

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie
= Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 18 (1992)

Heft: 2

Artikel: Identité mythique, règles du jeu et création charismatique : les unités de dialyse rénale revisitées

Autor: Kutty, Olgierd

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-814521>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

IDENTITÉ MYTHIQUE, RÈGLES DU JEU ET CRÉATION CHARISMATIQUE*

Les unités de dialyse rénale revisitées

Olgierd Kutry

Faculté d'Economie, de Gestion et de Sciences Sociales
Département des Sciences Sociales, Université de Liège

La question soulevée dans cet article porte sur les conditions de l'action collective dans le cadre hospitalier. Une des interrogations centrales aujourd'hui est celle de la gestion du collectif : comment s'agencent les jeux des individus, comment se construisent les représentations de la situation, comment s'élaborent les valeurs ? Nous organiserons notre réflexion autour de ce thème central en recherchant les points d'articulation entre une analyse stratégique et une analyse culturelle. Cette nécessité, déjà diagnostiquée en 1977 par Crozier et Friedberg (1977, 167–191), reste toujours d'actualité. Ces dernières années, des travaux importants ont exploré certaines voies pour une approche plus affinée du concept de culture et ont proposé, en liaison avec le concept de capacité culturelle, de nouvelles hypothèses sur les identités collectives, sur les communautés pertinentes d'action ou la communauté de projet.

Nous nous proposons de confronter ces perspectives théoriques nouvelles avec une recherche empirique que nous avons menée il y a une vingtaine d'années et portant sur des unités de rein artificiel. L'intérêt de reprendre ces données apparaît dans le fait que dans nos articles de l'époque (Kutry, 1975 et 1977), nous nous étions limité à une analyse stratégique. Dans la suite, Crozier et Friedberg (1977, 234–238) en avaient proposé, dans l'Acteur et le Système, une interprétation qui liait l'analyse stratégique à une analyse culturelle.

Le plan que nous adopterons sera le suivant : nous rappellerons nos données empiriques à travers une présentation volontairement limitée aux principes de l'analyse stratégique stricto sensu; nous présenterons ensuite les bases de notre

* Je tiens à remercier Michel Crozier, Erhard Friedberg, François Pavé, Renaud Sainsaulieu, Denis Segrestin, Pierre Tripiet et Didier Vrancken pour leur lecture critique et pour leur discussion des hypothèses présentées ici. Je veux également remercier Isabelle Baszanger, Olivier Dembinski et François Pichault pour leurs commentaires sur la version finale. Cet article a d'abord été présenté au Département de Sociologie de l'Université de Genève en juin 1991.

analyse culturelle avec les concepts de capacité culturelle, d'identité mythique et d'identité collective; et enfin nous verrons comment s'agencent ces différents niveaux culturels tout au long des trois phases de l'histoire de l'unité de Vendôme. Ajoutons que notre matériel empirique reste celui qui a été rassemblé à l'époque de la thèse et que nous n'avons pas procédé à de nouvelles interviews.

Clôtons cette introduction en rappelant les temps forts de cette unité rénale. Vendôme est une unité hospitalière parisienne créée, en octobre 1966, par cinq jeunes médecins de la mi-trentaine et avec une infirmière à peine plus âgée. Ils sont porteurs d'un programme charismatique : ils veulent une médecine égalitaire faite de collégialité entre eux et avec les infirmières ainsi que de participation avec les malades. Ils conquerront une assez grande autonomie dans le service, même si des tensions apparaîtront rapidement avec les agrégés. Par contre, le professeur les soutiendra. Ils rencontreront des problèmes inattendus avec les malades : ceux-ci auront des comportements que les médecins qualifieront de régressifs (impuissance sexuelle, non-respect du régime, insomnie, ...) et sembleront s'adapter assez mal au traitement. Des rivalités se développeront entre eux dans l'unité. L'unité prendra une allure assez hiérarchisée, c'est-à-dire qu'un des médecins, le Dr. Libon, dominera ses collègues et ce, en étroite coopération avec l'infirmière, Mlle Rodier. Ils décideront alors, en décembre 1967, d'entreprendre une psychothérapie de groupe avec un psychanalyste et restructureront leurs relations. D'abord entre eux : ils se spécialiseront chacun dans des directions différentes et la structure de l'unité se redessinera sur un mode plus horizontal, davantage conforme à leurs principes de départ; ensuite avec les malades qui manifesteront des comportements qu'ils jugeront moins régressifs.

1. L'analyse stratégique de l'unité de Vendôme

La création (octobre 1966 à mars 1967)

Dans ce point consacré au démarrage de l'unité, nous distinguerons deux systèmes de relations stratégiques : les rapports des médecins de l'unité avec leurs confrères du service et les relations à l'intérieur de l'unité.

Comment se présentent tout d'abord les rapports entre les cinq jeunes assistants et le service ? L'analyse stratégique permet de comprendre qu'avec leur volonté d'une médecine collégiale, participationniste et égalitaire, ce sont de *nouvelles règles du jeu* qu'ils veulent établir dans le service. Cette innovation structurelle n'est possible que parce qu'ils contrôlent deux incertitudes majeures. La première incertitude est liée à la naissance d'une nouvelle discipline : la néphrologie.

Cette nouvelle spécialisation s'autonomise de la médecine interne et ouvre de brillantes perspectives en postes d'assistants et d'agrégés ainsi qu'en moyens de recherche. La condition d'obtention de ce nouveau pactole pour un service est d'avoir une unité de dialyse et c'est la première incertitude que maîtrisent les cinq jeunes assistants. Et plus particulièrement Libon qui revient d'un séjour de formation de deux ans aux Etats-Unis. La seconde situation d'incertitude tient au fait que les procédures de nomination des jeunes assistants à des postes d'agrégés sont suspendues à Paris et ce, en raison de certains scandales qui ont eu lieu dans le recrutement des agrégés lors des années immédiatement antérieures. L'incertitude de promotion, traditionnellement contrôlée par le chef de service, est moins pertinente et les relations professeur-assistant sont alors distendues¹ dans la mesure où règne un flou sur la procédure qui sera retenue à l'avenir.

L'analyse stratégique rend bien compte du fait que les cinq jeunes médecins vont profiter de cette double incertitude pour faire avancer leur stratégie charismatique créatrice d'un nouveau système social. Ils s'opposeront aux règles du jeu en vigueur dans le service, règles du jeu dont un aspect central est axé sur une structure mandarinale et hiérarchique qui voit les jeunes assistants placés sous la tutelle des agrégés, les fonds de recherche obtenus par les assistants partiellement redistribués vers différents secteurs du service ou encore les infirmières dépendre étroitement de l'autorité de la surveillante.

C'est ainsi que les cinq médecins obtiendront du professeur l'autonomie de fonctionnement de l'unité, qu'il s'agisse du choix des malades à dialyser, de la totalité des moyens financiers qu'ils garderont sans redistribution ou encore de l'autonomie administrative qu'ils obtiendront pour leur infirmière. Cette autonomie apparaîtra tout particulièrement – et c'est un fait assez exceptionnel – dans le fait qu'affectés à différents postes d'assistants dans le service et les services amis du même hôpital, ils aient *décidé, de leur propre initiative, de travailler ensemble* et de redéfinir eux-mêmes une partie de leurs tâches. Cette autonomie apparaîtra aussi dans le fait que le chef de service acceptera que,

1 Touraine (1969) et Bourdieu (1984) ont insisté sur l'accroissement d'effectifs d'assistants en Faculté de médecine dans les années 60. Le premier a développé l'idée d'un conflit de classes nouveau entre jeunes professionnels face à la technocratie, le second a souligné l'existence d'une stratégie de reclassement de jeunes universitaires affrontant une dévaluation de leurs titres face à un accroissement morphologique du nombre des diplômes. Dans cette dernière perspective, Voisin (1977) a montré la création de communautés utopiques comme cas particulier de cette stratégie de reclassement et d'une certaine manière, ce projet de création d'une nouvelle unité médicale participe de ce mouvement communautaire. Face à ces analyses macrosociologiques globales donnant peu d'indications sur les stratégies plus fines déployées dans la pluralité des systèmes d'action concrets, il est intéressant de partir des hypothèses plus organisationnelles ouvertes par Gremion (1976) qui lui aussi analyse le climat d'innovation des années 60.

durant près d'un an, ils ne rendent pas compte de leurs travaux aux réunions scientifiques hebdomadaires du service ! De là viendra la remarque acide : «La forteresse des incapables» que leur adresseront certains agrégés, extrêmement agressifs à l'égard de ces jeunes (qui ont 35 ans !) qui leur prennent une dizaine de lits pour y installer l'unité.

La «régression» des malades (mars à décembre 1967)

En second lieu, en ce qui concerne les relations à l'intérieur de l'unité, l'analyse stratégique peut expliquer une surprise. Les médecins veulent une structure égalitaire et se créent, au contraire, une structure verticale et bicéphale. En effet, le pouvoir sera partagé par Libon et Rodier. Quel est le fondement de ces règles du jeu assez surprenantes ? D'abord, elles renvoient aux atouts que possèdent Libon et Rodier pour contrôler la zone d'incertitude technique de l'unité : ils maîtrisent la dialyse. Mais c'est insuffisant et c'est ici qu'il faut introduire les relations avec les malades. Ceux-ci vivent mal le traitement et sa dépendance, ils sont anxieux à propos de leur évolution future. En outre, le climat de dramatisation des premiers mois de dialyse et l'atmosphère non moins dramatique des premières binéphrectomies (ablation des deux reins) chez les premiers malades, réalité sur laquelle nous devons revenir, tout cela favorisera la prise de pouvoir par ceux qui paraissent les plus à même de contrôler psychologiquement les malades : Libon et Rodier. Enfin, Libon maîtrise une troisième incertitude de par sa relation privilégiée avec le chef de service qui l'avait envoyé deux ans aux Etats-Unis et lui avait confié personnellement l'unité.²

Ceci suggère qu'une structure plus hiérarchisée se profile clandestinement sous le couvert d'un climat d'échanges très soutenus : «Je les appelais les Siamois. Quand j'en appelais un, ils venaient tous», disait l'infirmière à cette époque. «On discutait sur toutes les décisions à prendre», ajoutent les médecins. Bref étaient en place des *règles du jeu* faites d'une très forte implication des médecins, de rivalités consécutives, d'une hiérarchie bicéphale et d'une dramatisation.³

2 Ce qui nous faisait dire qu'il existait un paradigme de négociation avec un double caractère : ce paradigme définissait les négociations internes, mais il était également imposé dans le cadre d'une contrainte reflétant les atouts de Libon (Kutry, 1977).

3 Ce décalage entre les valeurs égalitaires et la réalité des rapports ne doit pas surprendre : ce management participatif avant la lettre est mieux connu aujourd'hui dans ses dimensions autoritaires et son culte du chef, cf. Tixier (1988).

La seconde année (1968)

Après la psychothérapie de groupe de l'hiver 1967–68, les nouvelles règles du jeu seront fondées sur une *spécialisation* accrue de chacun des médecins dans son domaine : à Libon, la conduite de l'unité rénale et de la transplantation future; aux autres médecins, la direction d'une unité de médecine isotopique, d'un programme de recherche en hémodynamique, etc.

On peut interpréter cette stratégie de moindre implication collective dans l'espace de la seule unité rénale en liaison avec l'évolution des zones d'incertitude. Avec la routinisation de la dialyse (troisième trimestre de 1967), les médecins maîtrisent la technique d'épuration extrarénale et Libon n'est plus seul à la contrôler. Par ailleurs, la dialyse va très vite devenir une routine : ce qui veut dire, d'une part, un affaiblissement des intérêts intellectuels de Libon (ce qui va également expliquer son orientation vers la transplantation) mais aussi, d'autre part, la possibilité d'entreprendre des recherches scientifiques sur la condition du dialysé. Et là, les autres médecins, plus intéressés par la recherche que ne l'est Libon, maîtrisent une zone d'incertitude propre. Cette stratégie de spécialisation se nourrit encore d'un autre fait. C'est la réouverture des promotions au rang d'agrégés. Tout comme la suspension des nominations avait favorisé une stratégie de collégialité, le retour des promotions pourrait conduire à des stratégies plus individualistes de renforcement de son dossier scientifique.

2. Axes pour une analyse culturelle

Nous nous limiterons ici aux travaux de Crozier et Friedberg, de Jean-Daniel Reynaud, de Renaud Sainsaulieu, d'Emmanuèle Reynaud et de Denis Segrestin⁴ qui nous offrent des outils de compréhension des phénomènes culturels à l'oeuvre dans les organisations. Commençons par Crozier et Friedberg qui ont pour nous l'avantage de s'être directement penchés sur nos données. Ils introduisent le concept de *capacité culturelle*, concept global à l'intérieur duquel ils distinguent trois niveaux : «les capacités cognitives, les capacités relationnelles et les modèles de gouvernement» (Crozier et Friedberg, 1977, 332). Le concept de modèle de gouvernement leur est particulièrement utile lorsqu'ils réanalysent les quatre unités rénales que nous avons observées. C'est notamment au nom de ce concept que l'on peut distinguer deux types d'unités (Kuty, 1975; Crozier et Friedberg, 1977, 234 pp.). Nous avons d'un côté deux unités (dont Vendôme), caractérisées par une structure assez horizontale, c'est-à-dire avec peu de

4 Nous avons eu connaissance trop tard des ouvrages de Dubar (1991) et de Demailly (1991) pour pouvoir les prendre en considération ici.

différenciation entre les rôles professionnels, avec un même profil de malade et avec une implication des familles; de l'autre, nous avons deux unités à structure plus verticale, c'est-à-dire avec une hiérarchisation de multiples rôles professionnels, avec une pluralité de trajectoires pour les malades et une moindre implication pour les familles. Cette différence fait ressortir, dans le premier cas, l'importance de la sélection des malades greffables et le lien consécutif existant entre un système fermé (c'est-à-dire sélectif) et un modèle de gouvernement démocratique, reposant sur une communication assez fluide, face à un système ouvert (et non sélectif) lié à un modèle de gouvernement «autoritaire», contrôlant fortement la communication.

Mais ce concept de modèle de gouvernement est surtout utile si l'on compare les deux unités à structure horizontale car Crozier et Friedberg montrent qu'il était lié à des choix fort différents.⁵

Cette distinction ouvre alors la voie à une question : si effectivement l'objectif de performance est essentiel pour comprendre Vendôme, *comment expliquer le choix de cet objectif* ? C'est à un approfondissement de la culture des acteurs que nous sommes alors invités. Ce qu'il faut intégrer à l'analyse, c'est l'analyse des valeurs telle qu'elle a été reformulée par les enseignements de la sociologie des organisations et de l'analyse stratégique. Il faut écarter une compréhension des valeurs comme objet symbolique d'origine sociétale, transversal à toutes les institutions (Kuty, 1991), car dans cette perspective, les valeurs étant «contradictoires et floues» (Crozier et Friedberg, 1977), elles n'expliquent pas les choix réels des acteurs. Elles sont à découvrir dans les situations concrètes des systèmes d'action, sans aller toutefois jusqu'à rejoindre Boudon et Bourricaud

5 «Les deux objectifs ou, plutôt, les deux raisons du *choix* sont difficiles à distinguer, mais l'analyse effectuée par Kutty montre qu'au départ des choix d'un des services, le souci de coopération démocratique et d'esprit d'équipe est prédominant alors que, dans l'autre, c'est le souci de la performance à réaliser : «On voit donc que, dans cet ensemble à plusieurs entrées : système d'action, technologie, performances, mode de gouvernement ou régulation à différents niveaux, plusieurs combinaisons sont possibles. On peut choisir le système d'action pour obtenir la performance ou choisir la performance en fonction de la contrainte du système d'action ...» (Crozier et Friedberg, 1977, p. 237).

C'est ce qui semble se vérifier. Vendôme avait choisi un modèle de gouvernement démocratique en fonction de ses objectifs de performance : c'était une unité créée en 1966 et le service en attendait des transplantations. Blèves, l'unité horizontale belge, avait choisi en 1968 un même mode de gouvernement démocratique pour des raisons différentes. Ils avaient préféré privilégier un climat d'échanges et de discussions avec les infirmières et les malades, indépendamment d'un objectif de performance analogue à celui de Vendôme. En effet, il n'y avait aucun objectif de transplantation à horizon rapproché car le chirurgien envoyé en formation aux Etats-Unis ne devait pas revenir dans l'immédiat. Et en outre, les trois jeunes médecins en charge de l'unité ne l'avaient pas créée : ils avaient hérité, fin 1967, d'une unité qui tournait et n'avaient aucune angoisse de création. En décidant de supprimer les anxiolytiques qui provoquaient la somnolence des malades durant la dialyse, ils les faisaient entrer dans un climat d'échanges.

(1982, 604) lorsqu'ils écrivent : «En caractérisant l'évaluation comme un processus qui consiste pour un individu pourvu de certains attributs à établir des préférences entre des états différents d'un système social, on est amené à en donner une vue à la fois pluraliste, combinatoire, et à la limite stratégique». C'est l'idée de *légitimité culturelle* que nous voulons traiter, idée qui réintroduit, au sein des microcultures organisationnelles, le poids de l'histoire et du passé (Caillé, 1981, 274), des conflits d'hier et d'aujourd'hui, de la permanence d'un acteur qui entend durer à travers les négociations (Kuty, 1990, 497–498). Nous voulons comprendre les interrelations entre ces microcultures organisationnelles et les modèles de gouvernement.

Nous pouvons maintenant préciser la trame conceptuelle qui ressortira du réexamen de nos données. Tout d'abord, nous confirmerons la pertinence d'un *modèle de gouvernement* démocratique pour rendre compte des traits structurels centraux de Vendôme. Ensuite, nous verrons que ce modèle de gouvernement démocratique doit gérer des situations successives très différentes. C'est avec les analyses de Sainsaulieu sur les *identités collectives* que nous approfondirons cette voie. Enfin, nous montrerons l'utilité d'un troisième niveau culturel que nous appellerons *identité mythique* : c'est la représentation d'eux-mêmes dont se dotent les médecins pour définir leur communauté de projet et qui vient donner un sens à leurs objectifs. Cette identité inscrit le projet dans la continuité. C'est le passé et l'avenir qui sont reliés (Rémy, 1992, 110), mais il s'agit d'une liaison qui, comme on va le voir, est constamment retravaillée en fonction de l'évolution des règles du jeu.

3. L'analyse stratégique et l'analyse culturelle complémentaires

La création (octobre 1966 à mars 1967)

L'identité mythique : une communauté de sauveurs

L'objectif de ce point est de cerner l'identité mythique que se donnent les médecins et qui va contribuer à redéfinir les zones d'incertitude de l'unité. Quel est le projet de médecine que l'équipe se donne ? D'emblée, ils se posent comme les *sauveurs* du service : «Quand on est arrivé ici, c'était la médecine de 1940 ! Il n'y avait pas d'équipement moderne, pas de diététique, pas de médecine scientifique !». Ce sont eux qui vont relever le défi de la réputation scientifique du service, qui vont surmonter la débâcle de 1940. Cette dimension salvatrice est essentielle : elle va leur donner un statut de toute-puissance après ce que les psychanalystes considèrent comme étant un «meurtre du père» (Enriquez, 1983, 33–38) qu'ils accomplissent lorsqu'ils dénoncent le caractère rétrograde du service. Mais il y a plus : ils déclarent «*rechercher la difficulté*» et

le second trait de leur identité, ce sera l'audace de leurs choix. C'est déjà difficile de créer une unité et d'y adjoindre un programme de recherche scientifique sur les malades rénaux. Mais ils veulent multiplier les défis, les risques. C'est ainsi qu'ils décident de recruter préférentiellement des malades ayant une hypertension maligne, ce qui à l'époque était presque une contre-indication. Ils décident aussi d'être le centre de la «fistule». Ce terme renvoie au type d'abord artérioveineux pour le branchage sur la machine. Dans les autres centres récemment créés à Paris, cet abord était un shunt. «La fistule, c'est difficile. Nous serons donc le centre de la fistule». Ils envisagent aussi de binéphrectomiser leurs malades, c'est-à-dire de leur enlever leurs deux reins. A l'époque, cela se pratiquait peu car on n'avait pas une bonne connaissance des conséquences négatives de cette ablation. Chaque fois, le poids de Libon dans la recherche des solutions est déterminant.⁶

Leur troisième trait identitaire, ce sera la méthode qu'ils vont se donner : ils veulent tout décider ensemble et échanger sur tout. Ce seront les «Siamois». En fait, c'est une *communauté fraternelle* (Weber, 1971) qu'ils instaurent pour apporter le salut au service. Et c'est bien une communauté fraternelle qui est nécessaire pour supporter les chocs de leurs autres décisions. En effet, sur le plan des relations avec le malade, on les voit l'informer assez rapidement de sa condition irréversible alors qu'ailleurs on laisse le temps jouer pour que le malade arrive après quelques mois à se rendre compte par lui-même qu'il ne récupérera plus sa fonction rénale. Plus encore, ils pratiquent une politique de sélection des malades. Non seulement ils choisissent ceux (ayant moins de 45 ans) dont l'état général est le plus apte à recevoir une greffe, mais qui, en outre, psychologiquement, leur paraissent les plus aptes à supporter le traitement.

Tels sont les trois traits majeurs de leur identité mythique. Il apparaît clairement qu'elle contribue à *redéfinir les incertitudes*. Les zones d'incertitude ne sont pas des données objectives : elles sont aussi des construits culturels que les acteurs élaborent (Crozier et Friedberg, 1977, 21 et 243). Mais d'où vient cette identité mythique ? Voyons comment elle s'est constituée progressivement à partir de différents fragments d'identités antérieures qu'ils vont mobiliser dans leur passé pour se donner la force d'aller de l'avant (Durkheim, 1912). «Tous les cinq, nous n'étions pas des médecins 'Algérie Française'. Nous étions plutôt ce qu'on peut dire des 'médecins de gauche', à l'encontre de la tradition dominante du monde des internes de Paris». D'ailleurs, durant son service militaire en Algérie, Libon refusera d'être affecté dans un hôpital, comme son statut d'interne des hôpitaux de Paris lui en donnait le droit et réclamera d'être médecin de douar, dans le bled algérien. Après sa démobilisation,

6 Ce qui renvoie à notre analyse précédente sur l'imposition d'un paradigme de négociation (Kutry, 1977).

il demandera un congé de six mois pour faire le tour de l'U. R. S. S. hors des circuits balisés par les agences officielles, et pour y découvrir la médecine socialiste. Deux des autres médecins sont juifs. Braun vient d'une vieille famille juive d'origine alsacienne et appartient au monde bancaire. Simon est d'origine séfarade et vient d'une famille plus modeste d'Afrique du Nord. Tous deux sont en psychanalyse. Durant leur internat, ces cinq médecins ont été très proches des infirmières, et particulièrement soucieux de les former. Ils ont fait des cours en salle. Ils ont une même attitude d'enseignement avec les étudiants : «Quand j'examinais un malade devant les étudiants, je m'asseyais sur le lit pour ne pas être debout et inhiber le malade. Je leur apprenais cela» (Braun). Il y a enfin Rodier dont la vocation d'infirmière est tout aussi notable : passionnée par ce métier, elle devra attendre d'avoir 35 ans pour être sûre de disposer des moyens financiers pour commencer ses études. Refus de la colonisation, positionnement politique proche, psychanalyse, origine juive, proximité avec les infirmières et les étudiants en médecine, souci de formation des catégories subordonnées : tels sont les fragments de leurs identités collectives antérieures qui vont faire l'objet d'un premier arrangement en 1966 à partir de l'opportunité que leur offrent les règles du jeu du service.⁷

Une microculture de la négociation

Nous voyons se constituer progressivement une identité mythique qui va mobiliser dans les profondeurs de leur inconscient la représentation psychique très forte d'une communauté fraternelle. Et celle-ci est en harmonie avec un modèle de gouvernement démocratique. Mais ceci n'est pas suffisant pour comprendre le style particulier que va prendre ce modèle face à la grande zone d'incertitude des six premiers mois et qui est la maîtrise des techniques de la dialyse. Pour cerner ce style relationnel, il nous paraît utile de partir de la conceptualisation de Sainsaulieu (1987, 173–177), et nous pensons qu'il faut voir dans les deux identités collectives que Sainsaulieu appelle la culture de la négociation et la culture affinitaire deux modalités du modèle de gouvernement démocratique de Crozier et Friedberg. Nous faisons l'hypothèse que la microculture de la

7 Il faudrait avoir davantage d'informations sur la manière dont les médecins vont organiser des attitudes très contradictoires. Le chef de service envoie Libon aux Etats-Unis pour s'y former durant deux ans mais celui-ci, à son retour, décide de travailler en équipe. Ensuite, s'ils marquent leurs réticences à l'égard du niveau scientifique du service, ils sont, en même temps, très admiratifs à l'égard de la personnalité qu'ils jugent exceptionnelle de leur chef de service. Le choix de malades hypertendus (ils auraient pu prendre d'autres malades) est tout aussi révélateur d'une rivalité : ce sont des malades qui relèvent de la spécialisation du chef de service dont par ailleurs ils relèvent les limites. Que dire enfin de la sélection ? N'est-elle pas contraire à leurs principes de «gauche» ? Et en outre, le niveau social des premiers malades est assez élevé, hormis le tout premier, qui était un ouvrier.

négociation s'apparente assez bien au style relationnel de la communauté fraternelle de Vendôme.⁸ Pour Sainsaulieu, cette identité particulière est caractérisée par une acceptation des différences, par les discussions et la valorisation des compétences professionnelles.⁹ Le comportement «siamois», le débat permanent de Vendôme, la valorisation des compétences comme la clinique et la recherche, tout cela paraît relever de ce type identitaire. En outre, Sainsaulieu (1987, 186 et 191) observe qu'une telle identité est particulièrement propice au développement des coalitions nouvelles et illégitimes et est assez susceptible, dans certains cas, de fonder «des comportements stratégiques, des capacités d'entrer facilement sur une série d'oppositions où il s'agit de jouer serré dans ses relations pour conquérir des alliés, établir des coalitions ou soutenir le choc des affrontements». Ces remarques évoquent clairement la problématique de la «forteresse des incapables».¹⁰

L'inattendu : les réactions des malades (mars à décembre 1967)

Après quelques mois de fonctionnement, les médecins doivent affronter une nouvelle incertitude : c'est l'adaptation des malades au traitement qui pose le plus gros problème. Que se passe-t-il ? Les binéphrectomies se passent très mal. Le premier malade, l'architecte Jordan, réagit très mal dès la première nuit qui suit l'intervention : il est frappé d'une hémorragie interne due à un ulcère de contrainte. Les médecins y voient la prédominance de raisons psychosomatiques. Le second malade hésite alors à se faire binéphrectomiser : il tarde et est frappé d'une hémorragie cérébrale. Le troisième, Bonnier, ne supporte pas non plus l'idée d'une telle ablation. Il hésite, repousse l'idée de cette intervention,

8 Par contre, il nous semble que c'est l'*identité affinitaire* qui caractérise Blèves, l'unité belge qui relève d'un même modèle de gouvernement démocratique. Nous avons vu que ses médecins n'ont connu ni l'angoisse de la création de l'unité ni celle des transplantations, qui ne sont pas encore à l'ordre du jour. Ils ont hérité d'une unité qui tourne bien ainsi que d'une équipe d'infirmières et de techniciennes parfaitement drillées, très satisfaites de leurs conditions de travail et de leur promotion dans une unité de soins intensifs. Ces jeunes femmes qui maîtrisent bien les réactions des malades sur dialyse vont conquérir une énorme marge de manoeuvre : elles vont mettre les médecins en rivalité et ce avec la complicité des malades ! Notre hypothèse est que c'est ce modèle affinitaire du personnel paramédical qui va déteindre sur les jeunes médecins pendant près d'une année.

9 Sainsaulieu (1987, pp. 173–174) précise : «Cette culture est marquée par la négociation et l'acceptation des différences, ... par la grande richesse affective et cognitive des relations interpersonnelles, par l'importance de la vie collective de type démocratique, c'est-à-dire acceptant le débat productif entre majorité et minorité, par un refus net de toute autorité imposée, et enfin par le choix des leaders, ou chefs élus, pour leur aptitude à faire s'exprimer et à faire vivre des groupes démocratiques. Cette culture valorise la solidarité mais aussi la différence et l'expérience du groupe. Le métier sous toutes ses formes est au sommet de l'échelle des valeurs».

10 Contrairement à notre interprétation, Erhard Friedberg est frappé par l'importance des traits fusionnels dès 1966.

puis finit par accepter une date d'hospitalisation. La veille de son entrée en chirurgie, il meurt chez lui, inopinément. La dialyse quotidienne pose des problèmes analogues. Pourquoi est-ce si difficile de piquer les fistules des malades pour les brancher sur les machines ? Certes, chaque branchage est douloureux pour le malade. Mais pourquoi Simon et Braun ratent-ils leurs branchages et doivent céder la place à Libon qui, lui, les réussit tous ?

La nouvelle identité mythique : la communauté charismatique totale

La zone d'incertitude s'est donc déplacée : la clé de la réussite passe par l'adaptation du malade à son traitement. Ou, plus précisément, par l'établissement de la légitimité d'un tel traitement. En effet, comment les règles traditionnelles de la légitimité du pouvoir médical pourraient-elles être d'application dans une situation où la guérison n'est plus au bout du traitement ? Comment obtenir l'adhésion du malade à sa nouvelle situation, lorsque la médecine de survie d'une unité de soins intensifs ne débouche que sur une attente indéfinie ?

Pour résoudre ce problème de légitimité, ils choisissent la solution charismatique. La communauté fraternelle va s'étendre au malade : ils vont chercher la reconnaissance de leur autorité dans une très forte proximité avec le malade, voire dans une quasi amitié qu'ils lui offrent. «Libon a tutoyé Jordan pour la première fois, la nuit de son hémorragie». Libon accompagne Bonnier aux Etats-Unis lors d'un voyage professionnel : ils se découvrent des goûts communs, une même passion pour la technique. Braun, qui envisage de construire une maison, accède à la demande de Jordan d'être son architecte. Mademoiselle Rodier va rendre visite à ses patients, à leur domicile.

Ces relations très personnalisées sont également suscitées par la stratégie de dramatisation déployée dans l'unité, qu'il s'agisse des difficultés de la piqure des fistules ou des conséquences de la binéphrectomie qui sont vécues sur un mode tout aussi dramatique. Emerge alors la personnalité d'exception qui apporte les solutions aux problèmes. Il est clair qu'avec ces nouveaux défis, c'est leur identité mythique qu'ils sont contraints de redéfinir. L'ampleur de leur mission salvatrice s'approfondit : ils ne sauvent pas seulement le service, ils sauvent aussi leurs malades. Bref, toute l'unité est devenue une communauté charismatique qui rassemble médecins, malades et infirmières : «Nos premiers malades, c'étaient des personnes extraordinaires» avoue Libon.¹¹

11 Ce charisme se construit dans un *espace sacré*, distinct du monde «profane» des autres salles. Ceci évoque Durkheim. L'unité rénale est un monde à part, une «enclave» (Leeds, 1964) où l'on sacralise le malade dialysé. Les règles d'asepsie contre les infections y atteindront une intensité tout à fait exceptionnelle : on ne peut entrer dans l'unité que revêtu d'un tablier ad hoc, porteur d'une bavette et d'un calot. Les ultra-violets fonctionnent toute la nuit. Lors des

L'identité culturelle fusionnelle

Ce travail sur leur identité mythique est aussi le fruit d'une modification de leur modèle de gouvernement qui se déplace davantage vers un de ses pôles frontaliers qui est celui de la fusion, pour reprendre le terme de Sainsaulieu. La fusion, c'est d'abord l'indifférenciation accrue des rôles : plus que jamais, les médecins sont des «Siamois». C'est la «forteresse des incapables». Ils consacrent un temps accru à leur rôle de dialyseur. Ils retardent le programme de recherche. Mais la fusion, c'est aussi la réintroduction de nouvelles différenciations très subtiles, jamais reconnues comme telles, jamais authentifiées.¹² Et ce au bénéfice d'un leader fort. L'émergence de ces aspects fortement fusionnels suggère qu'un groupe peut *se déplacer dans l'espace des identités collectives*. Car il est clair que le climat de communication persiste toujours à Vendôme. Mais cette communication intense ne fait que renforcer des règles du jeu qui donnent toujours gagnante l'alliance entre Libon et Rodier.

La période heureuse (1968)

Durant l'hiver de 1967, les cinq médecins entreprennent une psychothérapie de groupe.¹³ Au bout de quelques mois de discussion avec un psychanalyste, le Dr. Tréville, ils optent pour une spécialisation de leurs activités : à Libon, la direction clinique de l'unité rénale; à Simon et Braun, les recherches scientifiques.

Une microculture de la négociation et du débat

La clé du changement, c'est la reconstitution d'une nouvelle capacité culturelle d'affrontement des incertitudes. Sous la médiation de Tréville, ils vont se donner les règles d'un *débat démocratique*. C'est une forme d'échange tout à fait différente des embrasements de la période siamoise.

piqûres pour le branchage du malade sur la machine, Libon recourt à une mise en scène : «Je m'habillais lentement, avec solennité. Je procédais à des attouchements sur le bras avant de piquer. Je tapotais. Je prenais du temps. J'invoquais les dieux.» Rites de pureté, attitudes de grand sorcier piqueur, malades sacralisés, définition mythique du groupe comme salvateur du service : tous les ingrédients du rituel durkheimien sont bien réunis.

- 12 Levy (1969) a montré que la décision d'abandonner les différences extérieures et les différences de statut entre malades mentaux et personnel dans un hôpital psychiatrique n'a pas empêché la reconstitution clandestine de nouvelles différences.
- 13 La décision de la psychothérapie est un moment central. C'est Libon qui la propose en septembre, dès son retour de vacances. Il s'estime dépassé par la situation des malades. Il découvre en outre que Braun, qui l'a remplacé en août, a pris des initiatives sans lui en avoir référé au préalable. Les deux médecins en cours de psychanalyse acquiescent à la proposition alors que les deux autres médecins acceptent seulement d'aller discuter des malades. Le chef de service consulté par Libon propose des noms de psychiatres. C'est encore Libon qui poussera au choix de Tréville.

Le rôle de *médiateur* du Dr. Tréville est essentiel dans ce processus et c'est sa présence qui montre toute la distance qui sépare la communication du débat.¹⁴ En effet, la communauté fraternelle avait connu une communication intense, des échanges nourris, mais aussi une lutte pour le pouvoir, souterraine et inavouée. Dans ce contexte régnait une égalité factice car c'était celui qui était doté de plus grandes capacités de manipulation qui l'emportait. Le *débat démocratique*, c'est plus que la communication des opinions, c'est l'instauration de règles de procédure permettant la confrontation des opinions au système rationnel et cohérent qu'est la psychanalyse.¹⁵ Leur recours à une identité fusionnelle tenait à leur manière de réagir devant la montée des problèmes : ils se sont investis massivement dans l'unité. Chacun se sentait responsable des moindres détails. Alors que la caractéristique principale d'une identité négociatrice était la discussion, l'ouverture aux interprétations différentes, leur sentiment d'hyperresponsabilité a limité les possibilités de critique interne et les a conduits à rechercher un leader exceptionnel et à coller à lui. Avec la médiation de Tréville, ils imposent des limites à leur sentiment de responsabilité : «Maintenant, quand le malade est anxieux ou insomniaque, ou impuissant, on le prend comme un fait. C'est comme ça ! On n'en est pas toujours responsable».

La reconstitution de leurs capacités négociatrices permet au malade «d'entrer dans le jeu des relations de pouvoir avec plus d'autonomie, de liberté et de choix possible» (Crozier et Friedberg, 1977, 377). Le style fusionnel ignorait les intérêts divergents des malades auxquels il ne restait qu'une stratégie de dépendance excessive (de la «régression», comme ils disaient alors) pour opposer les médecins entre eux. Lorsque leurs intérêts seront davantage pris en considération, c'est-à-dire lorsque le médecin reconnaîtra devant le malade que son offre thérapeutique n'est pas si extraordinaire, ni si exceptionnelle, les tactiques de dépendance des malades seront moindres (Kuty, 1975).¹⁶

14 Notre attention a été attirée par Daniel Giovanangelli sur la distinction à faire entre la communication des opinions et le débat démocratique, distinction qui renvoie notamment à la controverse opposant les positions d'Arendt et de Habermas (cf. Ferry, 1987).

15 On peut trouver des indications utiles sur cette notion de débat démocratique dans l'analyse que Chauvenet (1988) a menée sur la coordination sociale entre des professionnels de la petite enfance. Elle montre que les différentes professions sociales qui ont constitué un tel groupe de travail dans une municipalité de la région parisienne sont amenées à s'interroger sur l'emprise professionnelle qu'elles exercent sur leurs clients. Cette interrogation éthique prend la forme d'un débat judiciaire en ce sens que Chauvenet nous fait voir que de manière analogique à certaines formes de travail du monde des juristes, émergent des règles générales et des principes. L'élucidation de ces règles et principes permet de passer de la scène familiale à la scène juridique, c'est-à-dire de rapports familiaux dans lesquels les professionnels tenaient leurs clients à un *espace public*, qui est porteur de relations davantage pénétrées du droit des usagers. Voir aussi Blanc (1992) et Remy (1992, 83-111) sur le tiers.

16 Pour une analyse de cette participation du malade au travail médical, voir Baszanger (1986).

Le troisième pacte identitaire : la diffusion de charismes spécialisés

Les médecins négocient un nouveau pacte où leur identité de sauveurs reste toujours présente, mais redéfinie dans deux directions : ils lancent un programme de recherche scientifique et redessinent pour Libon une nouvelle attitude psychothérapique à l'égard des malades. En tout premier lieu, ils vont procéder à un *partage des compétences charismatiques* qui jusqu'alors étaient monopolisées par le seul Libon. Au coeur de ce processus, il y a le lancement des recherches en médecine isotopique et hémodynamique.¹⁷ C'est la création de ces nouveaux territoires et des règles du jeu afférentes qui explique pour beaucoup la redistribution de la légitimité charismatique. Un exemple éclairera cette idée. Jusqu'alors, ils considéraient que Libon était le seul excellent piqueur et les malades le réclamaient aussi préférentiellement. Mais si l'on se souvient que les médecins avaient choisi la fistule comme abord artérioveineux parce que «c'était difficile», on ne s'étonnera pas que la difficulté de piquer fût devenue telle à leurs yeux que les deux médecins juifs, Simon et Braun, potentiellement les plus rivaux de Libon, ne réussissaient pas à bien piquer.¹⁸ La médiation de Tréville fait alors apparaître que chacun dans son secteur était capable de procéder à des piqûres difficiles : soit Braun pour ce qui est des fémorales dans le cadre des examens isotopiques, soit Simon en ce qui concerne les sous-clavières pour les examens d'hémodynamique.¹⁹

En second lieu, en ce qui concerne l'approche nouvelle du malade, les médecins reconnaissent toujours à Libon une compétence exceptionnelle. Mais très subtilement, son charisme de clinicien se redéfinit avec l'authentification d'un rôle nouveau, «informellement officiel» : celui de *psychothérapeute*. Définir le médecin comme psychothérapeute signifie ici qu'il accepte d'entendre les

17 Notons que cette idée de charisme sous contrôle connaît des limites fluctuantes. C'est au même moment que Vendôme réalise la première transplantation et l'originalité de cette unité est que la surveillance postopératoire d'un rejet éventuel du transplant sera assurée par Libon et non par le chirurgien comme cela se fait ailleurs. Libon puisera de nouveaux atouts de supériorité dans cet espace sacré d'une médecine de résurrection.

18 Ils échouaient dans leurs tentatives et cédaient leur place à Libon («J'ai bien pris les deux tiers des piqûres à mon compte»), à la fois sous la pression de Rodier qui valorisait Libon («Elle m'appelait devant les autres le 'patron', ce qui me gênait») et des malades qui s'inquiétaient à l'entrée de Braun ou de Simon et qui jouaient la tactique de dépendance à l'égard du grand piqueur.

19 C'est à une refondation de l'unité qu'ils procèdent parallèlement et l'on peut retrouver les remarques durkheimiennes sur le rituel se déployant dans un espace sacré. Tous les samedis matins de l'hiver 1967-1968, les cinq médecins quittent l'hôpital et se rendent dans le service de Tréville. Dans cet ailleurs, ils réécrivent l'histoire de l'unité, consacrent l'interprétation légitime et canonique de leur aventure (Light, 1972). C'est un nouveau mythe qu'ils réécrivent. Ils se découvrent tous charismatiques. Ils procèdent au sacrifice de la victime émissaire (Girard, 1972), Rodier, qu'ils estimeront irrécupérable en raison de ses comportements trop maternants, et celle-ci en tirera les conclusions : elle entreprendra une formation d'infirmière anesthésiste et démissionnera de l'unité.

critiques du malade sur sa condition de dialysé. Libon ne cherchera plus à lui imposer un sentiment de reconnaissance infinie, mais tolérera qu'il ne puisse être complètement satisfait de la qualité de sa vie.²⁰ Ce faisant, ils produisent une *valeur* tout à fait originale à l'unité. Nous n'avons pas observé dans les trois autres unités cette acceptation, par l'équipe médicale, du souhait du malade d'exprimer à son médecin dialyseur, à lui et à aucun autre, fût-il un psychiatre attaché à l'unité, toutes les difficultés de sa condition irréversible, toute l'illégitimité de sa situation. C'est à Vendôme que le monde des professionnels reconnaît et ses limites et *la légitimité d'une parole du malade sur sa situation*.

Cette valeur locale s'en accompagne d'une autre, tout aussi spécifique de Vendôme : l'utilité de la psychanalyse dans l'approche des malades rénaux. Ce qui nous amène à revenir sur le travail de redéfinition du charisme de Libon. Son charisme n'est plus, comme en 1966–67, une grâce qui lui est mystérieusement conférée. Il doit maintenant être validé, il doit s'inscrire, partiellement en tout cas, dans un système de connaissances caractérisé par une certaine rationalité : la psychanalyse qui place en quelque sorte *le charisme sous contrôle*.²¹ La fonction médiatrice exercée par Tréville, c'est une nouvelle

20 Au contraire, dans une des autres unités observées, le néphrologue proclamait devant nous : «N'est-ce pas exaltant de maintenir un malade en survie ?» Ou rétorquait à une malade qui se plaignait de sa condition de dialysée : «Mais ce sont *vos* reins qui sont malades.»

21 Si la sociologie weberienne a distingué trois types de légitimité, la sociologie contemporaine imagine bien que dans le fonctionnement organisationnel quotidien, ces trois types de légitimité ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, mais qu'ils sont combinables et associables (Sainsaulieu, 1977, p. 251). Une des difficultés particulières liée à cette idée de combinaison porte sur les associations possibles entre la légitimité charismatique et la légitimité rationnelle. Les interprètes autorisés de Weber penchent pour l'idée que ces deux types de légitimité sont plutôt en opposition.

Mommsen (1985, 477–515) conclut sur «l'irrationalité» du charisme politique du Président du Reich. Il est suivi en cela par Prager (1981) qui oppose à Weber la sociologie de Durkheim qui insiste sur le caractère démocratique de l'autorité politique ainsi que sur ses aspects de délibération et de discussion rationnelle d'arguments. Pourtant, Mommsen (1985, p. 246) fait référence à d'autres textes de Weber qui soulignent le rôle du Parlement dans le *contrôle du chef charismatique*, contrôle reposant sur des *principes politiques rationnels*. C'est aux mêmes textes que Raynaud (1987, p. 214) fait également écho.

Une voie originale est cependant ouverte par les hypothèses de Mitzman (1969). Ce dernier montre que Weber a, non seulement évolué dans ses définitions successives du charisme, mais surtout que la distinction entre le charisme politique et le charisme religieux s'est de plus en plus imposée à la fin de sa vie. Mitzman montre l'importance croissante reconnue par Weber à l'âme slave, au mysticisme de Tolstoï et de Dostoïevski et à la distance qui sépare ce mysticisme de l'ascétisme puritain à l'origine de la bureaucratie. Toute autre serait l'approche du charisme politique que Weber analyse avec le cas de la démocratie plébiscitaire dans la République de Weimar. Ce charisme est-il seulement fondé sur la seule foi des fidèles (comme dans le cas du mysticisme) ou au contraire est-il *soumis également à des critères de rationalité* que l'on découvrirait par exemple dans les procédures de la démocratie parlementaire ? Ces distinctions de Mitzman ont deux avantages. D'une part, elles montrent la nécessité de rompre avec une approche monolithique du charisme weberien : il y

capacité relationnelle qu'ils ont apprise avec lui et qu'ils vont exercer collectivement, de retour à Vendôme, de manière à limiter l'implication de Libon et à sauvegarder une plus grande part d'autonomie du malade.

On peut conclure l'examen de cette année 1968 sur une analyse des relations réciproques entre les stratégies de spécialisation et l'identité mythique redéfinie. D'un côté, cette stratégie s'explique par une redéfinition des zones d'incertitude et appelle une recomposition de l'identité. Mais il apparaît aussi que cette redéfinition de leur identité mythique est à l'origine des nouvelles règles du jeu. Pourquoi ? Parce que la spécialisation leur permet de *continuer à rester ensemble*. C'est cela qui est central : les médecins auraient pu se séparer mais ce qu'ils veulent, c'est continuer à travailler ensemble.²² «Si j'avais freiné le développement de recherche dans l'unité, je ne les aurais pas retenus» avoue Libon qui avait des réticences de clinicien à l'égard de la recherche. Il est effectivement réservé face aux prélèvements de sang qu'il jugeait parfois trop fréquents.

La spécialisation est en continuité avec leur identité collective d'origine : c'est une nouvelle manière de réaliser leur volonté d'une médecine d'excellence. Cette spécialisation est aussi commandée par un autre trait de leur identité : leur volonté d'une médecine de participation, redéfinie à travers la psychothérapie de groupe, leur a fait découvrir qu'ils doivent se différencier s'ils veulent un malade autonome. Sinon, ils surdévelopperont les mêmes rivalités dans un espace clos et le malade reproduira ses comportements de dépendance. Ils auraient pu rester ensemble pour maîtriser l'incertitude de la greffe, mais les rivalités se seraient reconstruites sur ce terrain. Dès lors ils laissent à Libon seul la direction de l'unité de transplantation.

a lieu de procéder à une typologie de l'action charismatique en fonction de la pluralité des situations. En second lieu, cette clarification nous conduit à une manière différente de penser le recours que les hommes font aux différentes formes de légitimité. Il n'y a pas de cloisonnement, de séparation entre ces différentes formes. Au contraire, l'invocation de légitimité peut être multiple et les hommes peuvent faire appel à l'une ou l'autre forme suivant les exigences du moment. Comme le dit Reynaud (1989, 43) : «La leçon principale à retenir de Max Weber est que ces différentes sources de légitimité peuvent se combiner ou se concurrencer parce qu'elles sont liées à un pouvoir et qu'elles en permettent l'exercice, elles sont plutôt des ressources à la disposition de ceux qui veulent l'exercer... Il est donc naturel qu'une règle puisse être couramment soutenue par plusieurs légitimités. La légitimité repose donc sur une invocation... Elle est en générale relative à un objet, à un domaine; au sens très large du mot : à un projet».

22 Rappelons la formule de Segrestin (1985, p. 210) : le «Toujours là» plutôt que le «Toujours plus».

4. Conclusion

Ce nouvel éclairage sur les éléments de l'unité permet de voir avec plus de netteté les interactions réciproques entre les différents niveaux culturels ainsi qu'entre ceux-ci et les règles du jeu. Les nouvelles règles du jeu de 1966 permettent la cristallisation d'une identité mythique qui redéfinit à son tour les zones d'incertitude : la «recherche de la difficulté» en témoigne. En 1968, la volonté de rester ensemble conduit à une stratégie de spécialisation et à une renonciation, par Libon, à certains de ses intérêts.

Plus fondamentalement, on cerne plus clairement la spécificité de l'identité mythique. Ce concept renvoie à ce que Jean-Daniel Reynaud (1989, 74–92) appelle une «communauté de projet». Le groupe de médecins, c'est plus qu'une agrégation d'intérêts.²³ Le projet est une fidélité au passé. Il est fidèle à «quelque chose qui est déjà là» (Castoriadis, 1975, 175 et 214), à des institutions antérieures. Nos données nous montrent que c'est parce que l'on reste ensemble pour un projet futur que l'on peut rester fidèle à un passé que l'on réinterprète. C'est dans les ressources que leur donne leur identité que les «acteurs sociaux trouvent la force d'agir au-delà des stratégies et des règles établies» (Sainsaulieu et Segrestin, 1986, 347–348). Du coup, on comprend que la communauté de projet en continu travail sur elle-même est un drapeau «flou» (Segrestin, 1985, 71 et 73)²⁴ que portent les acteurs.

Mais par ailleurs, ce pacte identitaire ne peut trouver ses formulations successives que du choc des défis présents à rencontrer. Il est clair qu'il n'avait jamais été programmé au départ que la communauté fraternelle s'ouvre aux malades.

En d'autres termes, une *éthique de conviction* – et il s'agit bien de cela avec l'identité mythique – ne peut entraîner des changements qu'en se confrontant avec une prise en compte des jeux organisationnels. Comme le dit Michel Crozier, puisque «les fins et les moyens se trouvent inextricablement mêlés ... le raisonnement weberien (sur l'articulation entre les deux éthiques) doit être

23 C'est dans ce sens que Weber (1971, 41) écrit : «N'importe quelle relation sociale, si rationnelle en finalité soit-elle, et si froidement eût-elle été instituée et déterminée quant à son but (une clientèle par exemple) *peut* faire naître des valeurs sentimentales qui dépassent la fin établie par libre volonté». Voir aussi Segrestin (1987) qui prolonge cette analyse.

24 C'est ce caractère flou des «sentiments communs» qui permet la transaction symbolique entre les valeurs des différents protagonistes. Les sentiments communs, suivant l'expression de Durkheim, ne doivent donc pas être compris comme un bloc de valeurs, homogènes et uniformément partagées, s'imposant comme un donné culturel contraignant. Il s'agit d'un compromis valoriel instable qui renvoie aux idées weberiennes sur la contradiction axiologique. C'est la même idée que véhicule le vocable de «consensus supposé» (Voye, 1992).

dépassé» (Crozier, 1987, 306 et 301). Avec la psychothérapie de groupe, les médecins interprètent les comportements des malades comme des conséquences stratégiques du système relationnel et non plus comme des traits d'une régression psychique. Cette réinterprétation des conséquences leur ouvre la possibilité d'accéder au terrain d'une morale de la responsabilité. C'est la rencontre avec cette dernière qui peut offrir à l'éthique de conviction des chances supplémentaires de se réaliser. Il est donc clair que «les valeurs ne doivent pas être abandonnées : elles sont insérées dans les contraintes de l'ici et maintenant, et toute innovation, pour réussir, doit les respecter, les approfondir ou faire accepter qu'elles soient dépassées» (Crozier, 1987, 313). Le cas de Vendôme nous apprend que la morale de la responsabilité vient en soutien d'une réélaboration de l'éthique de conviction.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BASZANGER I. (1986), «Les maladies chroniques et leur ordre négocié», *Revue Française de Sociologie*, 27, 3–27.
- BINST M. (1990), *Du mandarin au manager hospitalier*, L'Harmattan, Paris.
- BLANC M. (Ed) (1992), *Pour une sociologie de la transaction sociale*, L'Harmattan, Paris.
- BOUDON R. et BOURRICAUD F. (1982), *Dictionnaire critique de sociologie*, PUF, Paris.
- BOURDIEU P. (1984), *Homo academicus*, Minuit, Paris.
- CAILLE A. (1981), «La sociologie de l'intérêt est-elle intéressante ?», *Sociologie du Travail*, 23, 257–274.
- CASTORIADIS C. (1975), *L'institution imaginaire de la société*, Le Seuil, Paris.
- CHAUVENET A. (1988), *Les professionnels de la santé publique, producteurs de normes et de droits*, Centre d'Etude des Mouvements Sociaux (CNRS), Paris.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Le Seuil, Paris.
- CROZIER M. (1987), *Etat moderne, Etat modeste*, Fayard, Paris.
- DEMAILLY L. (1991), *Le collège*, Presses Universitaires de Lille, Lille.
- DUBAR C. (1991), *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Colin, Paris.
- DURKHEIM E. (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Alcan/PUF, Paris.
- ENRIQUEZ E. (1983), *De la horde à l'Etat*, Gallimard, Paris.
- FERRY J. M. (1987), *Habermas. L'éthique de la communication*, PUF, Paris.
- FOX R. (1959), *Experiment Perilous*, The Free Press, Glencoe.
- GIRARD R. (1972), *La violence et le sacré*, Grasset, Paris.
- GREMION P. (1977), *Le pouvoir périphérique*, Le Seuil, Paris.
- KUTY O. (1975), «Orientation culturelle et profession médicale», *Revue Française de Sociologie*, 16, 189–214.
- KUTY O. (1977), «Le paradigme de négociation», *Sociologie du Travail*, 19, 157–175.
- KUTY O. (1989), «La sociologie contemporaine des professions : un retour de Durkheim ?», *Revue Suisse de Sociologie*, 3, 489–502.

- KUTY O. (1991), «La problématique de la création des valeurs dans la sociologie contemporaine des professions. Le cas des professionnels de première ligne», *Sciences Sociales et Santé*, 9, 5–30.
- LEEDS R. (1964), «The Absorption of Protest», in COOPER et alii, *New Perspectives in Organizational Research*, Wiley, New-York, 115–135.
- LEVY A. (1969), *Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique*, EPI, Paris.
- LIGHT D. (1972), «Psychiatry and Suicide : the Management of a Mistake», *American Journal of Sociology*, 1977, 821–838.
- MITZMAN A. (1969), *The Iron Cage. A Historical Interpretation of Weber*, A. Knopf, New York.
- MOMMSEN W. (1985), *Max Weber et la politique allemande*, PUF, Paris.
- PRAGER J. (1981), «Moral Integration and Political Inclusion : a Comparison of Durkheim's and Weber's Theories of Democracy», *Social Forces*, 59, 918–950.
- RAYNAUD Ph. (1987), *Weber et les dilemmes de la raison moderne*, PUF, Paris.
- REMY J. (1992), «La vie quotidienne et les transactions sociales», in BLANC, op. cit., 83–111.
- REYNAUD E. (1982), «Identités collectives et changement social», *Sociologie du Travail*, 24, 159–176.
- REYNAUD J.-D. (1989), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Colin, Paris.
- SAINSAULIEU R. (1977), *L'identité au travail*, Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris (rééd. 1985).
- SAINSAULIEU R. (1987), *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Fondation Nationale des Sciences Politiques-Dalloz, Paris.
- SAINSAULIEU R. et SEGRESTIN D. (1986), «Vers une théorie de l'entreprise», *Sociologie du Travail*, 28, 335–352.
- SEGRESTIN D. (1985), *Le phénomène corporatiste*, Fayard, Paris.
- SEGRESTIN D. (1987), «L'entrée de l'entreprise en société», *Revue Française de Sciences Politiques*, 37, 465–479.
- TIXIER P. (1988), «Légitimité et mode de domination dans les organisations», *Sociologie du Travail*, 30, 615–629.
- TOURAIN A. (1968), *Le mouvement de mai ou le communisme utopique*, Le Seuil, Paris.
- TRIPPIER P. (1991), *Du travail à l'emploi*, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles.
- VOISIN M. (1977), «Communautés utopiques et structures sociales : le cas de la Belgique francophone», *Revue Française de Sociologie*, 18, 271–300.
- VOYE L. (1992), «Transaction et consensus supposé», in BLANC, op. cit., 194–214.
- VRANCKEN D. (1992), *Du prophète au médecin. La légitimité charismatique dans l'organisation*, ms 24p., Université de Liège.
- WEBER M. (1964), *L'Ethique protestante et l'esprit du capitalisme*, Plon, Paris.

Adresse de l'auteur :

Olgierd Kutý

Faculté d'Economie, de Gestion et de Sciences Sociales, Département des Sciences Sociales, Université de Liège, Bld. du Rectorat 7B 31, B-4000 Liège

Social Science INFORMATION sur les sciences sociales

RECENT CONTENTS

Religion and identity: concepts, data, questions

Benjamin Beit-Hallahmi

"Of whole nations being born in one day": marriage, money and magic in the Mormon cosmos, 1830-46

John L. Brooke

Money and The American Dream in Norman Mailer's *An American Dream*

Sina Vantanpour

Aristotle, chimpanzees and other political animals

L. Arnhart

The network structure of the Italian ecology movement

Mario Diani

The heroes' trade: a contribution to a geography of culture

Jean Laponce

Comparisons of traditional and modern food-rationing systems in response to famine

Richard W. Ryan



Edited by **Elina Almasy and Anne Rocha Perazzo**

Social Science Information provides a unique window on the research currently taking place in collaboration with the prestigious Maison des Sciences de l'Homme in Paris

Published in March, June, September and December

Try out a subscription at the introductory 20% discount rate

20% Discount Order Form

Send this order form to:

 **Sage Publications**

6 Bonhill Street, London EC2A 4PU, UK
Tel: 071-374 0645

US Orders to:

Sage Publications, PO Box 5096,
Newbury Park, CA 91359, USA

Or why not fax us your order on
071-374 8741?

☐ Yes! I want to subscribe to *Social Science Information* at a 20% Discount

☐ Individual Rate at £31 (£39*)/\$51 (\$64*)

☐ Institutional Rate at £79 (£99*)/\$130 (\$163*)

*Usual rate

Name _____

Address _____

THREE WAYS TO PAY!

☐ **CHEQUE!...** I enclose a cheque (made payable to Sage Publications)

☐ **GIRO!...** I have today paid by International Giro to A/c No 548 0353

Date _____

☐ **CREDIT CARD!...** Please charge my credit card

☐ Mastercard ☐ Access ☐ Visa
☐ Barclaycard ☐ American Express
☐ Diner's Club ☐ Eurocard

Card Number _____

Expiry Date _____

Signature _____

Date _____