mars et octobre 2011

Mme Célestine, patiente âgée de 34 ans, mariée, haïtienne, mère de 3 enfants en bas-âges, dont la dernière née avait moins de six mois lors du premier entretien. Mon premier contact avec cette patiente a eu lieu, à la demande de l'équipe de gastro, un peu comme une réparation, afin de l'entendre, suite à l'annonce qui lui avait été faite.

Mon travail avec l'équipe autour de ce cas a démarré en mars dernier.
Le mal-être des médecins portait sur quelques faits :
Comprendre, d'une part que cette patiente était venue à maintes reprises aux urgences de cet hôpital, pendant et après sa grossesse, sans pour autant être entendue dans sa plainte de constipation et de douleur dans le ventre. Cette mauvaise prise en charge aux urgences, avait abouti à un diagnostic tardif de cancer du colon et donc orienté d'emblée la patiente en palliatif avec un mauvais pronostic de survie. Cette situation mettait « à mal » les médecins de gastro qui se sentaient liés de façon corporative à leurs corps de métier ;
Ainsi, ne sachant pas lui annoncer la nouvelle qui les mettait doublement en défaut (échec de la médecine et mauvais travail aux urgences), les médecins de gastro ont d'abord fait l'annonce à son mari. Cette procédure décalée a pour résultat d'évincer le mauvais en soi (l'angoisse de l'annonce), en introjectant dans l'autre sa propre angoisse, pour se dégager et pouvoir continuer à soigner la patiente. D'une part, cela dénonçait le mal-être des médecins, d'autre part, cela les liait à Mme Célestine et à sa famille en rendant le mari « complice de l'annonce ». Le mari, pris dans un *double bind*, incapable de savoir comment s'y prendre avec l'horreur de l'information, sollicite la psychologue et ne « balance pas le diagnostic à sa femme » ;

Finalement, le non-dit est amorcé avec l'annonce faite à cette patiente qui a accepté de rencontrer la psychologue et l'équipe de soins de support. Elle avait été déplacée dans une chambre unique – traitement de déférence utilisée par les médecins et les soignantes face à des patientes en fin de vie ou en isolement.

Les rapports entre médecins/ équipe de gastro et cette patiente se sont détériorés au fur et à mesure que la patiente « prenait plus de place » en devenant selon l'équipe « demandeuse », « manipulatrice » et « intransigeante » à son égard. Si je n'arrivais pas à comprendre le rejet des différentes équipes (d'abord l'équipe de gastro, éventuellement celle de l'hôpital de jours et des soignants en équipe mobile de soins palliatifs et en soins de support), des hypothèses variées n'ont cessé de m'habiter pendant la trajectoire de cette patiente, qui est décédée le 18 octobre 2011.

Mes premières hypothèses se centraient sur la place que cette patiente occupait, prise dans le *double bind* auprès des équipes de soins. D'une part, elle était cataloguée comme « une malade grave », en « fin de vie », avec des enfants en bas âge, ce qui l'assignait au sommet de la hiérarchie des patients pris en charge par les équipes. D'autre part, il était surtout question qu'elle ne se vive pas comme « victime », qu'elle ne retrace pas son parcours malheureux dans l'établissement, afin d'éviter tout télescopage avec la culpabilité portée par les médecins et par les soignantes liée à son état de santé. Il était ainsi question qu'elle n'exprime pas sa colère vis-à-vis des nombreux échecs de l'institution médicale dont elle était l'objet.

Dans un deuxième temps, j'ai commencé à penser que la gêne que cette patiente procurait tant aux médecins qu'aux soignantes était due au fait qu'elle tenait à une demande considérée comme déplacée par les soignantes : elle ne permettait aucune intrusion dans sa vie privée, gardant toujours une distance vis-à-vis de son mari et de ses enfants, tout en sollicitant en raison de sa maladie un changement urgent de logement. Impuissantes face à cette demande, les soignantes se vivaient dans l'échec vis-à-vis de cette patiente.

Finalement, le télescopage des affects entre ceux de la patiente et ceux des médecins et soignantes nous semble expliquer la difficulté de sa prise en charge. Cette patiente n'acceptait pas et n'élaborait pas sa fin de vie ; elle dégageait clairement la peur et la colère autour de sa

propre maladie et de la mort, se rapprochant des défenses mises en place par les soignantes et les médecins. Ce double mécanisme de défense de la patiente : déni de sa fin de vie, représenté par la constante demande jugée déplacée, et la mise à l'écart de sa vie privée, ne donnait aucune prise aux soignantes pour lui rendre la réparation souhaitée (*nursing*), notamment face aux différents échecs de l'institution de soins. Les médecins aussi étaient en difficulté dans la construction d'un lien d'empathie avec elle. Ses demandes déplacées étaient vécues comme une instrumentalisation; toute demande était perçue comme une manipulation du système à son bénéfice et ne correspondait pas à la place où ni les soignantes ni les médecins souhaitaient se trouver.

Les faits autour de la fin de vie de cette patiente.

La semaine précédant son décès, cette patiente avait été ré hospitalisée. Elle avait résisté à sa douleur, chez elle durant cinq jours, avant de revenir à l'hôpital.
A son arrivée, les médecins diagnostiquaient une perforation du péritoine, liée à l'évolution de son cancer. Le médecin chef du service de gastro, le Dr Laurent, chef du service, débordée par les images du scanner, fait appel à Dr Kerjean, médecin PH de son service pour prendre le relais avec cette patiente. Il était question d'opérer la patiente en urgence, et de lui mettre une poche (stomie). Malgré le débat sur l'efficacité de cette procédure entre les médecins de gastro et de chirurgie viscérale, la patiente était claire et refusait une stomie. Dans ce cas, les enjeux pour le corps médical, étaient d'une part, le réflexe médical de sauver la patiente d'une péritonite à tout prix en intervenant chirurgicalement ; d'autre part, la péritonite était vue comme une question évolutive (l'abcès causé par le cancer) avec des risques pour la patiente de « rester sur la table » ou d'être mutilée inutilement, sans pour autant lui assurer une survie. Ces deux hypothèses ont pu être discutées auprès du médecin des soins palliatifs.

Malgré sa décision de ne pas se faire opérer, la patiente était montée du « service portes » des urgences, en hospitalisation en gastro. Ce parcours était notamment justifié par le besoin du médecin de gastro de repasser un scanner, support technique pour valider sa décision de ne plus opérer. En fin d'après midi, la patiente se contorsionnait de douleur et n'arrivait pas à être soulagée, car aucun soignant ne savait manipuler la pompe à morphine. Au vu du deuxième scanner, le médecin se résigne à ne plus intervenir. Malgré sa prise de décision, ce médecin n'était pas en mesure de donner suite à la prise en charge palliative. Plombée dans

des débats éthiques d'un arrêt de prise en charge, et surtout tenant compte de la vie privée de la patiente, qui se télescopait avec la sienne, ce médecin ne parvenait pas à se reconnaître dans sa propre activité. Les valeurs exigées dans cette prise de décision ne lui correspondaient pas. Sa décontenance face à son travail auprès de cette patiente a démoralisé l'équipe par la suite.

A cette difficile prise de décision, s'ajoutait l'impossibilité de contenir la douleur de la patiente, qui sollicitait de plus en plus les soignantes, par leur prénom. Exprimant des gestes d'agonie, la patiente se déshabillait et pour l'infirmière de garde, il était insupportable de ne pas pouvoir soulager sa douleur et que la sollicitation de la patiente fasse intrusion dans sa vie privée. Ceci était d'autant plus difficile à vivre que, revenue le lendemain matin auprès de cette patiente, l'infirmière est restée à ses côtés jusqu'à son transfert en Unité de Soins Palliatifs en fin matinée. Ce samedi matin, d'autres patients, déments criaient sans cesse de leurs chambres, face à une équipe affaiblie, épuisée, décontenancée elle-même, tandis que le médecin essayait, malgré sa décision de la veille, d'effectuer la visite médicale.
Ne se reconnaissant plus dans le travail réalisé - ce médecin a fait appel en secours à l'USP pour obtenir un lit le jour même et a réussi à transférer immédiatement la patiente affaiblie. La notion de travail mal réalisé hantait le médecin, qui mardi, pendant notre discussion n'était toujours pas convaincue de sa prise en charge. Le fait de n'avoir pas tenu la patiente jusqu'au bout dans son service, car elle est décédée trois jours après, lui pesait moins que le fait de n'avoir pas pu poser un acte de soin auprès d'elle.

Dans notre débriefing, elle a pu exprimer son souhait de garder son rôle de médecin et ne pas prendre une décision uniquement fondée sur le souhait de la patiente. En revanche, et de manière assez ambivalente, ce médecin a su exprimer son impuissance face au boulot réalisé : elle dit avoir pris « la meilleure décision pour la patiente dans sa connaissance limitée », et finalement, très émue, qu'elle « n'était pas Dieu ».

Situation de fin de vie de M Fernandes en Pneumologie, octobre 2011

Vendredi, le 22 octobre 2011.

Intervention avec Marie, collègue psychologue aussi à mi-temps en équipe de soins palliatifs autour des équipes de cardiologie - pneumologie, suite au décès violent de M. Fernandes, la veille. Notre commanditaire était l´encadrement de proximité du service. A notre arrivée dans le service, la secrétaire de l'équipe nous impose de suivre la jeune étudiante de troisième année de l'école d'infirmière, ainsi que les infirmiers du service.

Marie et moi n'étions pas au courant du décès, le jour même, de ce patient. Nous n'étions pas informées non plus de deux points déjà soulevés auprès du médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs : d'une part, la colère des soignants vis-à-vis des médecins en pneumologie face au manque de prescription anticipée pour la prise en charge des patients en fin de vie ; d'autre part, le mal-être des soignants face à la violence du décès, qui remettaient en cause la prise en charge fournie jusqu'au bout à un patient tenu comme « beau » et « adorable » par tous. Le patient était décédé en « gaspant », comme si l'air lui manquait et l´équipe souffrait de n'avoir pas pu le soulager… les soignants l´ont vécu comme s'ils assistaient, les bras croisés, à sa mort.

La secrétaire souhaitait qu'on rencontre la jeune étudiante (Ivana) ; or, une infirmière (Aïda) s'est présentée au poste de soins toute seule pour en discuter. Marie et moi, avons redirigé la demande individuelle vers une demande d'équipe, en lui proposant d'aller chercher ses collègues afin que l'on puisse mettre des mots ensemble sur l'expérience vécue. On a finalement eu la présence de quatre soignants, tous infirmiers : Anna (infirmière référant de l'étudiante), Aïda et Thomas, tous deux jeunes diplômés et Ivana, l'étudiante. Ce premier temps était destiné à une présentation et à une saisie de la demande de l'équipe. Cependant, le temps pris pour réunir les autres soignants nous avait limitées dans notre disponibilité de travail ce jour-là. Devant l'insistance de la secrétaire médicale, nous avons utilisé ce temps pour recueillir les premières impressions du vécu et proposer un deuxième temps de parole et élaboration, la semaine suivante.

Avant même de pouvoir commencer à échanger, et juste avant que les soignants n'arrivent, j'ai interpellé le docteur Talhi pour lui expliquer ce que l'on faisait là. Sans connaître encore les accusations que les soignants portaient vis-à-vis de sa prise en charge, le docteur Talhi me parle de la situation de fin de vie de ce patient. Etant elle-même en demande, d'abord irritée et ensuite agressive, elle signalait un mal-être, un besoin de se décharger du poids de la

situation. Je la convie ainsi à se joindre à nous, au poste de soins, au moment où les soignants s'installent. La réunion s'est tenue dans le poste de soins, interrompue par l'enregistrement d'un dossier médical par le cardiologue puis par un patient dément qui insistait pour voir un soignant.

Marie et moi restituons la demande exprimée par l'encadrement, notamment au bénéfice de l'étudiante. Nous posons le cadre d'un travail possible ce matin, et nous mettons à leur disposition pour un éventuel travail plus étendu prochainement. L'étudiante prend la parole en premier et, malgré sa timidité, évoque ce décès comme étant très dur pour elle. Pendant qu'elle parlait des larmes coulaient. Aïda, une jeune infirmière prend la parole pour dire son mal-être, surtout face à la difficulté de gérer le patient en train de mourir. Elle aussi a les larmes aux yeux et se réfère à son travail comme étant mal fait, mal accompli à ses yeux. Anna, la plus ancienne des soignantes présentes, évoque la question de l'anticipation de la prescription. Le médecin réagit immédiatement. Elle se défend et évoque que ce matin-là, elle était toute seule, que ce patient ne relevait pas de sa prise en charge, que la collègue responsable était partie en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire – en oncologie), et qu'ensuite elle avait sa consultation.

Ce médecin retraçait la trajectoire du décès du patient, justifiant ainsi le fait d'avoir été prise de court, dans une décompensation rapide (désaturation respiratoire), connue pour provoquer un décès fulgurant et pour procurer un sentiment très fort d'impuissance dans l'équipe. Elle expliquait que le temps de mettre en place la prescription de morphine, qui n'était pas anticipée par sa collègue, et d'aller la chercher à la pharmacie, le patient était déjà mort. Néanmoins, elle accuse l'équipe soignante de la soupçonner de mauvaise fois, d'indifférence face à la fin de vie de ce patient. Anna essaye de reprendre, mais s'avère incapable de dire un mot. Marie et moi, garantes du groupe, expliquons à ce médecin que l'objectif était de faire circuler la parole dans le groupe sur un vécu difficile, pour élaborer davantage ce que l'on aurait pu faire ensemble différemment et non pas pour s'accuser les uns et les autres.

Le médecin, ayant déposé sa culpabilité, commence à prendre de la distance avec son propre discours. Elle se rend disponible au discours des soignants, réévalue sa prise en charge, reconnaît qu'elle n'a pas su anticiper la mort de ce patient et que quelque part, elle avait

baissé les bras. Arrivées à ce point, obligées Marie et moi de quitter l'équipe, nous décidons collectivement, avant de partir d'un nouveau moment de réunion.

Vendredi, le 29 octobre 2011.

Marie et moi retournons dans le service une semaine après la première intervention et nous mettons à disposition de l'équipe, cette fois-ci proposant comme lieu de rencontre l'office, au fond du service, de façon à être moins interrompues.

Nous avons attendu un quart d'heure avant de commencer l'intervention. Etaient présentes Ivana, l'étudiante en troisième année de l'école infirmière et Anna, son infirmière référante. Ivana a voulu s'exprimer autour de la violence et de l'inattendu de cette fin de vie. Elle évoquait avec de la peine les dernières minutes de vie du patient, et le désespoir de sa femme, présente pendant son décès. Cela la renvoyait à son vécu personnel. Anna, qui avait, en revanche anticipé la fin de vie du patient, avait quitté la salle pour « vaquer à d'autres occupations ». Elle avait pu projeter sa fin de vie, selon elle, à partir de la prise en charge de deux autres patients qui avaient récemment séjourné dans le service, notamment deux patients d'origine portugaise, comme M Fernandes lui-même, comme Anna, quelques autres soignantes et la cadre du service.

En abordant le sujet plus extensivement avec Anna, sur la prise en charge de ce patient, la question de la dotation est revenue et avec cette question, le reproche aux médecins. Cependant, le sentiment d'avoir manqué de moyens pour gérer cette fin de vie et la frustration qui l'accompagnait, ont pu ressurgir. Elle nous explique qu'en amont, le service ne s'occupait jamais des fins de vie, et qu'elles deviennent de plus en plus récurrentes, face à une équipe affaiblie par l'absence des soignantes anciennes, parties ou en congés maternité. Le délaissement ressenti vis-à-vis des médecins, face à l'absence d'un chef, s'ajoutait à l'absence d'un collectif soignant. Sa description de la prise en charge, centrée sur les manquements des médecins, annonçait une difficulté du corps soignant de repérer la gravité de la situation, et d'accompagner le patient dans son dernier souffle, malgré les contre-ordres médicaux. C'est au cours de cette discussion que le sentiment de mal faire a pu s'éclairer pour les soignantes : elles plaçaient le masque d'oxygène à ce patient, pendant qu'il était en train de mourir.

La discussion a pu prendre une autre tournure, notamment face à ce binôme élève infirmière et infirmière du service. La question de la place du collectif soignant était venue au centre des préoccupations pour trouver du sens à leurs activités, malgré les difficultés des médecins et le sentiment d'impuissance engendré par ce type de mort violente. Il était évoqué de la formation en soins palliatifs, pour l'équipe soignante. Une demande a pu s'exprimer à la fin de cette discussion : bénéficier d'un accompagnement plus présent de l'équipe mobile de soins palliatifs, principalement dans la construction des espaces de discussion pour organiser collectivement la prise en charge soignante en fin de vie dans le service.

Situation de fin de vie de M Panduppy en Pneumologie, entre octobre 2011 et mars 2012

Ce patient d'une quarantaine d'années, vivant depuis une quinzaine en France de manière irrégulière et originaire du Mali était récemment diagnostiqué d'un cancer pulmonaire très avancée, avec des métastases osseuses.

Mardi matin, en arrivant dans le service en hôpital de jour, l'infirmier de l'EMSP s'engage avec l'infirmière d'annonce et la psychologue du service en oncologie sur le besoin d'une annonce précise pour le patient, M Panduppy, sur le temps qui lui reste à vivre. La psychologue reprend en disant que « quiconque ne pourrait donner une telle précision », et que cela n'était pas du ressort de l'institution hospitalière de faire une telle annonce. La psychologue en EMSP voyant la réaction des deux infirmières complètement buttées sur le pronostic du patient, reprend le discours de la collègue et explique la perspective de se déplacer sur cette demande de façon à ce que le patient puisse élaborer ce qu'il sait déjà du diagnostic, et surtout qu'il puisse intégrer l'information de la gravité de son diagnostic pour mieux faire le choix de rentrer au Mali ou de rester et essayer la chimio.

L'infirmière d'annonce était surtout mobilisée par le fait que dans peu de temps il ne serait plus en mesure de rentrer au Mali. L'infirmier de l'EMSP voulait surtout être au clair avec le patient pour qu'il puisse prendre en main sa décision. La psychologue a repris ces deux aspects très justes de leurs soucis, mais a insisté sur le déplacement nécessaire entre le réel et

le subjectif, et le fait de ne pas se piéger en répondant à cette demande. Ensuite, elle a repris les enjeux de la chimio, pas encore accordés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et donc la difficulté d'établir le pronostic.

La psychologue de l'EMSP et les deux infirmiers se déplacent au service de cardiologie-pneumologie - où le patient a séjourné une dizaine de jours, pour que le bilan d'extension[22] soit réalisé afin de définir la ligne de chimiothérapie à suivre – et ils sont tout de suite sollicités par le médecin responsable pour M Panduppy.
Complètement envahie par plusieurs enjeux qui la travaillaient, le Dr Talhi nous demande de faire l'annonce du pronostic au patient. En effet, elle réclame le médecin de l'EMSP, que ce jour-ci n'était pas présent, pour qu'elle fasse l'annonce. Ce médecin se demandait comment annoncer à ce patient la gravité de sa situation, lorsqu'il cherchait à comprendre « le temps qui lui restait, afin qu'il puisse décider de rester en France ou de repartir au Mali ». Par les images des examens, selon l'interprétation médicale de ce médecin, ce patient comptait sur un pronostic de survie entre trois et six mois. Dans la foulée, ce médecin nous fait part de son souci avec le PAC posé en amont pour lui faire une chimio, sans qu'elle soit validée en RCP, et pour laquelle elle ne se sentait plus en mesure d'assurer. Le patient se trouvait en situation précaire, temporairement SDF, car depuis un moment il n'arrivait plus à travailler. Ainsi, la discussion de la chimio se posait pour les médecins en hôpital de jour, car dans leur perspective, la chimio pourrait être trop difficile à gérer pour quelqu'un étant dans un tel désarroi. A cette question de pouvoir réaliser la chimio se rajoutait l'interrogation éthique du Dr Talhi sur l'applicabilité de la chimio dans ce cas si évolué.

La psychologue intervient par cette dernière demande en disant que c'est toujours possible de dire au patient que l'on a posé le PAC, mais que les examens complémentaires semblent indiquer que la chimio peut-être ne serait pas bénéfique. La dureté de cette intervention serait une amorce à sa question de la gravité, laissant toujours le patient entendre que les médecins sont co-responsables avec lui dans la définition du traitement. Par-là, la question de la survie pourrait varier, selon sa décision à lui, son souhait d'essayer ou non la chimio, et qu'eux, les médecins comme lui, n'avaient pas une réponse définitive à lui donner.

[22] Bilan d'extension se réfère à tout examen complémentaire afin de définir la classification de la maladie et le traitement appropriée.

Le médecin de pneumo se sent soulagée, et veut que l'on fasse l'annonce tout de suite à sa place. Nous décidons que l'on pourrait accompagner le médecin dans sa démarche, mais que l'on ne pourrait pas se substituer à elle. Elle décide de le faire avec le médecin en EMSP. Les infirmiers des équipes transversales d'accord avec l'ouverture de la co-responsabilité du patient vis-à-vis de son avenir ont pu aller le voir et suivre la démarche des médecins dans l'après coup, lorsque le patient a décidé de suivre la chimiothérapie.

Situation de fin de vie de M Morpelet en ORL, fin décembre 2011 à janvier 2012

M Morpelet était un patient de 78 ans, introduit par l'infirmier de l'EMSP comme un patient très anxieux. Au premier contact, le 29 décembre 2011, ce patient hospitalisé en ORL pour son cancer du larynx, a un débit de parole assez intense, malgré la voix cassée, voire le manque de voix. Son débit de parole est cependant décalé par rapport à ce que j'imaginais être à l'origine de l'angoisse, c'est-à-dire, son vécu face à l'hospitalisation, la maladie et possiblement sa fin de vie. En effet, devant moi, ce patient dans une relation de séduction, me raconte qu'il a fait la guerre, qu'il s'est battu pour la France en travaillant dans le bâtiment et en faisant partie du syndicat. Il me dit qu'il est divorcé depuis 20 ans et sa femme s'est remariée et garde des liens avec lui. Il a quatre enfants et le troisième habite avec lui. Le fils aîné habite à Toulouse.

Le 30 décembre, lorsque je passe dans le service, une infirmière me demande d'intervenir auprès de ce patient, qui n'observe pas les indications médicales. Il n'adhère pas à la proposition d'intervention chirurgicale (trachéostomie : mutilation définitive du larynx et avec ceux les cordes vocales) qui a pour but d'abord d'éviter un décès par étouffement, et ensuite de lui permettre une survie (son cancer étant considéré comme curable par les chirurgiens). L'infirmière considère, par ailleurs avec insistance, comme des critères importants la question cardiaque qui va fragiliser le patient dans son effort pour respirer et l'indication du chirurgien (Dr Campanelli).

J'interviens auprès de cette infirmière en prenant la réflexion à contre-pieds et en l'interrogeant sur la peur d'accompagner une mort par étouffement. Au départ, elle reste un peu choquée par mon propos, mais ensuite elle réagit positivement dans la discussion, et fait référence à son grand-père, décédé il y a quatre jours et qui avait, lui aussi, fait la guerre de

40. Comme le patient en question, il ne voulait pas d'acharnement thérapeutique, et en exprimant cela, cette infirmière semble trouver du sens dans la demande du patient, ou dans son refus. On discute davantage sur la peur engendrée chez tous, le patient compris, face à la scène d'un décès par étouffement évoquée par le chirurgien. Charlène, l'infirmière me confirme que les médecins ont été durs avec le patient, précisant qu'il pourrait « changer de couleur », faisant allusion à l'étouffement. J'ai également appris que la famille du patient, notamment sa fille, était en grande demande vis-à-vis des interventions.

Je vais voir le patient, que je trouve très anxieux et angoissé. Il me parle de la violence de la visite médicale et de son refus de se faire opérer tout de suite, mais aussi de son acceptation d'une intervention au laser le lundi. Pour lui, se faire opérer le week-end du 31 signifie ne pas avoir des visites le jour de l'An. Il me dit aussi qu'il sait qu'à l'hôpital, les soignants ne le laisseront pas mourir étouffé, et qu'en cas d'urgence, il aura l'intervention au laser de façon anticipée. Nous discutons davantage des mots utilisés par le médecin, qui le travaillent encore, et de son angoisse de vivre une situation critique, où il serait confronté à la mort, malgré sa rationalisation. Il m'explique qu'il refuse la trachéostomie car ce qui compte pour lui c'est de pouvoir encore discuter avec ses potes dans les cafés. Avant de partir, j'échange avec la cadre de proximité qui me confirme que l'intervention que le patient acceptait n'était pas celle que les médecins voulaient faire, c'est-à-dire, que le patient avait accepté de faire du laser (comme il l'avait fait en novembre pour fondre la tumeur) mais pas la trachéostomie.

Le lundi 2 janvier, lorsque j'arrive le matin, le médecin en EMSP, le Dr Martin, avec qui je travaille en équipe mobile de soins palliatifs me remercie de l'avoir mise au courant pendant le staff, de cette discussion et des enjeux avec le patient, Monsieur Morpelet. Le Dr Martin m'explique qu'elle avait été interpellée par le chirurgien qui était, lui aussi, présent le week-end. Il lui aurait demandé de l'aider à convaincre le patient d'accepter l'intervention chirurgicale. Le chirurgien était préoccupé, le patient étant jusque-là contre cette intervention, obligeait les médecins à recourir à cet acte en cas d'urgence. L'acte en urgence aurait représenté un stress supplémentaire pour les médecins face à un plus grand risque de vie pour le patient. Le médecin de mon équipe, endosse cependant la décision médicale de l'ORL et ne se place pas comme tiers dans cette discussion. Elle n'arrive pas à faire appel au désir du patient à s'appuyer sur lui pour signifier la limite et accompagner ainsi le deuil des chirurgiens face à cette limite. Lorsque je l'interpelle sur le désir du patient et la limite des

actes médicaux, elle justifie son soutien vis-à-vis des chirurgiens en me disant que ce patient « n'est pas d'accord maintenant », car il n'est pas confronté immédiatement à la mort, mais que lorsqu'il s'étouffera, « on n'en sait rien ». Peut-être qu'à ce moment-là il préférera quand même l'acte chirurgical.

En arrivant en ORL, je retrouve Monsieur Morpelet complètement agité suite au refus des chirurgiens de le faire passer au bloc, comme prévu, pour l'intervention au laser. Ne comprenant pas ce veto, il en attribue la cause à son refus le vendredi de leur intervention. J'apprends que le patient devait descendre au bloc opératoire pour la pose d'un port à cath (PAC) et subir l'intervention au laser. Ce patient angoissait du fait de ne pas pouvoir anticiper la suite de son hospitalisation, et tenait à ce que les choses soient faites correctement, c'est-à-dire, avec une organisation et une prévision respectueuses de ses besoins. Mon intervention surtout consiste à reconnaître la souffrance du patient, à l'aider à comprendre qu'il est parfois impossible de prévenir en amont des changements d'organisation du travail et que cela fait partie même des soins hospitaliers. Il compare alors avec une échéance de chantier qui, si elle n'est pas respectée, contraint le responsable à payer une amende. Je trouve juste sa comparaison éthique cependant, j'explique que contrairement aux chantiers, l'urgence pour les médecins du bloc, est de sauver la vie et que cela les oblige à réévaluer la gravité de chaque nouveau cas pour organiser l'activité au bloc opératoire. En sortant de la chambre, je vais voir les chirurgiens pour mieux connaître les raisons de cette modification et leur demander de l'expliquer au patient. L'interne m'accompagne et nous explique que l'intervention au laser est annulée car, suite au refus du patient du vendredi, les médecins ont pris la précaution de lui donner des corticoïdes pour dégonfler la tumeur, et ainsi éviter son étouffement. Ainsi, aujourd'hui, il n'est pas question de faire du laser, car il n'y a plus lieu de faire fondre la tumeur déjà dégonflée par les médicaments. Cependant, pour ce qui concernait le PAC, le jeune interne n'a pas su préciser pourquoi l'intervention de ce jour était annulée, ni pourquoi elle n'était pas prévue à une date ultérieure. Ne pouvant pas rassurer plus ce patient, l'interne lui a précisé qu'il serait à même de lui donner des informations le lendemain matin. Face au médecin, le patient acquiesce malgré l'angoisse que tout cela provoque en lui.

Le surlendemain, lorsque j'arrive à l'hôpital, je croise le chirurgien et son interne à la cafétéria, avant de prendre mon poste. Je m'installe brièvement avec eux pour discuter du patient. Le chirurgien me demande d'intervenir auprès de ce patient, afin de lui laisser poser

la canule définitive. Je l'écoute et lui dis, que malgré la difficulté que cela représente pour eux, ce patient a lui un objectif en se faisant soigner, celui de continuer à rencontrer les gens et pouvoir discuter avec eux. J'amorce ainsi mon interrogation du sens de cette intervention face à ce qui constitue le désir du patient pour sa vie restant à vivre. Le chirurgien se défend en me disant que « s'il se laisse opérer, il a de bonnes chances de survie (environ deux ans) car la tumeur est encore localisée, aucune extension (métastase) n'étant trouvée ». Je reviens sur le sens de retirer le larynx à ce patient qui dit connaître la suite de cette intervention car il a assisté à ce « passage de nombreux collègues dans le bâtiment, qui fumaient et qui buvaient » (sic) comme lui.

En arrivant en ORL en fin matinée, je retrouve trois aides-soignants dans l'office et, en discutant des patients que j'accompagne dans le service, ils se plaignent de Monsieur Morpelet. Ils m'expliquent que ce patient ne veut pas se faire opérer, que cela pose problème car il peut s'étouffer. Avec les aides-soignants, je m'installe et on discute de l'accompagnement en fin de vie, du fait que ce patient semble dans la peur ainsi que les médecins et l'équipe sur son avenir. Cependant, je leur dis, qu'il semble être au courant des aspects positifs et négatifs de cette intervention. J'évoque que le sens, pour ce patient serait de pouvoir continuer autonome, à discuter avec les copains. Je leur demande s'ils trouvent que l'intervention peut garantir avec sa survie un sens à sa vie. Les réponses sont partagées, une aide-soignante se retire, un autre argumente en faveur de l'intervention, tandis que deux soignantes sont contre dans ce cas. Je les laisse discuter entre eux et vais voir le patient.

Il revient juste de l'intervention locale pour une mise en place du PAC et respire avec beaucoup de difficulté. Il était bouleversé et fatigué, je lui propose de repasser dans l'après-midi, afin que l'on puisse discuter ensemble. En arrivant dans l'après-midi, ce patient ouvre la discussion en me disant qu'il essaye de s'imaginer avec une trachéostomie. Je l'interroge sur le changement de perspective et lui rappelle qu'il y a quelques jours, cela n'était pas envisageable. Sur ce, il m'explique qu'il a donné son accord pour se laisser faire en cas d'urgence. Il me dit que le médecin-chef du service est passé le voir, et lui a proposé de faire d'autres interventions (notamment au laser), mais qu'en cas, pour qu'il ne s'étouffe pas, la trachéostomie pourrait être faîte. Je lui explique que c'est la peur de tous qui, face à la question de l'étouffement, rend la trachéostomie envisageable. Cependant, je lui confirme qu'il peut la refuser, et choisir de ne pas être opéré. Ce patient ne semble plus en mesure de

refuser quoi qu'il en soit. L'angoisse et le refus des médecins de proposer d'autres alternatives face à sa situation, font qu'il transfère son pouvoir d'agir à l'institution médicale. Il me fait signe qu'il est fatigué, et je me retire. Je passe voir la cadre de santé du service, qui veut discuter du cas. Elle me dit que nulle part dans le dossier de ce patient, son souhait de refuser une intervention chirurgicale n'est marqué. On discute aussi du besoin de le transférer de chambre, chose que le patient anticipe avec du mal, car il apprécie davantage le fait d'être à proximité du poste de soins. Ce changement vient, à mon avis, se surajouter au processus de fragilisation et de « mise au pli » par l'institution du patient désobéissant.

Vendredi 6 janvier fin matinée, lorsque je passe voir le patient, il est tendu, ne veut pas trop discuter, il attendait le cancérologue. La pose du PAC du mercredi matin, avec l'objectif de lui faire une chimio, n'est plus garantie, c'est-à-dire, son efficacité a été questionnée pendant la RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire). La consultation avec le Dr Kerroux, oncologue de l'hôpital, était prévue ce matin afin de donner son « feu vert » pour la suite en chimio. Le patient lui, très angoissé, arrive à exprimer son regret de ne plus savoir la suite des choses. La contradiction des actes et des directives transforme sa colère en colère domestiquée contre soi, au lieu d'être ouvertement dirigée contre l'institution et ses acteurs. Ce patient en pleine lutte, refuse de s'entretenir avec moi plus longuement. En sortant de la chambre, l'impression d'avoir fait du mauvais travail, de ne pas avoir fait assez pour le soutenir, m'accompagne. Je croise alors la cadre, qui est devenue dans cette affaire mon interlocutrice privilégiée. Comme moi, elle est claire sur ce « façonnement » du patient par les chirurgiens. Elle m'apprend que la suite en chimio n'est pas garantie, et que cela contribue au mal-être auprès de ce patient. Les actes lui semblent aussi incohérents.

En fin matinée du lundi, 9 janvier, lorsque le binôme médecin-infirmier de l'équipe mobile de soins palliatifs revient dans le bureau, j'apprends par le médecin que pendant le week-end, le chirurgien vacataire, le Dr Brahim, aurait réalisé une trachéotomie (ouverture et pose de canule sans que cela soit pour autant définitif et sans enlèvement des cordes vocales) afin de soulager la respiration du patient. Je décide d'aller voir le patient, qui de son lit me fait un signe très clair refusant toute discussion. En rediscutant dans l'après-coup avec le médecin en EMSP, elle me dit qu'en croisant le chirurgien responsable, une trachéostomie serait encore envisagée. Je lui pose la question de savoir si cette intervention actuelle n'est pas suffisante pour garantir sa respiration, si le cancer peut la bloquer. Sur ce point, elle me répond que, le

cancer étant plus haut dans le larynx, cela ne boucherait pas la canule posée. Donc, je l'interroge sur pourquoi insister sur une intervention qui rendrait définitive la mutilation de la voix. Sans réponse est très embêtée, elle quitte la pièce.

Mardi 10 janvier, je discute avec l'infirmier de l'équipe mobile de soins palliatifs qui m'interpelle sur le cas, la fille de Monsieur Morpelet lui ayant écrit un mèl très angoissé, évoquant le manque de cohérence dans les actions proposées par les chirurgiens du service. Elle s'interroge sur la reprise au plus vite de la chimio, toujours pas allouée à un hôpital – d'abord il était question de la faire dans un premier lieu, maintenant dans un deuxième – cela rajoutait aux tensions d'une possible trachéostomie. Je propose d'accompagner l'infirmier dans son intervention car le fils et la fille seraient présents cette après-midi. Quand j'arrive dans le service d'ORL, j'apprends que l'infirmier est déjà en entretien avec la famille. J'attends sa sortie pour comprendre les enjeux. Son discours tenait en partie à que le patient et sa famille étaient trop angoissés et que de ce fait tout devenait un souci.

Je décide d'aller voir le patient et en arrivant au service d'ORL, je croise la cadre de santé qui en demande de discussion, se réfère au manque de cohérence des soins, le manque de son expérience en ORL, car elle est là depuis juillet 2011. Elle me dit aussi qu'elle constate que depuis son arrivée, le service de chirurgie en ORL est devenu un hôpital de jour, car ils appliquent dans le service les chimio. Cette stratégie est mise en cohérence avec une discussion que j'avais eue avec le chef du service la veille au soir, en quittant l'hôpital. Il me disait qu'il avait besoin de faire valoir l'accréditation pour la cancérologie dans l'hôpital, et que les interventions ORL étaient bien au-dessus du seuil attendu. En effet, cela rejoignait la question de tenir à une place reconnue, lorsque l'équipe de chirurgie viscérale, avec qui le service était partagé, augmentait son activité de bloc, sans pour autant faire un compromis avec les chirurgiens d'ORL. En gardant les patients en chimio thérapie dans les lits et en intervenant de façon massive, la survie du groupe des chirurgiens était garantie. La cadre a pu conclure que, prenant en compte le fait que l'intervention était déjà réalisée, les chirurgiens ont pu « façonner » le patient. Il valait peut-être mieux terminer l'intervention correctement en lui faisant la trachéostomie. En allant voir le patient, il me fait encore signe qu'il refuse de me voir. Je respecte son souhait et me sens soulagée de ne pas devoir le soutenir alors qu'autant d'informations me traversent.

En arrivant à la réunion d'équipe en EMSP le vendredi, 13 janvier, on discute du cas et le médecin, qui n'est pas passé dans ce service, croit que le patient a subi la trachéostomie le jeudi matin. A la fin de la réunion, je décide d'aller voir le patient, et en arrivant à l'office de ce service, j'apprends par les trois aides-soignantes qui y déjeunent que ce patient est décédé durant la nuit. J'apprends qu'il est décédé en réanimation, suite à une « fuite » par la canule posée le week-end d'avant, probablement un vaisseau sanguin étant atteint par le cancer. J'ai également appris qu'aucune nouvelle intervention ne lui avait été faite depuis le week-end. Le visage décomposé de l'aide-soignante me fait comprendre qu'elle aussi trouvait violente la mort qu'il avait subie. Elle me parle de son angoisse de mort et du dialogue entre eux. En l'écoutant, je formule que malgré tout ce qu'il a pu vivre dans ces dernières heures, cela pourrait être vu comme la meilleur chose qui pouvait lui arriver, car cela lui a évité de trainer à l'hôpital, entre de multiples interventions, des chimio et des rayons. Une des soignantes présentes, proche d'un des fils du patient, m'a informée aussi que la famille n'était toujours pas au courant, qu'ils n'avaient pas encore pu les joindre. Je me mets à disposition pour recevoir la famille et pars discuter avec la cadre. N'étant pas là, je repars vers mon équipe porter la nouvelle. La réaction de l'infirmier est immédiatement de prévenir la fille, qui sera sous le choc, étant toujours sous la logique du curatif. Le médecin interroge pourquoi ils l'ont descendu en réanimation pour sa fin de vie…
Situation de fin de vie de M Téssougué, en Médecine Interne entre décembre 2011 et mars 2012

Binôme de psychologues de l'EMSP en Médecine Interne le 10 février 2012 pour discuter avec l'équipe sur le patient qui posait problème pour ses soins. Extrêmement algique, ce patient malien, âgé de 57 ans était vécu comme objet persécuteur par l'équipe. C'était la deuxième fois qu'il séjournait dans le service, étant transféré de la MAS où il était logé.

La première hospitalisation a eu lieu entre le 28 novembre et le 19 décembre 2011, alors complètement décompensé, les médecins ne croyaient pas qu'il survivrait. Ayant subi un AVC, ce patient qui avait un problème cardiaque grave se trouvait hémiplégique du côté gauche, mais en difficulté de communication. Le 19 décembre, suite à l'amélioration de son état global, il était sorti vers la MAS, pour revenir dès le 27 janvier 2012. Cette deuxième hospitalisation considérée comme beaucoup moins grave que la première, attestait néanmoins la détérioration de son état.

D’un autre côté, le patient venu en France pour se faire soigner, était dans une perspective de guérison. Pour la famille, notamment la nièce, devenue sa tutrice pour tout ce qui concernait les documents administratifs, la fin de vie était taboue, empêchant ainsi une prise en charge pour sa douleur. La nièce s’opposait de façon véhémente à l’usage de la morphine, médicament sous lequel il restait plus ensuqué et endormi, sans conscience de la dégradation de l’état du patient. Très jeune, n’ayant pas plus que 25 ans, la charge de ce patient, au regard de sa famille, reposait sur elle. Ainsi, elle évitait toute discussion qui pouvait l’impliquer dans un passage du curatif au palliatif et renvoyait à l’équipe de médecine l’image de ne pas bien faire leur travail, de ne pas vouloir que M. Téssougué reste en vie. En effet, à travers son regard, elle comparait M. Téssougué à la MAS et au service de médecine, qui rendait un jugement vis-à-vis de la qualité du travail fourni pour son oncle. M. Téssougué, ainsi que sa nièce tenaient à qu’il continue à se faire soigner et qu’il puisse repartir au plus vite à la MAS.

L’objet de la persécution se centrait sur le vécu de ne pas pouvoir lui prodiguer des soins. Son refus de tout acte de soins, ainsi que des médicaments anti douleurs, empêchait des échanges entre patient et équipe soignante et le développement des stratégies relationnelles. D’autre part, les sons de cloche à chaque hospitalisation de ce patient le cantonnait dans un rôle de mort vivant, c’est-à-dire, que cela devenait insupportable pour l’équipe de continuer à faire des efforts curatifs pour un patient qui était tenu comme mourant. Prise entre deux discours, cette équipe n’arrivait plus à se voir comme le bon objet pour ce patient, et devenait agressive contre lui.

Privé d’une prise sur le relationnel, l’infirmier en EMSP se proposait de faire des toilettes avec les soignantes. Par ce soutien, et la présence tiers, les soignantes ont pu se sentir plus contenues, regagnant une posture moins défensive face au patient.

Ce jour du passage en binôme, l’infirmière (Carla) présentait ce patient comme étant dans le refus des morphiniques, mettant en difficulté leur travail de soignante. Face à ces difficultés l’infirmière le présentait comme un patient résistant avec qui une posture d’impatience et même d’opposition s’entendait dans le discours.

En discutant avec d'autres infirmières, notamment Géraldine, la cadre de proximité, Véronique, ainsi que l'interne responsable de ce patient, le rôle de mauvais objet ressenti par l'équipe est devenu plus clair. L'opposition MAS et médecine interne, ainsi que le conflit avec la nièce autour des médicaments et de l'alimentation de ce patient ont pu être exprimés. A ce moment, nous avons pu intervenir renommant le mauvais objet comme la gravité de l'état de santé de ce patient. Le fait d'être sollicitée à chaque fois que le patient ne va pas bien, semble avoir pu faire sens pour l'équipe, qui d'emblée a pu prendre de la distance avec l'impuissance ressentie vis-à-vis de cette prise en charge.

L'interne présente plus amplement les enjeux, notamment lors de sa dernière hospitalisation, quand l'équipe médicale croyait qu'il ne s'en sortirait pas. Cela a soulevé de la méfiance de la part de la nièce vis-à-vis de l'équipe. La décision de rencontrer la nièce pour pouvoir discuter avec elle du projet de répit en USP a été prise d'un commun accord entre médecins et soignantes.

Un premier conseil familial a été proposé, où la nièce a pu parler de sa difficulté d'entendre l'USP comme décision

Compte rendu de la rencontre entre association en soins palliatifs, l'EMSP et la MAS autour de la fin de vie de Mme Guigou

Présentes : l'équipe soignante de la MAS (AS, IDE, AMP), la cadre de santé, la Directrice, le médecin coordinateur, la psychologue et son stagiaire, moi, psychologue (EMSP) et Marie-Anne (IDE coordinatrice à l'association en soins palliatifs). Réunion (analyse de pratique) durée 1h30.

15h - On arrive et le dispositif de la réunion était déjà établi. Le médecin se précipite pour nous trouver des chaises dans le grand cercle où d'un côté se plaçaient la direction et l'encadrement et de l'autre les soignants. Les chaises sont placées à côté de la direction. La psychologue prend position en s'éloignant de la direction, en se rapprochant de l'infirmière coordinatrice de l'association en soins palliatifs.
Thématiques soulevées dans cette discussion :

Incohérence dans la prise en charge de Mme Guigou, notamment en ce qui concernait son hydratation, son alimentation, le traitement de son encombrement. Ce qui ressortait de plusieurs AS et AMP était la notion de l'avoir « laissée mourir », de transgresser les décisions prises par le médecin car se trouvant en interrogation éthique sur ceux-ci. Finalement, de ne pas trouver la cohérence avec la décision d'arrêter « l'acharnement thérapeutique ».

Intervention du médecin, de la directrice mais aussi de l'infirmier dans l'explication des gestes d'agonie et l'angoisse que cela peut susciter au regard de la famille et des soignants.

L'infirmière de l'association en soins palliatifs a pu éclairer à plusieurs moments les soins de confort autour de la phase d'agonie, tout en valorisant les actes/ soins qui promouvraient les petits plaisirs, la dignité de la patiente : épilation ; sucré, mais aussi salé ; donner à boire…

Les notions d'arrêter l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie étant indifférenciées, parfois confuses, dans les discours des différents professionnels. Cela a été révélateur du débordement affectif ressenti pendant la discussion. Cette différenciation entre l'acharnement et l'euthanasie étant abordée indirectement par les éclairages proposés par l'IDE coordinatrice de l'association en soins palliatifs pendant la réunion.

Analyse de la dynamique institutionnelle entre la prise de décision et la discussion dans les collectifs de travail :

Comment la prise de décision était faite ? Qui a participé ? Comment cela a pu être élaboré au sein des équipes ? Quel est le rôle de l'encadrement de soins et de la psychologue dans cette démarche ?

Clivage entre les décideurs et les exécutants au lieu d'un partenariat : Est-ce que la revendication des soignants est vécue par l'encadrement et la direction comme une demande déplacée dans la chaîne décisionnelle ? La décision médicale d'arrêter tout acharnement thérapeutique sans élaborer avec les soignants un étayage des gestes / conduites à tenir nous y font penser. Avoir signifié aux soignants qu'ils ne sont pas tenus pour responsables dans la prise de décision auprès du SAMU face à la décision de réanimation d'un résident nous semblait être chargé d'autre signification que d'une limite de rôle.

La colère était assez présente parmi les soignants pendant la discussion et était révélatrice d'une dépossession de leur place face à la prise en charge des résidents. La quête de la reconnaissance de leurs soucis étant revendiquée à plusieurs niveaux.

La psychologue en EMSP a pu intervenir proposant que chaque catégorie professionnelle soit confrontée à des tâches différentes à réaliser au regard de la fin de vie. Le débat dans le collectif élargi étant clef pour ajuster la cohérence de l'ensemble de l'accompagnement de la

fin de vie. La discussion sur la colère ressentie par l'équipe dans l'incohérence de l'accompagnement est amorcée, mais elle propose de même qu'« en vouloir » aux autres serait une façon de ne pas prendre part à la prise en charge collectivement décidée.

La notion d'élaboration collective plusieurs fois par jour en présence de l'encadrement, de la psychologue, ou des ateliers thématiques nous interroge sur le besoin de maîtrise de la direction au regard de la réflexion des équipes.

Psychologue en EMSP a pu reconnaitre l'équipe dans sa démarche réflexive, la qualité des questions donnait à voir comment les soignantes voulaient participer et développer du bon travail ensemble.

Logo partenaire

Maria Helena GUERRA GOMES-PEREIRA

Logo partenaire

Reconnaissance et usages de soi au travail : les soignantes face à des activités liées à la mort dans des contextes hospitaliers

Résumé

Cette recherche vise à étudier les processus de transformation du « sale boulot » en « bel ouvrage » et ce en privilégiant la problématique de la reconnaissance de soi au travail, entendue comme résultant d'une tension entre les « usages de soi ». La division morale du travail à l'hôpital ordonne les tâches, mais aussi les métiers autour d'une répartition clivant les activités au service de la vie et les activités au service de l'épuration des traces de la mort. L'investigation part de la notion de « sale boulot » et analyse les traces de cette division morale et psychologique du travail, ici celles qui se réfèrent à des activités de confrontation à la mortLe cadre théorique retenu articule l'éclairage anthropologique et historique du traitement de la mort dans la société et dans l'hôpital, le concept de négatif psychosocial comme analyseur de la hiérarchisation morale du travail et la reconnaissance de soi, discutée par les théories de la clinique du travail. Ici, l'activité est l'unité d'analyse fondamentale et le collectif de travail est conceptualisé comme espace transitionnel où les usages de soi sont dialectalisés. Les activités analysées et comparées sont les Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) et les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) dans une unité de gynécologie ainsi que celles d'accompagnement de la fin de vie en équipe mobile de soins palliatifs. La méthodologie s'inscrit dans la tradition de la recherche action et s'appuie sur l'observation-participante et la conduite d'entretiens semi-structurés auprès de soignants et de leur encadrement. Les résultats de cette recherche sont présentés selon trois axes : la hiérarchisation morale des unités, des professionnels et des activités est articulée aux stratégies défensives collectives, aux idéologies de métier: elles contribuent à la définition et à la délégation du « sale boulot » dans l'organisation du travail. Le deuxième axe présente les différentes configurations groupales en fonction de la sollicitation d'affects archaïques dans les activités, liant ou déliant les collectifs de travail. Des stratégies de dégagement ont été identifiées : elles ouvrent la voie à la construction des trames symboliques qui permettent de domestiquer les résonances fantasmatiques de la confrontation avec « l'objet » de travail, la mort et ses équivalents symboliques, la maladie, la vieillesse, la déficience, la perte, le manque ... La capacité d'instituer de nouvelles normes et de se reconnaître dans son travail puise dans des configurations collectives fondées sur des règles partagées. Dans les cas de défaillances du collectif de travail, le recours aux ressources trans-individuelles permet de subvertir le négatif en travail estimable : elles renvoient au travail de civilisation, dans ses différentes dimensions

Mots clefs : activités liées à la mort, sale boulot, bel ouvrage, collectifs de travail, usages de soi, Kulturarbeit

Résumé en anglais

This research aims at studying the process of “dirty work” transformation into “commendable work”. This was done by highlighting self-recognition at work, understood as the result of self-agency tensions. Work moral division at the hospital organizes tasks as well as careers through the separation of life-preserving related activities from death-reminiscence related ones. The research focuses on the notion of “dirty work” and analyzes, through death-related activities, work’s moral and psychological division. The theoretical framework used articulates anthropological and historical views on how modern society and thereby, the hospital deals with death; intertwining theories derived from “critical organizational psychology” with the concept of psychosocial-negative, analyzer of both work’s moral hierarchy and self-recognition. Herein, activity is the fundamental unit of analysis and the “teamwork arrangements” are conceptualized as transitional space for the emergence of self-agency dialectics. The activities analyzed and compared are medical termination of pregnancy, abortion at the gynecological unit and accompanying the dying at the palliative care mobile team. The method subscribes to the action-research tradition, whereby participant-observation and semi-structured interviews with healthcare workers as well as chief-nurses were used. The results of this research are presented under three main axes: Firstly, the moral hierarchization of the medical units, of the professions and of the activities is articulated to the collective defense strategies as well as to professional ideology, which contribute to the definition and to the banishment of “dirty work”, thus structuring the organization of work itself. Secondly, the different group configurations are a function of archaic affects emerging from dealing with death-related activities. These may involve, but also encumber healthcare professionals, thus disorganizing the “teamwork arrangements”. Strategies to disengage were identified: they open up to symbolic resources which allow restraining fantasmatic resonance induced by the confrontation of the object of their work, i.e. death, and its symbolic equivalents, disease, old-age, deficiency, loss… Moreover, the capacity to institute new norms and to recognize oneself while working has its bearing on collective configuration founded upon shared norms. Finally, should “teamwork arrangements” fail to be created, trans-individual resources are called upon to subvert negative into estimable work, based on the different dimensions of “Civilization work”.

Key words: death-related activities, “dirty work”, “commendable work”, collective work arrangements, self-agency, Kulturarbeit.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES