

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

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 35 (2009)

Heft: 3

Artikel: Le bon patient et sous contrôle : communautés de service et pratiques
soignantes à l'hôpital

Autor: Sainsaulieu, Ivan

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-815061>

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: 15.05.2025

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

Le bon patient est sous contrôle Communautés de service et pratiques soignantes à l'hôpital

Ivan Sainsaulieu*

1 Introduction : La résistible montée en puissance du patient

Le patient est devenu une référence centrale à l'hôpital, dans un contexte structurel marqué par l'essor de services présentés comme individualisés et personnalisés (Laville, 2006 ; Lallement, 2007). La figure du patient est une catégorie polysémique, qui relève d'au moins trois ordres cognitifs : économique (consommateurs, clients, usagers), médico-social (type de malades dépendants, chroniques...), politique (citoyens, représentants des usagers, opinion publique). Du point de vue de l'organisation, elle semble vertueuse ; sur le double plan de l'économique et de la mission de service public, elle a permis aux professionnels du management et des soins de repenser la prise en charge, en se centrant sur le parcours du patient à l'hôpital ou dans des « réseaux de soin » (Bungener, Poissy-Salomon, 1998 ; Bercot, De Coninck, 2006). Le rapport entre médecins et malades est présenté lui aussi comme plus équilibré, du fait notamment de l'élévation du niveau culturel des patients, du nombre de maladies chroniques ou de la mobilisation des associations de victimes (Carricaburu, Ménoret, 2004)¹. La montée en puissance du patient est encore renforcée par des discours, liés à l'essor de la prévention, de la pédagogie éducative ou à l'idéologie néo-libérale, qui enjoignent les clients-patients-consommateurs à être plus « actifs » face à leur santé. Enfin, la place du patient est au cœur de questions d'ordre éthique, dans les débats sur les fins de vie et le respect des croyances, comme il est au centre des problématiques du « care » qui pensent le soin et le rôle du genre dans le rapport de travail avec autrui, ou le « souci d'autrui » (Paperman, Laugier, 2005). Face à cette valorisation multiple de la figure cognitive du patient, les professionnels semblent rester de marbre², si l'on examine comment ils font face, individuellement

* LISE, CNRS/CNAM, UMR u° 5262, Paris

1 La place du patient a été redéfinie en France dans la « charte du patient », suite à la loi Kouchner du 4 mars 2002, même si la mise en œuvre de la participation du patient, via les associations, reste dans l'expectative (Dubin, 2007).

2 Nous avons choisi de ne pas interroger « les patients », pour diverses raisons. Primo, notre objet est la perception des soignants. Secundo, on n'aurait pu n'interroger que les patients conscients, alors que l'on compare des services où ils sont conscients avec des services où ils ne le sont pas. Tertio, il y a un malentendu sur le rôle des patients : a fortiori à l'hôpital, où la clientèle est réduite et les patients dits « lourds », seules des catégories de patients peuvent être acteurs (représentants divers, militants associatifs, malades chroniques...). Il faut ne pas voir les malades alités, souvent âgés, pour imaginer le contraire. Il faudrait analyser dans sa globalité le patient acteur (et non le

et collectivement, à de nouvelles modalités ou contraintes de la prise en charge des patients. Loin d'émaner de nouvelles compétences, du fait de nouveaux rapports entre professionnels et profanes, leur vécu reste sous l'emprise classique (voire accrue) de la division et de l'organisation du travail hospitalier. Il semblerait que la place des patients à l'hôpital ait été extrapolée suite à la montée du rôle citoyen des associations ou aux mesures récentes visant à mieux prendre en considération les patients (la douleur, leurs droits), alors que ces dernières témoigneraient plutôt de leur assujettissement aux professionnels ou à l'administration (Baszanger, 1995). La coopération interprofessionnelle et bureaucratique caractérise l'hôpital classique, issu même d'un passé d'enfermement décrit par Michel Foucault, dans un contexte de faible concurrence : le dernier refuge du pouvoir médical analysé par Parsons, en quelque sorte (Strauss, 1992 ; Freidson, 1960 et 1970 ; Binst, 1990).

Mais qu'en est-il de la perception du collectif soignant, médical et paramédical, voire administratif ? Les recherches récentes ont mis en évidence une intensification du travail des soignants qui entretient une plainte sur la fatigue « physique et mentale » (Loriol, 2000 ; Estryn-Behar, 2005), un « productivisme de soin » au détriment du temps passé auprès du patient (Sainsaulieu, 2003). Le patient peut aussi devenir une source de perturbation, un « générateur de risques » pour les soignants, du fait de son stress, voire de son agressivité (Annandale, 1996). Dans un contexte de paupérisation relative et de désocialisation, la relation de service peut perdre son sens professionnel initial, au point de ressembler à un rapport social de « servitude » (Jeantet, 2003).

Cependant, le rapport aux patients ne peut s'inscrire uniquement dans cette connotation traditionnelle ou négative, dans la mesure où il constitue pour la pratique et la rhétorique professionnelles une source centrale de l'épanouissement et de la mission. Il demeure un rapport de socialisation, « identitaire », nourri par un « idéal » et l'importance du rapport à autrui dans la construction de soi, de la « compassion » au « relationnel » (Sainsaulieu, 1977 ; Dubar, 2001 ; Acker, 1992 ; Corcuff, 1996 ; Dubet, 2002 ; Loriol, 2005).

Où donc penche la balance ? En examinant les variations selon les services, nous voulons montrer que la satisfaction des soignants au travail, loin d'être nourrie par des échanges avec le patient, est bien plutôt corrélée, en pratique, à sa passivité. Notre raisonnement est transitif : la satisfaction des professionnels (donc dans une large mesure la qualité des soins) est plus forte dans une ambiance collective de travail, qui elle-même relève d'un travail sur le patient plutôt qu'avec lui.

patient tout court, qui renvoie aux ordres cognitifs définis plus haut), en comparant à cette fin les services susceptibles d'enrichir une typologie (consultation, urgences, oncologie, services juridiques, conseils d'établissements, etc.), dans le cadre d'une enquête spécifique.

1.1 La perception du patient selon le contexte local

L'approche des contextes locaux d'interaction consiste à inscrire dans le travail quotidien des mécanismes de socialisation³, à examiner quel type de sociabilité crée du sentiment collectif, quand il existe. L'examen des mécanismes d'appartenance collective ne se limite pas en effet à l'identité, au collègue ou à l'idéal de la profession, ni aux intérêts stratégiques des acteurs, ni aux cultures symboliques (professionnelles, religieuses, politiques, nationales). Ce qui compte pour les acteurs, en matière de collectif, c'est l'ambiance de travail, et, aux yeux du sociologue, elle se comprend dans des situations d'interaction et des contextes organisationnels abordés par la sociologie des professions et des organisations (*voir ci-dessous*).

En se basant sur les études menées dans différents services hospitaliers avec une attention sociologique et anthropologique aux « mondes sociaux » (Strauss, 1992 ; Osty, Uhalde et Sainsaulieu, 2007), on montre comment le soin est tributaire de la dynamique du service dans lequel s'accomplit le travail et particulièrement de la consistance du collectif soignant. La comparaison entre unités de soin, dans deux contextes nationaux, souligne que des communautés de travail se constituent, véritables micro univers de sens qui transcendent les individus (aussi bien leurs attributs socioculturels, leur activité professionnelle, que la déontologie du métier). Ces contextes locaux opèrent une médiation des politiques publiques et managériales⁴.

Pour évident qu'il soit (en particulier pour les acteurs), le contexte local est peu visible. Dans de nombreux pays, l'hôpital est sous pression pour des raisons financières (Pouvoirville, 1996). Pour autant, cette institution ne peut être considérée exclusivement comme un champ de manœuvre technico-médical, stratégique ou gestionnaire. Comme le suggère le concept straussien « d'ordre négocié » (Strauss, 1992)⁵, la réalité sociale de l'hôpital laisse la place à des formes d'interactions variables, aux niveaux institutionnel (Vassy, 1999), professionnel (Dubar et Tripier, 2001) et organisationnel, avec des dimensions plus ou moins égalitaires ou bureaucratiques (Kuty, 1994 ; Binst, 1990). Les tendances à la standardisation et à l'intensification du travail incitent les professionnels⁶ à trouver au quotidien des ressources pour y

3 Le concept de socialisation renvoie tantôt à l'inculcation de rôles, tantôt, comme ici, aux liens émergeant des interactions dans l'expérience quotidienne (Gaxie, 2002).

4 Freidson envisage moins une culture organisationnelle locale que deux sortes de communautés, professionnelle (médicale) ou profane (clients). Ces derniers forment des « communautés locales » au sens ethno-culturel (qui exercent une pression normative sur la pratique du médecin libéral) : « Pour reconnaître aux clients le titre de membres d'une communauté locale spécifique, on peut prendre comme références leur propre organisation et leur propre culture » (1960). Rien de tel cependant pour lui dans l'univers hospitalier, où le patient ne choisit pas le médecin.

5 Une critique a été formulée de l'extension de la notion d'ordre négocié à l'ensemble des rapports de travail à l'hôpital (Sainsaulieu, 2007).

6 Nous ne mobilisons pas tous les attributs d'une profession pour nommer « professionnels » les divers agents hospitaliers. Leur degré de qualification est précisée au fur et à mesure.

faire face (Sainsaulieu, 2007a), d'où peut-être un intérêt renouvelé⁷ pour le service de rattachement.

1.2 Types de collectif et d'activité

Des travaux dans le contexte français ont montré l'existence de deux types d'interaction entre professionnels et patients en fonction des unités de soin⁸ : les « communautés exogènes », où les appartenances sont définies dans l'interaction avec le patient ; les « communautés endogènes », où elle se situe dans un rapport exclusif avec les collègues. Dans les deux cas, la catégorie « communauté » se justifie par l'intensité du « Nous » et de la coopération collective face au risque médical ou social (Gonnet, 1999). Les appartenances endogènes apparaissent cependant plus stables car moins perturbées par le patient⁹. Des communautés réactives, comme celles des urgences – où se tissent des liens individuels aléatoires avec le patient et des solidarités occasionnelles avec les collègues, face à ces mêmes aléas – contrastent avec les figures plus stables du bloc opératoire ou des soins intensifs, où le patient est largement inconscient et le lien interprofessionnel plus cohésif. En effet, il n'est pas de lieu hospitalier où les soignants disent plus « nous » que dans un bloc opératoire.

Il en résulte deux conséquences. D'une part, on relativise le *care* (sollicitude) au profit du *cure* (traitement curatif), *du point de vue des appartenances collectives*¹⁰. Si le bloc est le lieu par excellence du contrôle, il l'est beaucoup moins du *care*, quelle que soit son importance éthique et son effectivité dans la pratique soignante individuelle. D'autre part, on substitue au contrôle unilatéral du professionnel *un contrôle multi professionnel du service de soin* sur le patient¹¹. Nul besoin d'être membre d'une profession forte (médicale, notamment) pour éprouver le besoin de contrôler le patient dans le cadre du travail et pour contrôler collectivement ce patient : le collectif du service peut y pourvoir.

7 L'attachement traditionnel au service paternaliste et à son « bon patron » a vécu, mais toute appartenance collective au service n'a pas disparu pour autant.

8 La diversité des rapports aux patients selon les contextes de service a fait l'objet de travaux qui vont dans le sens d'un effet de service. Françoise Gonnet (1999) notait que « l'urgence et l'enjeu vital mobilisent complètement les énergies et favorisent la coopération (...) » aux urgences et en réanimation. Nancy Kentish-Barnes conclut à propos des fins de vie en réanimation que « la mort dépend plus de l'organisation et de la culture de chaque service que de la volonté du patient ou de ses proches » (2007). Dans le même ordre d'idées, on analyse un « effet patient » qui se manifeste dans le contexte de la pratique libérale sur les patients âgés (Bouchayer, 2007).

9 Freidson notait qu'un malade inconscient pose moins de problèmes dans un service hospitalier qu'un malade « qui a toute sa tête » (in Carricaburu, Ménoret, 2004, p. 89).

10 Le travail émotionnel et d'identification intersubjectif compte beaucoup dans le face à face avec le patient conscient, mais il joue un rôle inégal sur le collectif : tantôt il soude le groupe (partage émotionnel), tantôt il renvoie l'individu à lui-même. Il en va de même avec l'agressivité des patients, notamment aux urgences (cf. infra).

11 Par « contrôle », nous entendons une relation de dépendance où l'échange avec le patient importe moins aux professionnels que sa soumission à leur pouvoir soignant.

L'importance de ce double déplacement de l'interaction avec le patient à son contrôle et de la profession au collectif multi-professionnel nous a conduit à le vérifier dans un autre contexte.

1.3 Le contexte canadien

L'enquête au Canada, dont les résultats sont présentés ici, prolonge donc ces travaux : elle visait à vérifier cette dualité de la communauté de service, qui serait d'autant plus intégrée que le patient n'y interférerait pas. Les plus à l'abri des patients (conscients) étaient-ils les plus satisfaits de leur travail ¹² ?

Le Canada présente un intérêt particulier : l'importance des réformes hospitalières permet de tester leur impact éventuel sur la réorganisation des services de soin et, partant, leurs éventuelles conséquences sur la coopération professionnelle et la prise en charge des patients. *L'effet de service* résiste-t-il au rouleau compresseur des réformes ?

Le système hospitalier de la province de l'Ontario est particulièrement confronté à un flux ininterrompu de réformes (Armstrong, P., Armstrong, H., 2002). L'effort réformateur porte largement sur la réduction des coûts. Institutions à dominante privée, les hôpitaux financent leurs dépenses administratives quotidiennes sur les fonds publics. Les coûts des établissements et des médecins, éléments principaux des soins de santé sous financement public au Canada, représentent près d'un tiers des budgets de l'Ontario. Les réformes se sont concentrées sur le travail des infirmières, avec des velléités d'en rationaliser l'organisation et d'en accroître la fragmentation. Elles visent aussi à modifier le rôle d'autres professionnels, comme nous le verrons à propos des sages-femmes.

Pour autant, les particularités de la structure des professions soignantes sont peu discriminantes entre la France et le Canada¹³, tout comme entre les pays d'Europe (Vassy, 1999). Les formes d'appartenance collective et les conditions de travail peuvent donc être comparées, en posant initialement qu'elles se construisent dans le cadre de contraintes budgétaires et normatives d'un niveau plus élevé au Canada. La pression budgétaire y est renforcée par la pression directe du marché, qui fait notamment planer des menaces plus fortes qu'en France sur l'emploi du personnel le moins qualifié.

12 L'indice de satisfaction au travail a été construit par question directe. Il est à manier avec précaution, étant donné les dénis possibles de réalité « pour continuer à travailler dans des conditions psychologiques acceptables » (Docteur Boitel, Le Monde, 1/12/2006). Cependant, il fait aussi l'objet d'enquêtes poussées sur les conditions de travail, notamment européennes (Estry-Béhar, 2005).

13 Les aides-soignantes sont moins nombreuses dans les services qu'en France et les secrétaires administratifs au contraire plus présents (comme autrefois à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris).

1.4 Méthodologie de l'enquête

L'enquête que nous avons menée en Ontario examine le poids du contexte local du service dans ce cadre contraignant et comment varie la cohésion entre soignants selon le degré de conscience des patients et le type d'activité¹⁴. La grille d'entretiens structurés (Blanchet, Gotman, 1992) consistait à demander aux professionnels comment ils vivent leur travail dans leur unité, avec qui ils interagissent¹⁵, comment évoluent l'ambiance de travail et le type de management en lien avec les réformes en cours dans l'hôpital, afin de saisir les principaux motifs de satisfaction et de mécontentement au travail.¹⁶

De façon à tester l'hypothèse d'un clivage entre services « endogènes » et « exogènes », quatre unités de soin de taille comparable (réanimation, urgences, maternité, chirurgie) ont été sélectionnées, dans un établissement universitaire anglophone renommé de portée régionale (Hamilton)¹⁷. Le degré de conscience des patients est substantiel (urgences et maternité), ou minimal (réanimation et chirurgie).

Dans chaque unité de soins, une quinzaine d'entretiens individuels directifs ont été réalisés¹⁸, avec les catégories de personnel suivantes : infirmières (32), médecins (14), secrétaires administratifs de l'unité (8), sages-femmes (3), aides-soignantes (2), pharmacien (1).¹⁹

14 L'inconscience du patient est relative, particulièrement dans les soins intensifs, et n'empêche pas l'attachement affectif. Pourtant, les personnels des soins intensifs ont la même impression de dépendance totale du patient qu'au bloc opératoire. « Dénier relationnel », pour cause de risques mortels organiques (Pouchelle, 1999), cette « absence » est bien vécue par les professionnels, le « bon patient » inconscient étant sous leur contrôle (Gonnet, 1992 ; Vega, 2000).

15 Par exemple, concernant les patients, les questions étaient ainsi formulées : « would you describe your relationship with patients? Is your relationship with patients important to you? Do you like working/interacting with patients? How often do you interact with them? ». Ainsi, les deux aspects de la valeur (importance des patients) et de la pratique (contacts avec eux) étaient compris dans les questions.

16 Tous les entretiens ont été enregistrés pour retranscription. Les données ont été traitées par le logiciel QSR-NUDIST. Auparavant, un codage initial a été appliqué aux entretiens retranscrits pour identifier les thèmes communs soulevés par les participants et les questions particulières par catégorie d'agents (différenciation socioprofessionnelle) et par type d'unités (différenciation par unité).

17 Le service de soins intensifs comprend 15 lits, il reçoit 1000 patients par an et se caractérise par un accompagnement exemplaire des familles. Le site de chirurgie péri-opératoire comprend 12 blocs et sert de point d'appui régional en permanence, avec 16 000 actes opératoires sous anesthésie par an. Nous avons enquêté dans le département « Tête et cou ». Les urgences ont plus de 47 000 visites par an et une spécialité régionale psychiatrique. Enfin, la maternité est choisie par la moitié des femmes de la ville ; elle est site d'excellence pour la formation des sages-femmes et la première à avoir reçu l'agrément spécifique (« baby friendly ») au Canada.

18 Pour un total de 60 entretiens (voir leur répartition par service dans le tableau n°1). Les entretiens, comprenant une majorité de questions fermées, ont été réalisés de mai à septembre 2006 par P. Khokher, sur la base d'un financement (« post doc ») du département des études sur les systèmes de santé à l'Université McMaster. Il s'agissait d'une enquête par entretien à usage complémentaire, s'adossant sur une enquête préalable en France (Blanchet, Gotman, 1992). Il n'y avait pas d'autre commande que de vérifier l'hypothèse définie en introduction.

19 Le temps moyen d'entretien est court (3/4 h) du fait des difficultés d'autorisation d'accès au terrain (la culture sociologique semble moins banalisée dans l'administration et le corps médical

Les résultats de l'enquête font apparaître une plus grande différenciation du vécu et des pratiques professionnelles des soignants par unités de soins que par métiers. En effet, le rapport aux patients et aux collègues varie plutôt en fonction de l'organisation du travail au sein des unités qu'en fonction de l'activité professionnelle spécifique exercée²⁰. Les différences d'appréciation selon l'âge, le sexe, la « race » s'avèrent en revanche peu discriminantes et n'ont donc pas été retenues dans l'exposé des résultats qui suit.

Tableau des entretiens

Service / profession	Réanimation	Chirurgie	Maternité*	Urgences
Entretiens	17	13	15	15
Docteurs	5/6*	3/3**	3	3/19
Infirmières	9/80	8/50	5 inf + 2 aid so	10/72
Secrétaires	2/4	2/6	2	2/7
Autre****	1 pharm/7	0/8	3 sa-femmes	0/2
Totaux	17/97	13/67***	15	15/100

Légende :

* Population totale surlignée en bleu. La population totale manque en maternité, suite à l'interruption accidentelle du lien avec l'enquêtrice.

** Il y a aussi 2 chirurgiens vasculaires et 4 chirurgiens du thorax dans l'unité Cou et Tête.

*** Les chirurgiens décrits ci-dessus ne sont pas inclus.

**** Incluant :

Réanimation : thérapeutes respiratoires, USSP (services environnementaux), physio- thérapeutes, nutritionnistes ;

Chirurgie : diététicien, travailleur social, physiothérapeute, soins spirituels, pharmacien, thérapeute de la parole, services environnementaux ;

Urgences : infirmière en gériatrie, travailleur social.

2 La différenciation du rapport aux patients selon le service

L'enquête dégage très clairement des résultats contrastés et gradués entre les quatre services concernant l'ambiance de travail, le moral, l'esprit d'équipe, la collégialité, la cohésion, le management, tous éléments qui permettent d'analyser plus avant la notion de satisfaction au travail. D'un côté, les agents en réanimation et en chirurgie insistent sur la solidarité au sein du service et du groupe des soignants. De l'autre, ceux de la maternité et des urgences estiment les rapports de travail plus difficiles. Pour expliciter ces divergences, on doit se demander si l'interaction (directe ou indirecte) avec le patient définit un type d'appartenance et d'engagement particulier et/

20 en Ontario qu'en France) et de leur caractère directif, centré sur une hypothèse à vérifier. Il ne fait pas de doute que l'on trouve aussi des variations selon la pathologie. Cependant, elles sont logiquement subsumées par la moyenne des réponses par service et ces moyennes font apparaître des différences entre les services.

ou si d'autres facteurs organisationnels entrent en jeu. Dans quelle mesure le rapport spécifique avec les patients (autorité de contrôle ou collaboration) facilite-t-il leurs propres rapports de travail ?

2.1 Des patients valorisés mais peu valorisant

Sans surprise, satisfaire les patients constitue une valeur centrale dans le travail, avant l'entente avec les collègues (*cf. aussi* Forner, 1993). Ainsi, des valeurs au fondement du professionnalisme motivent les agents de tout service et de toute catégorie : aider les gens, avoir des patients satisfaits, de bonnes relations avec les familles, un sentiment d'accomplissement de soi, une volonté d'apprendre et de contribuer à l'effort collectif.²¹

Les enquêtés partagent également un certain pessimisme sur l'évolution du travail. Ils regrettent le déclin de l'ambiance collective, l'essor d'un stress résultant de la contractualisation du travail et des coupes budgétaires ; ils critiquent communément l'évolution de l'établissement vers le « tout business », avec cet aphorisme cinglant : « *H comme hôtel* » (« *H is for hotel* »).

Ces motivations partagées ne rendent cependant pas compte de la satisfaction au travail, clivée (et même une graduée) par service : d'un côté, deux services se déclarent plus ou moins satisfaits (réanimation et chirurgie), de l'autre, deux services plus ou moins insatisfaits (maternité et urgences). Ce clivage gradué est renforcé par les réponses sur l'ambiance : moral, esprit d'équipe, collégialité, cohésion sont au zénith d'un côté (avec des nuances en chirurgie, nous y reviendrons), tandis que de l'autre, l'ambiance est en substance jugée détestable (urgences) ou changeante (maternité). La perception du management local diffère également selon les deux groupes, suscitant approbation dans l'un et réprobation dans l'autre. Enfin, la coopération avec les collègues est jugée très satisfaisante en réanimation et très inégale aux urgences.

Comment expliquer un tel contraste ? L'hypothèse développée est que l'on est *moins satisfait avec un patient conscient*.

2.2 Jugements sur le patient selon le service

Si les soignants plébiscitent le patient d'un point de vue éthique, ils n'ont de contact gratifiant qu'en réanimation et chirurgie, là où il est le moins direct. Alors que le patient est souvent inconscient en réanimation, la relation est jugée de bonne qualité et fréquente, car elle est différée dans le temps et médiatisée par la famille :

21 Le salaire et le plaisir à enseigner ne sont mentionnés qu'une fois par nos interviewés, respectivement aux urgences et en maternité. De ce point de vue, les résultats concordent avec le cas français : alors que le salaire est le premier motif d'insatisfaction des soignants en Europe, il y vient en cinquième position (Estryn-Behar, 2005).

« Les patients sont sans doute ma part préférée du travail de docteur et donc en général je développe un très bon rapport avec eux et leurs familles. En particulier en réanimation, les familles sont importantes parce que les patients ne peuvent communiquer avec nous pour des raisons variées, alors il s'agit surtout de maintenir une bonne relation avec le patient en entier et sa famille » (the entire patient and his family)

Docteur en réanimation

Les infirmières décrivent un patient qu'elles construisent, qu'elles font exister. Au patient inconscient, sous sédatif, elles parlent *« même s'il est assoupi »*, s'efforcent *« d'interagir avec lui au moins une fois par heure »*, de travailler avec lui :

« Donc, vous savez, on fait des choses pour eux et avec eux, mais ils ne sont pas toujours répondants »

Infirmière en réanimation

Ambiguïté de ce travail « pour lui et avec lui », mais souvent sans lui²². Le patient est en réalité « apprivoisé », la famille aussi, dans une situation bien différente de celle des urgences. Bien que consciente, la famille ne « chahute » pas, elle s'applique à donner des informations aux soignants et, de son côté, le personnel infirmier s'attache au patient via sa famille et son appropriation de l'espace (photos, dessins, objets). On parle donc d'autant plus de lui qu'on parle moins avec lui, la relation est construite et médiatisée par la famille.

En chirurgie, la dépendance du patient et l'absence de vis-à-vis sont marquées :

« Je pense que ma relation aux patients est parfois dépendante. En d'autres termes, ils dépendent de moi pour s'occuper d'eux »

Chirurgien, unité « Cou et Tête ».

Les chirurgiens évoquent cependant des échanges, avant ou après l'opération (en chirurgie post-opératoire), pour calmer les inquiétudes. Le souci éthique est donc déconnecté de l'opération chirurgicale elle-même, de l'autonomie du geste médical. Les infirmières valorisent elles aussi, sous des formes variées, cette relation au patient sans échanges : par l'identification à des proches (*« comme si la personne était un parent »*), la compassion philosophique (*« chaque individu est une personne »*) ou

22 Voir contre lui. Cet article ne traite pas de la stigmatisation des « mauvais » patients ne rentrant pas dans le « rôle » (Jeffery, 1979). Comme euphémisé, le rejet des patients est moins explicite que l'insatisfaction ressentie à leurs côtés.

religieuse (« *j'aime compatir, je suis chrétienne* »). D'autres, comme ces quatre infirmières au bloc, se veulent plus réalistes, prosaïques et pratiques :

Il s'agit « juste (de) les assister avec des gestes simples, appropriés » ; de « les traiter tous de la même façon » ; « J'aime travailler avec les patients ; je veux dire, c'est ce que je fais » ; « Cela varie, parce qu'il y a des patients qui sont avec nous sur le long terme, alors on développe une relation. Mais pour la plupart, ce n'est pas le cas, souvent moins d'une semaine, et je travaille à temps partiel, je les vois un jour par semaine (...). Alors la relation sera juste, vous savez, à un niveau professionnel, vraiment ».

En chirurgie comme en réanimation, le réalisme conduit à percevoir comme minimale cette relation sans échange. Mais on tend à compenser symboliquement cette faible présence par des représentations fortes – surtout en réanimation, où les décès sont fréquents.

En maternité, le rapport au patient est également indirect, médiatisé. Si les mères sont bien présentes, on évoque davantage les bébés : on efface ainsi la dimension la plus incontrôlable, l'interaction directe. Les mères (comme patientes) sont remplacées par leurs bébés : les infirmières se réjouissent de voir « *les bébés rentrer à la maison avec leurs parents* ». Les sages-femmes, en position professionnelle dominante, ne sont pas prolixes sur un rapport jugé « *inégal* » avec les mères.

Aux urgences, il y a moins de substitution et de sublimation possible. La qualité de relation est vécue négativement, sur un rythme intensif, détériorée par le temps d'attente et le rudolement des professionnels par les patients.

En somme, *ceux qui interagissent le plus avec les patients sont les moins satisfaits* de leur travail. Le bonheur procuré par le patient se mesure à la « distance » à ce dernier. Plus il est présent, moins on le supporte ; moins il est acteur, mieux on se porte, pour ainsi dire... Dans cette optique, notre recherche confirme une hypothèse classique de la sociologie des professions, à savoir que les professionnels apprécient les patients /clients qui leur permettent d'accomplir leur travail sans trop d'interférence. La relation de dépendance est cependant magnifiée pour coller avec la déontologie et l'esprit du temps, par une reconstruction de la présence des patients. On débouche donc sur un type particulier de rapport : il s'agit moins d'un rapport intersubjectif entre deux personnes autonomes que de *l'objectivation du patient*. Le malade est objet de discours entre professionnels qui reconstruisent collectivement son identité (Vega, 2000), en même temps qu'ils construisent leur identité de soignant spécialisé dans tel ou tel domaine, ayant à faire face à telles ou telles conditions matérielles de travail.

Précisément : ne sont-ce pas les conditions de travail qui détériorent l'ambiance de travail, plutôt que l'interaction directe ? Comment relier les conditions de travail et l'effet de service ?

2.3 Des conditions de travail médiatisées par le service

Le raccourcissement de la durée de séjour pèse sur les conditions de travail des enquêtés. Ils imputent à l'établissement un ensemble de causes dépréciatives : le manque de temps, la « paperasserie », les tensions entre services, le manque de cohérence des politiques locales, la rudesse des patients, le manque de moyens.

Les répercussions diffèrent selon les services et leur perception varie. La différence de traitement entre les services par la direction accentue ou atténue les restrictions et pénuries qui peuvent résulter des réformes²³. Mais dans l'autre sens, le degré d'insatisfaction générique lié au service tend aussi à augmenter le degré de perception des dysfonctionnements : la liste des griefs s'allonge. Ainsi, en réanimation et en chirurgie, les causes sont hiérarchisées, avec l'accent mis sur le déficit d'organisation et la politique suivie ; tandis qu'à la maternité et aux urgences, on souligne un dysfonctionnement généralisé, en se plaignant aussi de la « lenteur » de collègues « négligents » et des patients « *manquant de respect* ».

Le travail de soin ne dépend pas uniquement des conditions matérielles générales (locaux, équipements, moyens humains, matériels d'intervention, etc.), mais aussi des conditions matérielles de la rencontre avec les patients (temps d'attente, stress des patients, brouhaha, ponctualité et rapidité de l'intervention, etc.)²⁴, de l'ambiance du service et encore de l'environnement sociétal²⁵. Le temps d'attente est un facteur matériel de conflit avec les patients dans les deux unités les plus en contact avec ces derniers, maternité et urgences. A cela s'ajoutent d'autres données où le matériel et le symbolique se renforcent mutuellement dans un cercle vicieux. Les services ouverts sont confrontés à une quintuple usure : celle du manque de moyens, celle de l'émotion due à l'identification au patient (qu'il faut garder à distance), celle de l'imprévisibilité de la demande du public²⁶, celle de la stigmatisation sociale du patient, celle du manque de collectif²⁷.

23 La réanimation et la chirurgie sont des services « attractifs » (en France comme au Canada) souvent mieux dotés en personnel et en moyens, notamment via des financements de laboratoires de recherche, pharmaceutiques (en cardiologie notamment), et d'entreprises (techniques de pointe). Les grands patrons de ces services ont plus de poids vis-à-vis des directions et plus de réseaux sociaux.

24 Les quatre unités se caractérisent par la longévité importante des infirmières et le turn over des cadres de proximité. L'équipement est globalement satisfaisant, particulièrement aux urgences où le cadre de travail a été entièrement remis à neuf ; la réanimation est particulièrement mal dotée en personnel (manque de personnel de nuit, restrictions sur le nombre d'infirmières, temps de travail trop court) ; la longévité des médecins et l'abondance de moyens en personnel distinguent la chirurgie.

25 L'impatience des patients renvoie également à des déterminants externes, comme la position sociale, les pressions de l'employeur, la désocialisation ou la perte de liens sociaux, l'idéologie dominante (l'individualisme négatif), les représentations sociales des patients et des agents autour de la chirurgie ou des urgences, etc.

26 La stabilité de la structure est rassurante du fait de la nature émotionnelle et imprédictible des relations sociales de soin, où les pressions sont grandes pour répondre avec émotion et affects plutôt que par la raison (Hetherington et al., 1997).

27 Le collectif peut se créer pour faire face aux difficultés mais en même temps ces dernières le rendent

Dans ces conditions, le patient est *un facteur d'inconfort*, dans le sens où il empêche maîtrise, stabilité et régularité de l'activité, impossibilité de s'organiser à l'avance, obligation de changer son programme, comme la cadre infirmière du bloc gérant l'intrusion d'« urgences » (suspectes) dans le planning des opérations²⁸.

Autrement dit, le sentiment de maîtrise professionnelle et organisationnelle suppose une perturbation modérée de l'environnement de travail. La variété constitue certes une composante appréciée du travail, garante d'une autonomie qui est au contraire réduite par la routine et la répétition ; mais trop de variété, comme trop d'autonomie²⁹, font perdre le goût et « le moral », voire le sens de l'éthique. Le contrôle du patient s'avère une condition essentielle de l'activité quotidienne pour l'ensemble des intervenants, sur le plan de l'organisation du travail et la coopération entre collègues au sein des unités.

2.4 L'ancrage dans la communauté de service

L'approche du cas canadien nous permet de préciser en quoi la mobilisation des soignants au travail ou à l'inverse leur démobilisation, leur « démoralisation », dépendent des contextes extra-locaux ou locaux.

Lors de la réorganisation du système de soin américain, le moral des employés s'est par exemple effondré, déclenchant la mise en place d'un projet participatif d'expression des personnels et de prise en compte de leurs idées, le *Speeding Employee-Leadership Exchange* (Sobo et Sadler, 2002). L'accréditation des hôpitaux français (Sainsaulieu, 2007b) a pu favoriser une participation élargie, à la fois locale et transversale, avec en principe davantage d'interdisciplinarité, dans une perspective de « pluralisation » de l'organisation (variété des discours, des *process*, formations et institutions). Cependant, on remarque que le personnel paramédical participe plus facilement et activement à la mise en place de réseaux dans les hôpitaux anglais, ou de procédures lors de l'accréditation des hôpitaux français, là où préexiste une « culture qui l'épaulé », une habitude à se mobiliser, bref des structures sociales communautaires à l'échelle d'un service, voire d'un établissement de petite taille (Bate, 2002 ; Sainsaulieu, 2007a ; 2007b).

Les entretiens menés au Canada indiquent que, à contraintes égales (en termes de réductions de personnel et de charge de travail), le moral se maintient mieux là où les services sont les plus soudés.³⁰ L'existence d'une collégialité communautaire

précisément occasionnel, donc fragile. Il est à la fois cause et conséquence.

28 Le contact avec le public, dans le contexte du travail des soignants hospitaliers, implique plus de déplacements à pied, la soumission à une demande impérative, l'abandon d'une tâche pour une autre, la soumission à des délais fixés, la débrouille individuelle et l'isolement, des tensions avec les collègues. Face à ces contraintes, le soutien collectif et le type de service d'exercice sont déterminants (DREES, 2007).

29 L'autonomie grandissante dans le travail, avec son corollaire, l'imprévisibilité des situations, contribuent à rendre problématique la notion d'identité (Lallement, 2006).

30 Quand les solidarités sont brisées, comme lors de fusions d'hôpitaux, les personnels ne se remettent jamais tout à fait (Vega, 2000).

interprofessionnelle ne se résume pas à la défense d'une profession exclusive, ni aux réactions collectives de professionnels à la pression bureaucratique ou au corporatisme d'autres (Waters, 1989). Elle caractérise des services qui la sécrètent comme un produit de leur (inter) activité, dans une certaine mesure indépendamment du contexte plus global et des ressources mises à disposition. Et cette « sécrétion » communautaire est d'autant plus dense et sensible que le patient ne la bouscule pas trop. La communauté fleurit là où l'organisation maîtrise le périmètre et l'objet de son action – le patient.

3 La différenciation du rapport aux patients selon la profession

Il nous reste à examiner comment intervient la différenciation entre professions. Si le contrôle des aléas fait plaisir aux professionnels, c'est aussi parce qu'il est une condition de la mise en place d'une coopération renforcée entre eux. Comment cette coopération se crée-t-elle entre des catégories professionnelles hétérogènes? Comment en vient-elle même à primer sur des intérêts propres à tel ou tel statut et profession spécifiques (infirmière, médecins, aide-soignante, secrétaires)? C'est ce que nous allons examiner dans la dernière partie de cet article.

3.1 Infirmières : l'importance du contrôle organisationnel

Les différences de perceptions des infirmières épousent la segmentation organisationnelle des services, la satisfaction qu'elles expriment au travail étant plus forte en chirurgie et en réanimation qu'en maternité et aux urgences. On retrouve dans cette variation non seulement l'importance du contrôle sur les patients mais aussi l'appui particulier que cette catégorie professionnelle trouve sur l'unité organisationnelle. Les infirmières sont, du fait de leur nombre et de la continuité de leur présence, le reflet de l'ambiance particulière du service. Par sa place d'intermédiaire entre des logiques médicales et administratives, son nombre et sa population quasi unisexuée, la profession infirmière peut être le lieu de conflits intra professionnels : « cancons », « procès de voisinage » et mésententes proviennent de l'impossible mise en œuvre d'un idéal professionnel avec les patients (Acker, 1992). Leurs identités varient entre « relationnelles, techniciennes et organisationnelles » (Dubet, 2002), dans des contextes de domination masculine (Jacob et Audrey, 2000), au sein de microcosmes clos (Véga, 1997).

Mais l'engagement au sein d'une unité et l'investissement dans des tâches organisationnelles contrebalancent ces divisions. Ils sont un moyen de contenir le travail émotionnel infirmier, le soin pouvant se définir par une combinaison de sentiments affectifs et de responsabilités (Cancian, 2000). L'accès à des postes d'encadrement au sein des unités organisationnelles représente donc pour les infirmières un débouché « naturel », il offre une carrière plus longue que la spécialisation technique, ainsi qu'un

moyen de se hisser au niveau du médecin, partenaire et concurrent : les « dilemmes du métier d'infirmière » poussent celles-ci à épouser la voie de l'organisation pour échapper aux médecins (Freidson, 1984).³¹

L'obtention d'une collégialité infirmière au niveau de l'unité de soins n'est dès lors pas la règle, mais le produit de contextes locaux. Dans le contexte de l'hôpital canadien, nous retrouvons comme en France une meilleure solidarité entre infirmières dans les services de réanimation ou de chirurgie. L'organisation locale représente un moyen de contrôle collectif aux yeux des infirmières, qui de fait approuvent souvent l'intervention du cadre pour mettre de l'ordre dans les « querelles de personnes » (Sainsaulieu, 2008). Aussi le souci infirmier d'ordre et de contrôle rejoint-il l'aspiration du collectif à la stabilité, contre l'intrusion du désordre des patients, et contribue à la constitution de communautés d'intérêt au sein des services plutôt qu'entre les services.

3.2 Des sages-femmes à part ?

Les sages-femmes sont concentrées dans la seule maternité. Plus que les infirmières qui travaillent dans ce même service, elles se disent satisfaites de la continuité des soins, de la qualité de relation avec les patientes, de la solidarité et de l'affectivité des collègues (spécialement lors du décès d'un bébé). Elles ne se soucient pas outre mesure des moyens matériels ou de l'atmosphère globale de l'hôpital, en dépit ou du fait de leur critique du management. Le manque d'infirmières ne les gêne qu'occasionnellement. Les sages-femmes apparaissent donc comme une corporation se suffisant à elle-même, en partie coupée du reste de l'organisation, développant un rapport étroit et direct avec les patients.

Cette autonomie professionnelle des sages-femmes repose sur des éléments spécifiques au contexte canadien, comparativement à la France (Carricaburu, 1994). L'introduction des sages-femmes dans le système hospitalier de l'Ontario date de 1994. Les sages-femmes de cette province ne sont pas employées de l'hôpital, elles travaillent à la fois au domicile des patients et en milieu hospitalier (Bourgeault et al., 2004 ; Bourgeault, 2006). Afin de faciliter cette mobilité entre ces deux cadres de travail, les sages-femmes bénéficient de facilités d'accès à l'hôpital, similaires à celles des médecins de famille. En ce qui concerne leur panel d'activités à l'hôpital, il couvre à la fois les domaines traditionnels des infirmières et des médecins en termes de séances de travail prénatal et de prise en charge de l'accouchement lui-même, dans les cas de naissances dites « à faible risque ». Les sages-femmes en Ontario travaillent par équipe de deux, même dans les hôpitaux où les services d'infirmiers sont disponibles. Infirmières et sages-femmes cohabitent donc dans un même service. Mais

31 Ce souci de l'organisation s'est traduit par le bon accueil de l'enquête chez les cadres et les infirmières, par contraste avec l'attitude de certains médecins.

cela semble avoir généré assez peu d'interactions entre les deux professions dans les salles et une concurrence limitée.³²

Les sages-femmes forment donc une petite communauté professionnelle qui exerce un monopole. Elles introduisent un ordre propre dans les flux d'entrées et de sorties qui dans les services de maternité répondent souvent à des logiques contradictoires et mal maîtrisées : commerciales, professionnelles, d'urgences, de sécurité, d'intérêts des médecins et des personnels. Elles semblent plus que les infirmières en mesure d'intégrer dans leur travail quotidien des valeurs et idéologies soignantes, comme le pouvoir de rassurer, l'empathie avec le patient, la responsabilité et la fiabilité (Wooten, Crane, 2003), ce qui va de pair là aussi avec une forte dépendance du patient, inconscient (le bébé) ou en situation fragile (la mère).

3.3 Des médecins au-dessus de la mêlée ?

Les médecins des différents services interrogés sont aussi dans une logique de contrôle professionnel, de « maîtrise » inhérente à l'activité médicale, emblématique de toute profession (Freidson, 1984). Cette logique, moins affirmée en maternité où elle se heurte à celle des sage-femmes, est par rapport à celles des autres catégories plus transversale et plus ouverte. Comparativement aux autres soignants, les rapports avec leurs pairs passent avant ceux avec les patients et les familles : leur compétence se marque plus directement dans l'enquête par le souci de l'enseignement et de la résolution des problèmes rencontrés. Davantage que les autres intervenants, ils mettent l'accent sur l'insuffisance de moyens matériels – les ressources en maternité et les conditions d'enseignement en chirurgie – et sur la bureaucratie paperassière. Ils pointent plus facilement certains problèmes avec les patients : ingratitude, mauvaise répartition du temps médical entre les patients aigus et les autres. Les médecins interrogés se préoccupent aussi beaucoup des conditions de travail des infirmières, critiquant leurs conflits, mais relevant l'insuffisance de leur nombre et les effets de leur charge de travail élevée sur la prise en charge médicale. C'est d'ailleurs en référence à cette autre catégorie de personnel qu'ils évoquent l'ambiance de leur service, ne se sentant eux-mêmes pas directement concernés. Dans leurs perceptions de l'organisation, ils soulignent que le soutien politique et financier de l'administration (à l'échelle du service comme de l'établissement) est différencié, c'est-à-dire plus appuyé en réanimation et en chirurgie qu'à la maternité et aux urgences. La hiérarchie existante entre services, renforcée par le soutien sélectif de la direction n'entraînerait-elle dès lors pas une meilleure cohésion de certaines unités et équipes ?

Quand bien même des services seraient toujours parmi les mieux lotis et les plus renommés, il reste difficile de prétendre que la cohésion est *la conséquence et non la*

32 Certaines infirmières considèrent cependant que leur rôle est quelque peu diminué en maternité (Bourgeault, 2006). Des tensions entre sages-femmes, personnel infirmier et médecin surgissent surtout dans les cas où les accouchements présentent des complications importantes et nécessitent un transfert de prise en charge, de la sage-femme vers l'obstétricien de garde et l'infirmière.

cause de la réputation et de l'allocation des moyens. Si les services de soins intensifs bénéficient souvent d'un traitement privilégié, ils se caractérisent par des patients *particulièrement* dépendants et des collègues *particulièrement* interdépendants entre eux. L'effet de maîtrise de l'activité et de la compétence médicales est donc redoublé pour les médecins qui travaillent dans les services les mieux soutenus et à plus forte cohésion interne, en sus de leur appartenance à la catégorie professionnelle (médicale) la plus structurée.

3.4 Une différenciation socioprofessionnelle déterminante ?

Autre élément (attendu) de la différenciation selon la position professionnelle, le degré de satisfaction au travail suit la stratification interne : du plus qualifié au moins qualifié, la satisfaction au travail diminue. En maternité, la séparation entre « infirmières pratiques », ou aides-soignantes (*Registered Practical Nurses*) et « infirmières » (*Registered Nurses*) se fait durement sentir (« *ceci n'est pas mon travail* », dit une infirmière en parlant des tâches de ses collègues aides-soignantes³³). Professions les plus qualifiées, médecins et sages-femmes apparaissent logiquement comme les plus satisfaits, tandis que, sur le versant moins qualifié, les infirmières ont le plus de sujets d'insatisfaction directe et les secrétaires du service le plus d'inquiétudes. Ces dernières occupent en effet une position doublement à part. Elles ont peur d'être remplacées par des contractuelles sur un marché du travail ouvert et concurrentiel, dans un processus comparable à l'externalisation des services techniques dans les hôpitaux en France. De plus, leur forte demande de reconnaissance dans le service fait apparaître leur faible inclusion dans l'équipe de travail (soignante) et leur absence d'échange avec le patient.

L'effet de service se manifeste cependant : appartenir à un service à *forte composante relationnelle avec le patient* accentue le clivage. On retrouve une différenciation selon les services du fait que les secrétaires « exogènes » (maternité et urgences) craignent davantage pour leur emploi et qu'elles valorisent le patient qu'elles ne regrettent de ne pas contacter, selon le même mécanisme de compensation symbolique constaté plus haut pour les soignants « endogènes ».

3.5 Conclusion : qu'est-ce que le rapport au patient ?

Au Canada comme en France, la plupart des composantes professionnelles n'expriment pas le même rapport au travail et aux patients selon leur service de rattachement. Le pôle le plus qualifié échappe le plus à cet effet de service, du fait de sa plus grande autonomie (sages-femmes, médecins). Mais il n'est pas immunisé, tandis que les infirmières, aides-soignantes et secrétaires confirment une répartition en deux ensembles, exogène et endogène.

33 Aide-soignante se traduit indifféremment par *Registered Practical Nurse* ou *Auxiliary Nurse*.

L'analyse des communautés de service permet de mettre en relief divers aspects de la relation de soin (dite soignants / soignés).

Primo, ces communautés de service structurent, par définition, les appartenances et les logiques d'action des soignants (*voir le point suivant*). En tenir compte ne signifie pas pour autant ne retenir que le contexte local d'interaction pour privilégier une lecture cohésive des rapports sociaux au travail, au détriment des rapports de domination (Bouchayer, 2006).

Secundo, communautés et patients-acteurs ne font pas bon ménage. Les professionnels sont d'autant plus solidaires et soudés qu'ils peuvent exercer au sein de leurs services leur expertise par une coopération multi-professionnelle où le patient est passif. La « bonne ambiance » entre professionnels est facilitée dans les unités organisationnelles où règne une faible interactivité avec des patients conscients, où l'on agit pour lui plutôt qu'avec lui. Cependant, l'analyse des communautés locales montre que le patient ou sa famille bénéficient en retour de ces logiques d'appartenance à des contextes de travail, de la mobilisation qu'elles suscitent.

Tertio, la dépendance du patient est un intérêt individuel et collectif. Contrairement à une vision unilatérale identifiant le pouvoir aux médecins, avoir la maîtrise de ce que l'on fait est un leitmotiv pour l'ensemble des soignants, au niveau de l'activité individuelle (« professionnelle ») et de l'activité collective (organisationnelle). L'organisation comprend aussi les conditions matérielles, mais elle ne s'y résume pas : un bon groupe peut réussir dans des conditions difficiles, même si les conditions peuvent au contraire lui faciliter la tâche. Par contre, elles peuvent accentuer la différence de satisfaction des services endogènes et exogènes, en dégradant les échanges avec le patient.

Quarto, dans la relation soignants / soignés, les soignants privilégient tantôt le *care*, tantôt le *cure*. Le *care* est un idéal et un enjeu identitaire pour les soignants, dont la réalité est vécue dans un échange interindividuel, intersubjectif, dit « travail émotionnel ». Mais c'est dans le contrôle ou la dépendance des patients que se forge davantage la dimension collective de leur travail : la dimension du pouvoir (professionnel et organisationnel) sur le patient hospitalisé a donc de beaux jours devant elle.

Quinto, les soignants vivent largement leur rapport au patient au travers de représentations. Ces représentations ne sont pas du seul ressort de la conviction personnelle (professionnelle, religieuse, politique...), ils naissent d'un rapport (inversé) à la pratique, comme une compensation symbolique : on a tendance à valoriser le patient que l'on ne fréquente pas, à imaginer une relation qui résulte du peu d'échange avec lui, voire à lui trouver des substituts réels (la famille en réanimation, le bébé à la maternité) ou fictifs (identification à des proches).

Pour toutes ces raisons, on peut considérer le rapport au patient (ou la relation soignants / soignés) comme une entité composite. Elle relève en effet à la fois des contacts individuels avec les patients *et* de phénomènes de médiation, voire de subs-

titution ; de la déontologie professionnelle héritée *et* de compensations symboliques construites en pratique ; de l'ambiance de travail du service *et* du besoin organique de placer le soignant sous une dépendance individuelle et collective.

4 Références bibliographiques

- Acker, F. 1992. La fonction infirmière, l'imaginaire nécessaire. *Sciences Sociales et Santé*, 9, 2, 31–56.
- Armstrong, P. & Armstrong, H. 2002. *Wasting Away: The Undermining of Canadian Health Care*. Oxford University Press: Toronto.
- Annandale, E. 1996. Working on the Front-Line: Risk Culture and Nursing in the New NHS. *The Sociological Review*, 44, 3. 416–451.
- Arborio, A-M. 2001. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Anthropos, Paris. 334 p.
- Baszanger, I. 1995. *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris, Seuil, 465 p.
- Bate, P. 2000. Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community. *Public Administration*, vol. 78, n°3. 485–512.
- Bercot, R., De Coninck, F. 2006. *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine?* L'Harmattan, Logiques Sociales.
- Binst, M. 1990. *Du mandarin au manager hospitalier*. L'Harmattan.
- Blanchet, A., Gotman, A. 2003. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Nathan, 128.
- Bouchayer, F. 2006. Soigner des personnes âgées: quels effets sur les professionnels de santé? *Swiss Journal of Sociology*, 32 (3). 457–474.
- Bourgeault, I. 2006. *Push! The Integration of Midwifery in Ontario*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Bourgeault, I., L., Benoit C., Davis-Floyd R. (edit). 2004. *Reconceiving Midwifery*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Bungener, M., Poissy-Salomon, A-S. 1998. *Travailler et soigner en réseau. Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne*. Questions en santé publique, INSERM, 161 p.
- Cancian, F. 2000. "Paid Emotional Care: Organizational Forms That Encourage Nurturance." In: Meyer, Madonna Harrington (Ed), *Care Work: Gender, Class, and the Welfare State*. New York: Routledge, pp. 136–148.
- Carricaburu D. 1994, « Les sages-femmes face à l'innovation technique: le cas de la péridurale. » In Aiach P. et Fassin D. (dir.). *Les Métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris, Anthropos, coll. Sociologiques.
- Carricaburu D. Ménoret M., 2004, *Sociologie de la santé et de la médecine*, Colin, " U ». Paris, 235 p.
- Corcuff, P. 1996, Ordre institutionnel, fluidité situationnelle et compassion – Les interactions au guichet de deux caisses d'allocations familiales. *Recherches et Prévisions* (CNAF), septembre, n°45, pp. 27–35.
- Cuche, D. 2004, *La notion de culture dans les sciences sociales*. La Découverte, Paris, 124 p.
- DREES. 2007. *Les conditions de travail dans les établissements de santé*. Dossiers solidarité et santé, Hors série, La documentation française.
- Dubar, C. 2001. *La crise des identités*. Paris, PUF, 239 p.
- Dubet, F. 2003. *Le déclin de l'institution*. Seuil, L'épreuve des faits, Paris, 421 p.
- Dubin, J. 2007. « La place du patient ». In *L'hôpital en mouvement*. *Esprit*, 1–2007, pp. 40–51.

- Durrelman A., 1993. *Redéfinir le travail social, réorganiser l'action sociale*. La Documentation française.
- Estryn-Behar, M. (dir.). 2005. *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Enquête PRESS-NEXT, 65 p.
- Forner, N. 1993. Work Culture in the Nursing Home: Adaptation and Resistance among Nursing Aides. *Frontiers*, 14 (1), 44–67, USA.
- Freidson, E. 1960. Client control and medical practice. *American Journal of Sociology*, 65, p. 374–382.
- Freidson, E. 1984 (1970). *La profession médicale*. Herzlich Claudine (préf.). Paris, Payot.
- Gaxie, D. 2002. « Appréhensions du politique et mobilisations des expériences sociales ». *Revue Française de Science Politique*, 52–2 : 145–178.
- Gonnet, F. 1989. Les relations de travail : entre la complexité et l'insécurité. *Autrement*, 109 : 128–147.
- Gonnet F. 1992. *L'Hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Lamarre.
- Hebson, G., Grimshaw, D., Marchington, M. 2003. PPs and the changing public sector ethos: case-study evidence from the health and local authority. *Work, Employment and Society*. September, 17 (03): 481–502.
- Hetherington, R. W., Hewa, S. 1997. Taking the measure of morale: Structure and job satisfaction in a multihospital system. *The International Journal of Sociology and Social Policy*. Vol. 17, n°5, p 1–51.
- Jacobs, M. A. 2000. *Staff nurse collegiality: The structures and culture that produce nursing interactions*. York University Publication, Canada.
- Jeanet, A., 2003, A votre service!, *Sociologie du travail*, 45:22, 191–209, Elsevier.
- Jeffery, R., 1979, Normal rubbish : deviant patients in casualty departments, *Sociology of Health and Illness*, vol. 1, n°1, pp. 90–107.
- Kentish-Barnes, N. 2007. Mourir à l'heure du médecin : décisions de fin de vie en réanimation. *Revue Française de Sociologie*, vol. 48, 07/3, pp. 449–475.
- Kuty, O. 1994. *Innover à l'hôpital. Analyse sociologique d'une unité de dialyse rénale*. L'Harmattan.
- Lallement, M. 2006. « Qualités du travail et critique de la reconnaissance ». Colloque Sophiapo *La sociologie et la question de la reconnaissance*. Paris, 14–15–16 décembre 2006.
- Lallement, M. 2007. *Le travail. Sociologie contemporaine*. Gallimard, Folio Essais n°484.
- Laville, J-L. 2006. *Sociologie des services*. Erès.
- Laugier, S., Paperman, P., (dir.). 2005. Le souci des autres. Ethique et politique du care. *Raisons Pratiques*, EHESS, 348.
- Loriol, M. 2000. *Le temps de la fatigue. La gestion du mal-être au travail*. Anthropos, Lyon, 293 p.
- Loriol, M. 2005. Préface. In Estryn-Behar, M. (dir.). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Enquête PRESS-NEXT, 65.
- Osty, I., Sainsaulieu, R., Uhalde, M. 2007. *Les mondes sociaux de l'entreprise*. La Découverte.
- Pouchelle, M-C. 1999. Les ressentis des patients hospitalisés et leurs enjeux. Propos d'ethnographie. *Perspectives Soignantes*, n°4, 6–29.
- (De) Pouvourville, G. 1996. « L'héritage ». In Contandriopoulos A.-P., Souteyrand Y. (dir.). *L'hôpital Stratège*. John Libbey Eurotext.
- Sainsaulieu, I. 2008 (dir.). *Les cadres hospitaliers. Représentations et pratiques*. Lamarre.
- Sainsaulieu, I., 2007a, *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*. Belin, Perspectives Sociologiques, 267.
- Sainsaulieu, I. 2007b. « Normes évaluatives, pluralisme et diversité ». In Bouquet B., Jaeger M., Sainsaulieu I. (dir.). *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*. Dunod, 109–129.

- Sainsaulieu, I. 2006a. Les formes d'appartenance collective à l'hôpital. *Sociologie du Travail*, vol XXXXIII, 1/2006.
- Sainsaulieu, I. 2006b. *La communauté de soins en question. Le travail hospitalier face aux enjeux de société*. Lamarre, Paris, 267.
- Sainsaulieu, I. 2003. *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*. L'Harmattan, Logiques Sociales, Paris, 238.
- Sainsaulieu, R. 1977. *L'Identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*. FNSP, Paris, 488.
- Sobo, E.J. & Sadler, B.L. 2002. Improving organizational communication and cohesion in a health care setting through employee-leadership exchange. *Human Organization*, 61(3), 277–287.
- Thompson, N., Stradling, S., Murphy, M., & O'Neill, P. 1996. Stress and organizational culture. *British Journal of Social Work*, 26, 647–665.
- Vassy, C. 1999. Travailler à l'hôpital en Europe. Apport de la sociologie des organisations à la comparaison internationale. *Revue Française de Sociologie*, XL–2.
- Vega, A. 1997. Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences Sociales et Santé*, 15, 3.
- Vega, A., 2000, *Une ethnologue à l'hôpital*, Editions des Archives Contemporaines, Paris.
- Waters, M. 1989. Collegiality, bureaucratization and professionalization : a Weberian analysis. *American Journal of Sociology*, 94 (5), pp. 945–72.
- Wooten, L.P. & Crane, P. 2003. Nurses as implementers of organizational culture. *Nursing Economics*, 21(6), 275–279.